

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის
სახელმწიფო უნივერსიტეტი

მედიცინის ფაკულტეტი

ნატო ფიცხელაური

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განვითარების
პერსპექტივები საქართველოში

მედიცინის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი
დისერტაცია

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: ნატა ყაზახაშვილი
თსუ ასოცირებული პროფესორი

თბილისი 2012 წელი
შინაარსი

შესავალი	3
1. ხარისხის კონცეფცია სამედიცინო მომსახურების განზომილებაში	10
1.1 მოქალაქეთა უფლება ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე	10
1.2 ხარისხის არსი და ცნება. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონცეფცია	25
1.3 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიები ევროპის ქვეყნებში	48
1.4 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორები. სამედიცინო მომსახურების ხარისხით პაციენტთა კმაყოფილების შეფასების ინსტრუმენტები	61
2 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების გამოწვევები საქართველოში	70
2.1 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების სამართლებრივი საფუძვლები საქართველოში	70
2.2 სამედიცინო მომსახურების მოდელი საქართველოში	79
2.3 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიები საქართველოში	92
3. სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებაში მოსახლეობის დამოკიდებულების და პაციენტთა სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილების კვლევა	106
3.1 კვლევის მიზანი, მასალები და მეთოდები	106
3.2 კვლევის შედეგები	111
3.3 კვლევის შედეგების განხილვა	142
4. საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების გზები	151
4.1 დასკვნები	151
4.2 რეკომენდაციები	155
რეზიუმე ინგლისურ ენაზე	160
შემოკლებათა განმარტებანი	162
გამოყენებული ლიტერატურა	166
დანართები	179
მადლიერება	200

შესავალი

ნაშრომის აქტუალობა. ახალი ათასწლეულის წინააღმდეგობებით აღსავსე პირველი დეკადა მიიწურა და 21-ე საუკუნის მეორე ათწლედი ახალი გამოწვევებით დაიწყო. საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური და დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები, ასევე მოსახლეობის ავადობის და მოკვდაობის მიზეზების სტრუქტურა ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიული გეგმის შემუშავებას დაედო საფუძვლად – როგორც პასუხი ახალ გამოწვევებზე. ჯანდაცვის სფეროს განვითარების სტრატეგიულ გეგმაში ერთ-ერთი მთავარ პრიორიტეტად მოსახლეობის მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა დასახელდა. „ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა ერთ-ერთი აუცილებელი წინაპირობაა მოსახლეობის ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად და ქვეყნის ჯანდაცვის წინაშე მდგარი ამოცანების გადასაჭრელად” – აღნიშნულია საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის 2011-2015 წლების სახელმწიფო სტრატეგიაში (1).

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა და სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი რეგულირება ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის გაზრდას (A.Donabedian, 1988; R.Wenzel, 1992; G.Wilensky, 1992; L.Wilson, 1995; K.Fiscella, 2004; Q. Ngo-Metzger, 2006) და ჯანდაცვის სისტემისადმი პაციენტთა ნდობის ამაღლებას (2-7).

მსოფლიოს ნებისმიერ ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განვითარებაზე ზრუნვა განიხილება როგორც პაციენტის უფლებების დაცვის უმთავრესი საშუალება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტთა დიდი ნაწილი მიიჩნევს, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა თვით სამედიცინო პერსონალის უსაფრთხოებისა და უფლებების დაცვასაც უწყობს ხელს, ვინაიდან სამედიცინო მომსახურების ხარისხი თავისი გაგებით მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის მიღწევებისა და საუკეთესო

კლინიკური პრაქტიკის გამოყენებით პაციენტთა სამედიცინო მომსახურებას გულისხმობს.

ქვეყანაში მიმდინარე ეკონომიკურ გარდაქმნებთან და ჯანდაცვის სფეროში რეფორმების გატარებასთან ერთად სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხმა უფრო მეტი აქტუალობა შეიძინა, ვინაიდან სამედიცინო მომსახურების დროს დაშვებული შეცდომები, პაციენტის უფლებების დარღვევა და პაციენტის უკმაყოფილება ყველაზე ხშირად სწორედ უხარისხო სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას უკავშირდება.

უკანასკნელი 20 წლის მანძილზე საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ცვლილებები და სიტყვა “რეფორმა” მოსახლეობაში არაერთგვაროვან დამოკიდებულებას იწვევს. მოსახლეობის დიდი ნაწილისთვის ”რეფორმები” ჯანდაცვის სისტემის მოუწესრიგებლობასთან ასოცირდება, გაუგებრობებთან, ნაკლებად ხელმისაწვდომ და დაბალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებასთან. საზოგადოების ნაწილს მიაჩნია, რომ ჯანდაცვის სისტემაში შექმნილი რთული ვითარება სწორედ “გაუთავებელი” რეფორმების “ბრალია”. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმისადმი საზოგადოების ნეგატიური დამოკიდებულება განსაკუთრებით საგრძნობი გახდა მას შემდეგ, რაც დაიწყო ჯანდაცვის სისტემაში მეტად მტკივნეული, მაგრამ აუცილებელი, ცვლილებების გატარება. ასეთ ვითარებაში, უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება არსებული მენტალური დოგმების რღვევას და საზოგადოების სწორ ინფორმირებას იმის თაობაზე, თუ რეალურად რა გარემოებებით იყო ნაკარნახევი ცვლილებები ჯანდაცვის სისტემაში და როგორ უნდა იყოს უზრუნველყოფილი მოსახლეობისთვის მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისების მიწოდება, რა ღონისძიებები უნდა გატარდეს ისეთი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოსაყალიბებლად, რომელიც მაქსიმალურად უპასუხებს თითოეული ინდივიდის საჭიროებებს ჯანდაცვის სფეროში და რომელიც უზრუნველყოფს მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებისადმი მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის გაზრდას.

სამედიცინო მომსახურების ბაზრის განვითარება და მაღალი კონკურენცია, სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შემოღება, მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის აუცილებლობა და პაციენტთა

უფლებების დასაცავად სამართლებრივი ბაზის შექმნა, სამედიცინო დაწესებულებებს უბიძგებს არსებული რესურსების უფრო ეფექტური გამოყენებისაკენ, სამედიცინო პერსონალის მუშაობის ხარისხისა და ინტენსივობის სტიმულირებისაკენ. ყოველივე ეს განაპირობებს სამკურნალო დაწესებულებების მენეჯმენტის დაინტერესებას, რათა მმართველობით საქმიანობაში გამოიყენონ ისეთი მექანიზმები, რაც სამედიცინო პერსონალს უკეთესად მუშაობის მოტივაციას შეუქმნის და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას შეუწყობს ხელს.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისთვის სრულიად ახალია სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების საკითხები. მაშინ, როცა თანამედროვე ეტაპზე ჯანდაცვის სისტემები მხოლოდ ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების კონტექსტში განიხილება. ნებისმიერი მოქალაქისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება აუცილებლად უნდა აკმაყოფილებდეს ხარისხის სტანდარტებს თითოეულ ქვეყანაში არსებული რესურსების მოცულობის გათვალისწინებით. სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ნიშნავს პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევას თანამედროვე სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების დონის შესაბამისად, რაც უზრუნველყოფს სათანადო შედეგს.

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ პაციენტთა აზრი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ერთ-ერთი ყველაზე მგრძობიარე მაჩვენებელია, რომელიც აფასებს მომსახურების ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან კომპონენტს, გამოსავალს (A.Donabedian, 1988; P.D.Cleary, 1988; R. Wenzel, 1992; L.Wilson and P.Goldschmidt, 1995), და ამავე დროს სამედიცინო მომსახურებას ასახავს პაციენტის (R.Baker, 1990; S.Williams, 1995; M. Kelson, 1995; R.Kravitz, 1996) თვალთახედვით (2, 3, 7-12).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონცეფციასა და პაციენტთა კმაყოფილების შესწავლას განვითარებულ ქვეყნებში უკვე ხანგრძლივი ისტორია (A.Donabedian, 1966; D.Locker and D.Dunt, 1978; J.Ware, 1978; R. Maxwell, 1984) აქვს (13-16), მაგრამ ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების საკითხები კვლავ აქტუალური თემაა როგორც ეროვნული ჯანდაცვის სისტემებისათვის

განვითარებულ ქვეყნებში, ისე ჯანდაცვის სფეროს საკითხებზე მომუშავე საერთაშორისო (WHO, OECD, EU, COE, WMA, UEMS, UN, UNESCO, USAID და სხვა) ორგანიზაციებისათვის.

ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, ასევე ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებში ხარისხის კონცეფცია ჯანდაცვის სისტემებისათვის შედარებით (K.Pölluste, 2000; J.Kersnik, 2000; E.Zebiene, 2004; H.Tähepõld, 2006; L.Marcinowiczi, 2008; T.Harutyunyan, 2010) ახალია (17-22). მოცემულ თემაზე საქართველოში ძალიან მცირე რაოდენობითაა სპეციალური პროფესიული ლიტერატურა. მცირეა სამედიცინო სერვისების ხარისხის თემაზე (ნ.გეგეშიძე, პალადაშვილი, 2009; ი.სასანია, 2003; 2010; თ.ვერულავა, 2010) გამოქვეყნებული პუბლიკაციების რაოდენობაც. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის თემა შედარებით ფართოდ არის ასახული რ.ურუშაძის მეთოდურ სახელმძღვანელოში „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა“ და თ.ჩხეტიას მეთოდურ რეკომენდაციებში „სამედიცინო დახმარების ხარისხის შეფასება“. (23-28).

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ საქართველოში არაერთი რეფორმა ჩატარდა უფრო ეფექტური და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისათვის (A.Gamkhrelidze, 2002, T.Chanturidze, 2009). მიუხედავად ამისა, სამედიცინო მომსახურების სერვისების მოხმარების და სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობის მაჩვენებლები არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს, რაც გავლენას ახდენს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობაზე, კლინიკურ შედეგებსა და ხარისხზე (29,30).

2010 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ მომზადდა და გამოქვეყნდა ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიული გეგმა 2011-2015 წლებისთვის, რომლის თანახმად სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა და შედეგების შეფასება ერთ-ერთი საკვანძო საკითხებად არის მიჩნეული (1).

„ჯანდაცვის მომსახურების გაზრდილი ხარისხი განაპირობებს კლინიკური შედეგების გაუმჯობესებას, პაციენტების მეტ უსაფრთხოებასა და მათ

კმაყოფილებას” - აღნიშნულია ჯანმოს 2009 წლის პუბლიკაციაში „საქართველო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება”.

კვლევის მიზანი და ამოცანები.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სადოქტორო ნაშრომის მიზნად განისაზღვრა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განვითარების პერსპექტივების შესწავლა საქართველოში. სამეცნიერო ნაშრომის მიზნის მისაღწევად დასახულ იქნა ამოცანები, კერძოდ:

–სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების თაობაზე როგორც უცხოეთის ქვეყნებში დაგროვილი გამოცდილების მიმოხილვა, ისე საქართველოში მომზადებული ნორმატიული აქტების და სხვა მასალების აღწერა, სისტემატიზაცია, განხილვა, ანალიზი და შედარება;

–სამედიცინო სერვისების ხარისხთან მიმართებაში საქართველოს მოსახლეობის დამოკიდებულების შესწავლა და შეფასების გამოვლენა და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში ოჯახის ექიმისაგან მიღებული სამედიცინო მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილების დონის შეფასება; შედარებითი ანალიზის ჩატარება საერთაშორისო კვლევის მონაცემებთან;

ჰიპოთეზა. საქართველოში ზოგადად სამედიცინო მომსახურების ხარისხით პაციენტთა კმაყოფილების დონე და ინფორმირებულობის დონე სავარაუდოდ მაღალი არ არის. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში ოჯახის ექიმისაგან მიღებული სამედიცინო მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილების დონე სავარაუდოდ მაღალი უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხით ზოგად შეფასებასთან შედარებით. სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი მოსახლეობის დამოკიდებულების ამსახველი მაჩვენებლები უფრო მეტად მიახლოებული უნდა იყოს ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნების ან აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებთან, ანუ გამოითქვა ვარაუდი, რომ პაციენტთა შეხედულებები სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე უფრო ახლოს უნდა იყოს აღმოსავლეთ ევროპის და დსთ ქვეყნების მოსახლეობის შეხედულებებთან, ვიდრე ევროპის რეგიონის განვითარებული

ქვეყნების იგივე მონაცემებთან, სადაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების უფრო ხანგრძლივი ტრადიცია არსებობს.

ნაშრომის მეცნიერული სიახლე

– დოკუმენტურ ინფორმაციაზე და ლიტერატურულ წყაროებზე დაყრდნობით ჩატარებულია ხარისხის კონცეფციის (მათ შორის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე უფლების და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სტრატეგიების განვითარების) ევოლუციის კომპლექსური ანალიზი როგორც საერთაშორისო, ისე ეროვნული გამოცდილების ჭრილში;

– შესწავლილია პაციენტთა კმაყოფილების შეფასების საერთაშორისო გამოცდილება და პირველად საქართველოში „ევრობარომეტრის“ და „ევროპეკის“ საერთაშორისო ინსტრუმენტების გამოყენებით გამოკვლეულია სამედიცინო სერვისების ხარისხთან მიმართებაში საქართველოს მოსახლეობის დამოკიდებულება, ინფორმირებულობის დონე და შეფასებულია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში ოჯახის ექიმისაგან მიღებული სამედიცინო მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილების დონე; ჩატარებულია შედარებითი ანალიზი საერთაშორისო კვლევის მონაცემებთან.

– საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განვითარების ინსტიტუციური შესაძლებლობების გაუმჯობესების მიზნით შემუშავებულია პაციენტთა კმაყოფილების შეფასების კითხვარები როგორც ამბულატორული, ისე სტაციონარული დაწესებულებებისათვის.

ნაშრომის პრაქტიკული მნიშვნელობა

– კვლევის შედეგები შესაძლებელია გამოყენებული იქნას სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ეროვნული სტრატეგიის შემუშავების პროცესში.

– ნაშრომი შესაძლებელია საინტერესო აღმოჩნდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის საკითხებით დაინტერესებული პროფესიული საზოგადოებისათვის, შესაძლებელია მისი სასწავლო პროცესში გამოყენება.

– შემუშავებული კითხვარები შესაძლებელია გამოყენებული იქნას სამედიცინო დაწესებულებებში თვითშეფასების პროცესის განხორციელების

ხელშეწყობისათვის და პაციენტთა კმაყოფილების შეფასების რუტინული პროცესის დანერგვისა და განხორციელებისათვის, როგორც ამბულატორულ, ისე სტაციონარულ დაწესებულებებში.

ნაშრომის აპრობაცია და პუბლიკაციები.

ნაშრომის ძირითადი დებულებები მოხსენებულ იქნა 2012 წელს ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და საზოგადოებრივი ცენტრის (ბაიბის ბოლიას სოციალური კვლევის უნივერსიტეტი) თანამშრომლების სამუშაო შეხვედრაზე (რუმინეთი); 2011 წელს ლონდონის უნივერსიტეტში საერთაშორისო კონფერენციაზე „Health Rights in Global Historical Perspective” (დიდი ბრიტანეთი); 2011 წელს ციურისის უნივერსიტეტში საერთაშორისო კონფერენციაზე „Priorities in Medicine and Health Care”(შვეიცარია); 2011 წელს კუმბრიის უნივერსიტეტში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის სამუშაო შეხვედრაზე (დიდი ბრიტანეთი); 2011 წელს სტოკჰოლმის KTH უნივერსიტეტში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების სამუშაო შეხვედრაზე (შვედეთი); 2009 წელს მსოფლიო ფორუმზე ბერგენში „Social Configuration of Health” (ნორვეგია);

სადისერტაციო თემის ირგვლივ გამოქვეყნებულია ხუთი სამეცნიერო შრომა.

ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა.

ნაშრომი წარმოადგენს ნაბეჭდ შრომას, რომელიც მოიცავს 200 ნაბეჭდ გვერდს, მათ შორის ძირითად ტექსტს 159 გვერდზე. ნაშრომი შედგება შესავლის, ოთხი თავისაგან, დასკვნებისა და რეკომენდაციებისაგან. ნაშრომი ილუსტრირებულია 44 ცხრილით, 46 სქემით. ნაშრომს თან ერთვის ლიტერატურის სია 231 დასახელებით და სამი დანართი.

თავი 1. ხარისხის კონცეფცია სამედიცინო მომსახურების კონტექსტში

1.1 მოქალაქეთა უფლება ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი მოქალაქეთა ძირითადი უფლებებია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, რომლებიც დაცული და ასახულია სხვადასხვა საერთაშორისო და რეგიონული ხელშეკრულებებში, შეთანხმებებში (ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია, UDHR, 1948; საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ, ICCPR, 1966; ევროპის კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ძირითადი თავისუფლებების შესახებ, ECHR, 1950; კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ, CHRB, 1997 და სხვ.) და საერთაშორისო ორგანიზაციების, მათ შორის: გაეროს (UN), ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO), იუნესკოს (UNESCO), ევროსაბჭოს (COE), ევროკავშირის (EU), ექიმთა მსოფლიო ასოციაციის (WMA), ექიმ-სპეციალისტთა ევროპული კავშირის (UEMS) და სხვ. დოკუმენტებში, ასევე ეროვნულ (საქართველოს კონსტიტუცია, საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ და სხვა) სამართლებრივ ნორმებში (31-39). ადამიანის უფლებების ზოგადი მიმოხილვა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დეტალურად არის ასახული ღია საზოგადოების ინსტიტუტის 2009 წლის პუბლიკაციაში: Human Rights in Patients Care: A Recourse Guide და ფონდი „ღია საზოგადოება-საქართველოს“ 2011 წლის პუბლიკაციაში: Human Rights in Patients Care: A Practitioner Guide. (40,41) აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის ხარისხის განზომილებისაგან განსხვავებით, ჯანდაცვაში ადამიანის უფლებების თემაზე ბოლო წლებში ქართულ ენაზე გამოცემული იქნა რამდენიმე პუბლიკაცია (42-47).

საერთაშორისო დოკუმენტებში ხშირად გამოიყენება ტერმინი „ჯანმრთელობაზე უფლება“, რაც უფრო ლაკონურად აღნიშნავს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხთა იმ ფართო სპექტრს, რომელიც განხილულია საერთაშორისო ხელშეკრულებებში. ჯანმრთელობაზე უფლება მოიცავს ისეთ ელემენტებს, რომელთა პრაქტიკული რეალიზაცია გარანტირებული უნდა იყოს ნებისმიერ სახელმწიფოში არსებული რესურსების (S.Gruskin, 2004; B.Toebes, 2007; D.Tarantola, 2008) შესაბამისად (48-50) ჯანმრთელობის დაცვა ნებისმიერ ქვეყანაში ორიენტირებული უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურების (L.Doyal, 1995; A. De Negri Filho, 2008; P.Braveman, 2010) ხელმისაწვდომობაზე, თანასწორობასა და ხარისხზე (51-53).

1945 წელს სან-ფრანცისკოში გაეროს კონფერენციაზე ბრაზილიის დელეგაციის მიერ წარმოდგენილი იქნა მემორანდუმი, რომლის ლეიტმოტივს წარმოადგენდა ნიუ-ორკის არქიეპისკოპოსის სპელმანის ციტატა „მედიცინა სამყაროს ერთ-ერთი საყრდენია“ და რომელმაც საფუძველი ჩაუყარა გაეროს წესდების 55-ე სტატიაში ჯანმრთელობის საკითხთან დაკავშირებულ შემდეგ ჩანაწერს: „გაერომ ხელი უნდა შეუწყოს საერთაშორისო ეკონომიკური, სოციალური და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრას“ (49). იგივე მემორანდუმი გახდა გაეროს კონფერენციაზე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დაფუძნების შესახებ დეკლარაციის მიღების საფუძველი.

1946 წელს 19-22 ივლისს ნიუ-ორკში ჩატარებულ საერთაშორისო კონფერენციაზე 61 სახელმწიფოს წარმომადგენელმა ხელი მოაწერა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის წესდებას (54). ეს დოკუმენტი წარმოადგენს პირველ საერთაშორისო დოკუმენტს, რომელშიც გაჩნდა ჩანაწერი ჯანმრთელობაზე ადამიანის უფლების შესახებ. წესდებაში თითოეული ადამიანის ფუნდამენტური უფლება ასახულია, როგორც ჯანმრთელობის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტის უფლება (WHO, 1946).

მიუხედავად მრავალმხრივი დებატებისა, იმის შესახებ, რომ მეტად რთულია „იდეალური ჯანმრთელობის“ უფლების უზრუნველყოფა, რომ ჯანმრთელობაზე უფლება უფრო მეტად სოციალურ კეთილდღეობას ასახავს და

რომ უფრო რეალისტურია „უფლება ჯანმრთელობის დაცვაზე“, მაინც უპირატესობა მიენიჭა ტერმინს „ჯანმრთელობაზე უფლება“.

ჯანმო-ს მიერ შეთავაზებულ დეფინიციაში იგულისხმება, რომ ჯანმრთელობის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტი უკავშირდება ქვეყნების სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების დონეს, რაც განსაზღვრავს უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტის სხვადასხვაობას ქვეყნების მიხედვით. წესდებაში აღნიშნულია, რომ ხელისუფლება პასუხისმგებელია საკუთარი მოქალაქეების ჯანმრთელობაზე და მან ხელი უნდა შეუწყოს ჯანმრთელობისა და სოციალური სამსახურების ადეკვატურ საქმიანობას. ჯანმო-ს წესდებაში წარმოდგენილმა ჯანმრთელობაზე უფლების განმარტებამ საფუძველი დაუდო ამ უფლების დამკვიდრებას და სხვა საერთაშორისო ხელშეკრულებებში მის გავრცელებას.

1946 წელს გაეროში შეიქმნა ადამიანის უფლებათა კომისია UNCHR (2006 წლიდან კომისია ჩაანაცვლა ადამიანის უფლებათა საბჭომ UNHRC). აღსანიშნავია, რომ კომისიის პირველ სხდომაზე საკმარისი ყურადღება არ დაეთმო ჯანმრთელობაზე უფლების განხილვას. საბჭომ (HRC) პირველი სხდომა ჩაატარა 1947 წლის ივნისში. მას დაევალა ადამიანის უფლებათა დეკლარაციის მომზადება. ჯანმრთელობის უფლებასთან დაკავშირებით საბჭომ მიზანშეწონილად ცნო გამოყენებინა ჯანმო-ს წესდება. შესაბამისად ადამიანის უფლებათა დეკლარაციის პროექტის 33-ე მუხლში ჯანმრთელობაზე უფლება აისახა შემდეგი სახით:

„ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი მისაღწევი სტანდარტისადმი ხელმისაწვდომობა ყოველი ადამიანის უფლებაა, მისი მატერიალური ან საზოგადოებაში მისი სოციალური სტატუსისაგან დამოუკიდებლად.

სახელმწიფოების და საზოგადოების პასუხისმგებლობა საკუთარი მოქალაქეების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით უზრუნველყოფილი უნდა იყოს სამედიცინო და სოციალურ სფეროებში სათანადო ზომების გატარებით“ (31).

თუმცა პროექტში შემდგომი სხდომების განმავლობაში შეტანილი იქნა სხვადასხვა შესწორებები და დეკლარაციის საბოლოო ვერსია შემუშავდა გაეროს გენერალური ასამბლეის მესამე კომისიის მიერ. დეკლარაცია მიღებული იქნა 1948 წლის 10 დეკემბერს. დეკლარაციის პირველ მუხლში აღნიშნულია,

რომ „ყველა ადამიანი იბადება თავისუფალი და თანასწორი თავის ღირსებებსა და უფლებებში“. ჯანმრთელობაზე უფლება ასახული იქნა ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის 25-ე მუხლში, რომლის თანახმად „ყოველ ადამიანს აქვს უფლება ჰქონდეს ცხოვრების ისეთი დონე, საკვების, ტანსაცმლის, ბინის, სამედიცინო მოვლისა და საჭირო სოციალური მომსახურების ჩათვლით, რომელიც აუცილებელია თვითონ მისი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესანარჩუნებლად“. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმრთელობაზე უფლების განმარტების საწყის წერტილად ჯანმო-ს წესდება იქნა მიჩნეული, ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის საბოლოო ვერსიაში აქცენტი მაინც უფრო მეტად სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე იქნა გადატანილი.

ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია არ წარმოადგენს იურიდიულად სავალდებულო აქტს, მაგრამ სამართლის სფეროს ექსპერტთა აზრით, ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალში მის მიერ შეტანილი მნიშვნელოვანი წვლილის გამო, დეკლარაციას მაინც გარკვეულწილად იმპერატიული ხასიათი აქვს. გარდა ამისა, დეკლარაციაში ასახულმა ადამიანის უფლებათა სტანდარტებმა ადამიანის უფლებათა სფეროში მოქმედ სხვა მრავალ აქტს ჩაუყარა საფუძველი, მათ შორის საერთაშორისო პაქტს სოციალური, ეკონომიკური და კულტურული უფლებების შესახებ (47).

სოციალური, ეკონომიკური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტში (ICESCR, 1966) ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების შეტანა განხილული იქნა ადამიანის უფლებათა კომისიის მეშვიდე და მერვე სხდომებზე და გაეროს გენერალური ასამბლეის მეთერთმეტე სხდომაზე. საწყისი ტექსტი წარმოდგენილი იქნა ჯანმო-ს გენერალური დირექტორის მიერ, რომელიც ასევე ფართო განხილვის საკითხად იქცა. საბოლოოდ მოწონებული იქნა ჩილეს წარმომადგენლის მიერ შემოთავაზებული ვერსია.

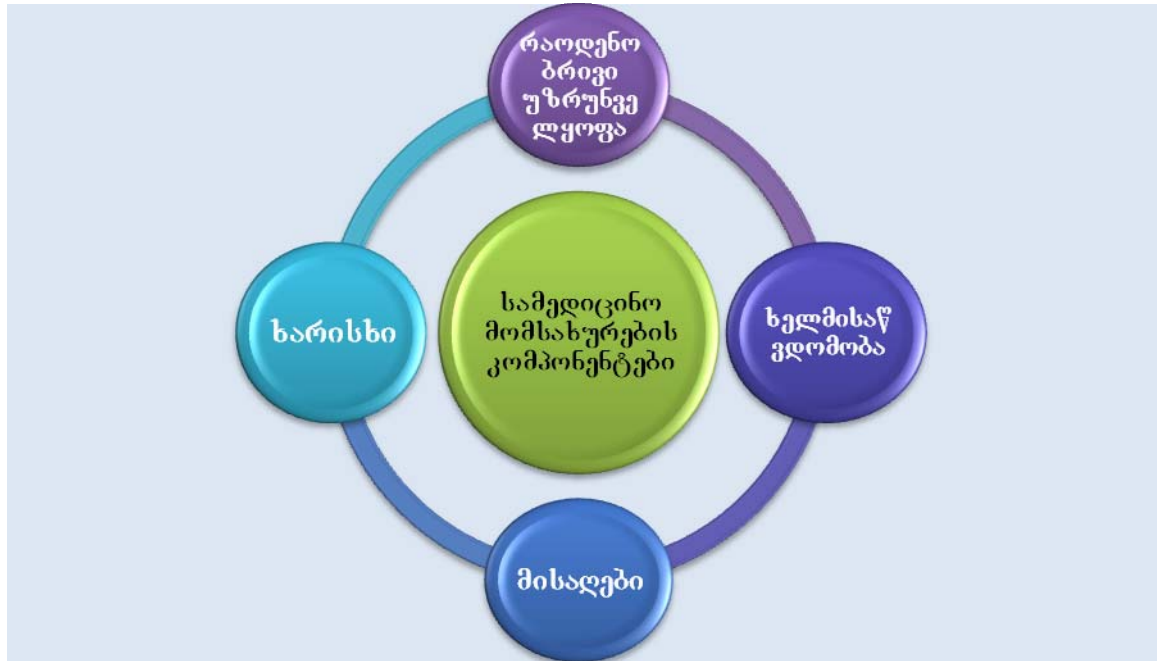
„კონვენციის წევრმა სახელმწიფოებმა უნდა უზრუნველყონ ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტები ყველასათვის“ – აღნიშნულია სოციალური, ეკონომიკური და კულტურული

უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლში. ამავე მუხლის „დ“ პუნქტი ასახავს უფლებას ჯანდაცვის დაწესებულებების, საქონელისა და მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე.

სამედიცინო მომსახურებასა და ზოგადად ჯანდაცვაზე უფლება გულისხმობს, რომ უზრუნველყოფილი უნდა იქნას სამედიცინო მომსახურების შემდეგი კომპონენტები: (სქემა №1)

- სამედიცინო მომსახურების რაოდენობრივი უზრუნველყოფა, რაც გულისხმობს ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებების, სამედიცინო პერსონალის და სამედიცინო პროგრამების საკმარისი რაოდენობის არსებობასა და მოსახლეობის უზრუნველყოფას;
- სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა, რაც გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების გეოგრაფიულ, ეკონომიკურ, ინფორმაციულ ხელმისაწვდომობას და ხელმისაწვდომობას დისკრიმინაციის გარეშე;
- მისაღები სამედიცინო მომსახურება, რაც გულისხმობს, რომ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება უნდა აკმაყოფილებდეს სამედიცინო ეთიკისა და კულტურულ ნორმებს, ითვალისწინებდეს გენდერულ თავისებურებებს და თვითმყოფადობის მოთხოვნებს, ასევე ინარჩუნებდეს პიროვნების კონფიდენციალობას;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, რაც გულისხმობს, რომ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება და მათი ადჰურვილობა უნდა შეესაბამებოდეს მეცნიერულ და სამედიცინო ნორმატივებს (47).

2000 წელს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტმა CESCR, რომელიც უზრუნველყოფს ამ უფლებების მონიტორინგს, მიიღო ზოგადი ხასიათის შენიშვნა, სადაც აღნიშნულია, რომ ჯანმრთელობაზე უფლება ვრცელდება არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე, არამედ ჯანმრთელობის ძირითად დეტერმინანტებზეც, მათ შორის ჯანმრთელობის სფეროში განათლებისა და ინფორმაციის ხელმისაწვდომობაზე; ამავე დროს ჯანმრთელობის დაცვის სერვისები უნდა იყოს ხელმისაწვდომი, შესაბამისი ხარისხის და მიღწევადი (ფიზიკურად და ეკონომიკურად) ყველასთვის დისკრიმინაციის გარეშე.



სქემა №1 სამედიცინო მომსახურების კომპონენტები

„ჯანმრთელობის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტებით სარგებლობა“ წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის შესახებ 1978 წლის ალმა-ატის დეკლარაციის და 1998 წელს მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის მიერ მიღებული ოტავას დეკლარაციის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან თემას (55, 56).

ალმა-ატის დეკლარაციის პირველ მუხლში აღნიშნულია, რომ ჯანმრთელობის უმაღლესი ხელმისაწვდომი დონე უმნიშვნელოვანესი სოციალური მიზანია, რომლის მიღწევა მოითხოვს სოციალური, ეკონომიკური და ჯანდაცვის სექტორების ერთობლივ ძალისხმევას (55).

უფლება ჯანმრთელობაზე და უფლება სოციალურ და სამედიცინო დახმარებაზე განხილულია ევროპის სოციალური ქარტიის (ESC) შესაბამისად მე-11 და მე-13 მუხლებში. 1953 წელს ევროსაბჭოს გენერალური მდივნის მიერ რეკომენდებული იქნა სოციალური სფეროს ზოგადი პრინციპების განსაზღვრა და შემდგომი განვითარება. ევროპის სოციალური ქარტიაზე მუშაობა მიმდინარეობდა 1953 წლიდან 1961 წლამდე. ქარტია ხელმოსაწერად გაიხსნა 1961 წელს და ძალაში შევიდა 1965 წელს. სოციალურ საკითხთა კომისიის მიერ შემუშავებული იქნა პროექტი, სადაც აღნიშნული იყო, რომ „ყველას აქვს

უფლება ისარგებლოს მომსახურებით, რომელიც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის მაღალ დონეს“. 1958 წლის პროექტის ტექსტში გამოყენებული იქნა ტერმინი „უფლება ჯანმრთელობის უმაღლეს დონეზე“, ხოლო საბოლოო ვერსიაში დაფიქსირდა ტერმინი „უფლება ჯანმრთელობის დაცვაზე“ (57).

1996 წელს ევროპის სოციალური ქარტია გადასინჯული იქნა, თუმცა მუხლები ჯანმრთელობის დაცვაზე უფლების შესახებ პრაქტიკულად უცვლელი დარჩა. ევროპის სოციალურ ქარტიაში აღნიშნულია, რომ სახელმწიფოებმა უნდა უზრუნველყონ მოსახლეობის ჯანმრთელობის საუკეთესო შესაძლებელი მდგომარეობა არსებული ცოდნის შესაბამისად, ხოლო ჯანდაცვის სისტემა ყველასთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, რაც თავის მხრივ უნდა ეფუძნებოდეს გამჭვირვალე კრიტერიუმებს.

1994 წელს ევროსაბჭოს მიერ ამსტერდამში მიღებული იქნა ევროპაში პაციენტთა უფლებების ზოგადი ჩარჩო (ჯანმოს ინიციატივით), ხოლო 1996 წელს ჯანმო-ს ლიუბლიანას ქარტია. ორივე დოკუმენტი იძლევა კონკრეტულ რეკომენდაციებს იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა იყოს ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემა ადამიანის საჭიროებებზე და მოუწოდებს პაციენტებს თავიანთი წვლილი შეიტანონ პოზიტიური ცვლილებების დანერგვაში (58, 59).

1997 წელს ევროსაბჭოს ხარისხის ექსპერტთა საბჭოს მიერ შემუშავებული იქნა რეკომენდაციები ჯანდაცვის მინისტრებისათვის (COE,1997), სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განვითარების უწყვეტი სისტემის ჩამოყალიბებისათვის (60).

პაციენტთა უფლებების ლისაბონის დეკლარაცია შემუშავებული იქნა მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის მიერ 1981 წელს 34-ე მსოფლიოს ექიმთა ასამბლეაზე. დოკუმენტის ბოლო გადასინჯვა განხორციელდა 2005 წელს. დეკლარაციის უმთავრესი პრინციპია სათანადო ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება.

დეკლარაციის 2005 წლის ვერსია იწყება შემდეგნაირად: „ბოლო დროს ექიმს, პაციენტებსა, და კიდევ უფრო ფართოდ, საზოგადოებას შორის ურთიერთობებმა, მნიშვნელოვანი ცვლილებები განიცადა. ექიმმა უნდა იმოქმედოს არა მხოლოდ საკუთარი სინდისის და პაციენტის ინტერესების შესაბამისად, არამედ მან

არანაკლები ძალისხმევა უნდა მოახმაროს პაციენტის ავტონომიისა და სამართლიანობის უზრუნველყოფას” (61).

დეკლარაციაში აღნიშნულია, რომ:

- ყველას აქვს უფლება დისკრიმინაციის გარეშე ისარგებლოს სათანადო ჯანდაცვით;
- ყველას აქვს უფლება აირჩიოს ის ექიმი, რომელსაც აქვს უნარი დამოუკიდებლად მიიღოს კლინიკური და ეთიკური გადაწყვეტილება სხვისი ჩარევის გარეშე;
- პაციენტს მკურნალობა ყოველთვის უნდა ჩაუტარდეს მისი ინტერესებიდან გამომდინარე. გამოყენებული მკურნალობა უნდა შეესაბამებოდეს ზოგადად აღიარებულ სამედიცინო პრინციპებს.
- ხარისხის უზრუნველყოფა ყოველთვის უნდა იყოს ჯანდაცვის განუყოფელი ნაწილი, ხოლო სამედიცინო პერსონალი უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის დამცველი;
- ისეთ ვითარებაში, როდესაც არსებობს მცირე რესურსები და პაციენტებს შორის არჩევანი უნდა გაკეთდეს თუ ვის ვუმკურნალებთ, გადაწყვეტილება მიღებულ უნდა იქნას სამედიცინო კრიტერიუმებზე დაყრდნობით, ყველა პაციენტს უფლება აქვს ჩართული იყოს მკურნალობის შერჩევის სამართლიან პროცედურებში და არ უნდა მოხდეს პაციენტთა დისკრიმინაცია;
- პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს უწყვეტი მკურნალობა. ექიმი ვალდებულია კოორდინირებულად ითანამშრომლოს პაციენტისთვის სამედიცინო მომსახურების გამწევ სხვა პირებთან. ექიმმა არ უნდა შეწყვიტოს პაციენტის მკურნალობა მანამ, სანამ არ დარწმუნდება, რომ პაციენტზე ზრუნვას და დანიშნულებას ასრულებს სამედიცინო მომსახურების გამწევი სხვა მუშაკი.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპაში პაციენტის უფლებათა ხელშეწყობის შესახებ დეკლარაციის (WHO, 1994) მეხუთე მუხლში აღნიშნულია: პაციენტებს აქვთ ხარისხიანი მზრუნველობის მიღების უფლება, რაც უნდა

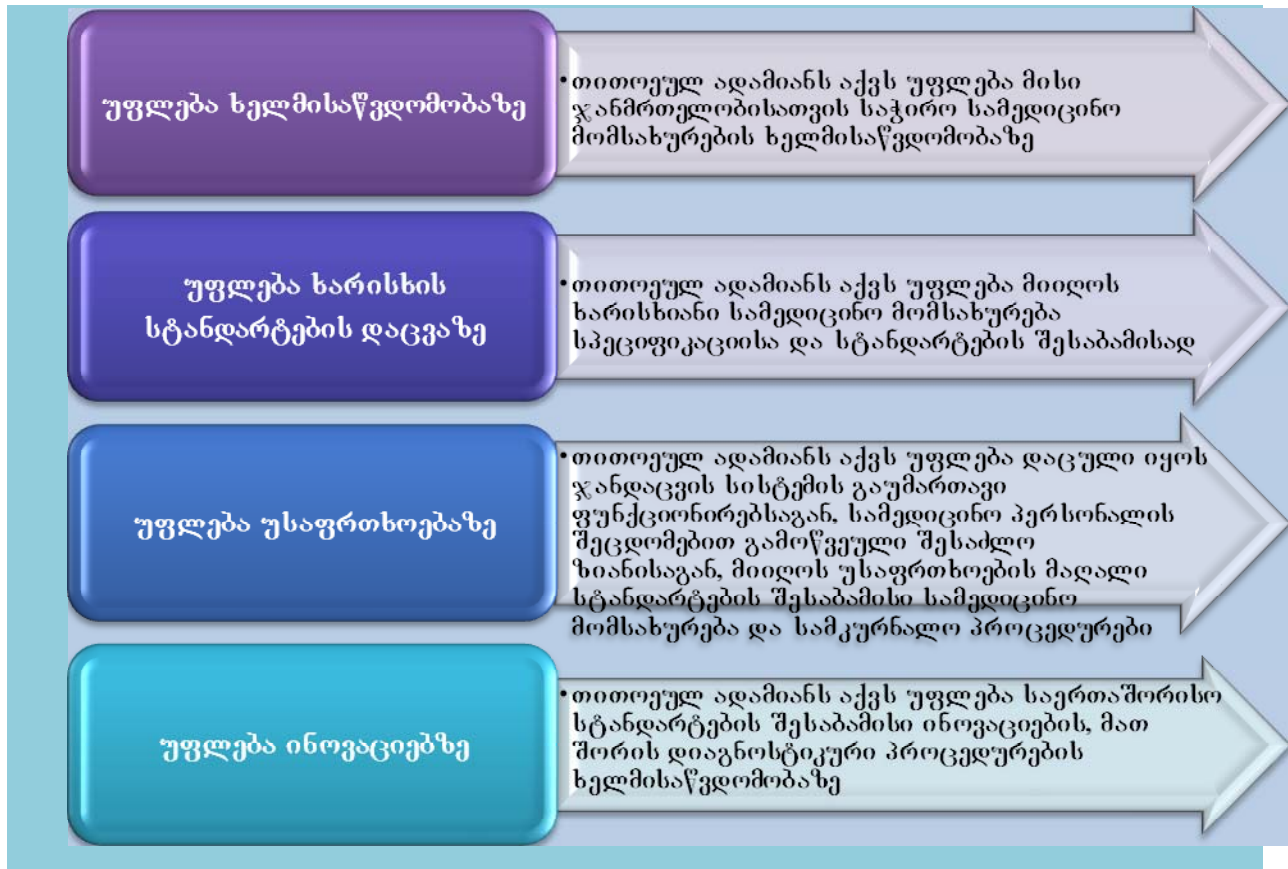
აღინიშნოს მაღალი ტექნიკური სტანდარტების დაცვით და ადამიანური დამოკიდებულებით პაციენტსა და ექიმს შორის (62).

2002 წელს სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციების ევროპული ქსელის მიერ შემუშავებული იქნა პაციენტთა უფლებების ევროპული ქარტია (European Charter of Patients' Rights. Basic Document) რომელშიც მკაფიოდ არის ჩამოყალიბებული პაციენტთა უფლებები. პაციენტთა უფლებების ევროპული ქარტია შემუშავებული იქნა იმ მიზნით, რომ ხელი შეუწყოს ჯანმრთელობის დაცვის მაღალი დონისა და სხვადასხვა ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურების მიერ გაწეული მომსახურების მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფას (63).

პაციენტთა უფლებების ევროპულ ქარტიაში ასახულია 14 უფლება, მათ შორის რამდენიმე უშუალოდ ასახავს პაციენტების უფლებას მიიღონ ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება (სქემა №2).

- უფლება ხელმისაწვდომობაზე, რაც გულისხმობს რომ თითოეულ ადამიანს აქვს უფლება მისი ჯანმრთელობისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე;
- უფლება ხარისხის სტანდარტების დაცვაზე, რაც გულისხმობს რომ თითოეულ ადამიანს აქვს უფლება მიიღოს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება სპეციფიკაციისა და სტანდარტების შესაბამისად;
- უფლება უსაფრთხოებაზე, რაც გულისხმობს რომ თითოეულ ადამიანს აქვს უფლება დაცული იყოს ჯანდაცვის სისტემის გაუმართავი ფუნქციონირებისაგან, სამედიცინო პერსონალის შეცდომებით გამოწვეული შესაძლო ზიანისაგან და უფლება აქვს მიიღოს უსაფრთხოების მაღალი სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება და სამკურნალო პროცედურები;
- უფლება ინოვაციებზე, რაც გულისხმობს რომ თითოეულ ადამიანს აქვს უფლება საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისი ინოვაციების, მათ შორის დიაგნოსტიკური პროცედურების ხელმისაწვდომობაზე.

მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა და განმტკიცება მოითხოვს უნივერსალურ, საყოველთაო, სამართლიან, ეფექტურ, მოქნილ და ხარისხიან ჯანდაცვის სისტემას.



სქემა №2 ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული პაციენტთა უფლებების ევროპული ქარტიის პრინციპები

მედიცინასა და ბიოლოგიაში მნიშვნელოვანი ტექნოლოგიური განვითარების ფონზე მიმდინარე ცვლილებების პირობებში, ადამიანის ღირსების დაცვის უზრუნველსაყოფად, ევროსაბჭოს მიერ 1997 წლის 4 აპრილს მიღებული იქნა კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ (CHRB). ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ კონვენციის მესამე მუხლი ეხება სათანადო ხარისხის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის თანაბარ ხელმისაწვდომობას, ხოლო მეოთხე მუხლი – პროფესიული სტანდარტების დაცვის ვალდებულებას. პროფესიული სტანდარტები და ვალდებულებები ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ კონვენციის დამატებითი ოქმის მეოთხე მუხლის ძირითადი თემაა (64).

ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ კონვენციის მესამე მუხლში აღნიშნულია, რომ „მთავრობებმა, არსებული რესურსების

გათვალისწინებით, უნდა გაატარონ შესაბამისი ღონისძიებები, სათანადო ხარისხის ჯანმრთელობის დაცვის თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად“, ხოლო მეოთხე მუხლში აღნიშნულია, რომ ნებისმიერი ჩარევა ჯანმრთელობის სფეროში სამეცნიერო კვლევის ჩათვლით, უნდა განხორციელდეს სათანადო პროფესიული ვალდებულებებისა და სტანდარტების შესაბამისად.

1998 წლის მაისში ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის მიერ გამოქვეყნებული იქნა დოკუმენტი „ჯანმრთელობა ყველასათვის 21-ე საუკუნეში“, რომელშიც აღწერილი იქნა 21 ამოცანა 21-ე საუკუნისათვის. მეორე ამოცანას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებაში უთანასწორობის აღმოფხვრა, ხოლო მე-16-ე ამოცანაა მართვის გაუმჯობესება შედეგებზე აქცენტით სამედიცინო მომსახურების უკეთესი ხარისხისათვის (65).

2000 წლის სექტემბერში მიღებული იქნა გაეროს ათასწლეულის დეკლარაცია, რომლის მიხედვით ყველა ადამიანს უფლება აქვს ისარგებლოს ჯანმრთელობის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტებით, რაც ხელს შეუწყობს მის სრულფასოვან სიცოცხლეს. უფლება ჯანმრთელობაზე ითვალისწინებს ადეკვატურ, სათანადო სტანდარტების შესაბამის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობასაც (66).

2000 წელს ევროპული პარლამენტის, საბჭოს და კომიტეტის მიერ მიღებული იქნა ძირითადი უფლებების ქარტია (CFREU), რომლის 35-ე მუხლი ეთმობა ჯანმრთელობაზე უფლებას. ქარტიაში აღნიშნულია, რომ ყველა ადამიანს აქვს უფლება მიიღოს ეროვნული კანონმდებლობით დადგენილი სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება. ქარტით მინიჭებულ უფლებებს შორის არის ბიოეთიკასთან დაკავშირებული უფლებების კატეგორია (67).

2005 წელს ევროკომისიის მიერ მიღებული იქნა პაციენტთა უსაფრთხოების ლუქსემბურგის დეკლარაცია, სადაც აღნიშნულია, რომ მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა წარმოადგენს ადამიანის ერთ-ერთ საკვანძო უფლებას, ხოლო ხარისხის გაუმჯობესება საკვანძო ამოცანას პაციენტთა უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის სისტემების ეფექტური მართვისათვის (68).

2006 წელს ექიმ-სპეციალისტთა ევროპული კავშირის მიერ შემუშავებული იქნა დეკლარაცია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის შესახებ, რომელშიც აღიარებულია ყველა ქვეყანაში ჯანდაცვის სერვისების სათანადო ხარისხის უზრუნველყოფის აუცილებლობა და ჩამოყალიბებულია ორგანიზაციის ხელვა ამ მიზნის მისაღწევად (69).

2007 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ გამოქვეყნდა საქმიანობის ჩარჩო-პროგრამა „ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერება ჯანმრთელობის შედეგების გასაუმჯობესებლად“, სადაც აღნიშნულია, რომ კარგი სამედიცინო მომსახურება არის ისეთი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც რესურსების მინიმალური დანახარჯებით უზრუნველყოფს ეფექტურ, უსაფრთხო, ხარისხიან, პერსონალიზირებულ, დროულ სამედიცინო ინტერვენციას იმ პიროვნებისათვის, რომელსაც ეს სჭირდება (70).

ევროკომისიის შეხედულებები პაციენტთა აქტიური მონაწილეობის შესახებ გამოხატულია სამუშაო დოკუმენტში: „ერთად ჯანმრთელობისათვის: ევროკავშირის სტრატეგიული მიდგომები 2008-2013 წლებში“. დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ ჯანდაცვაში სულ უფრო მატულობს აქცენტი პაციენტზე ორიენტირებულ სამედიცინო მომსახურებაზე. ჯანმრთელობის პოლიტიკა უნდა დაეფუძნოს პაციენტთა უფლებებს, რაც უზრუნველყოფს პაციენტთა აქტიურ მონაწილეობას და მათ ზეგავლენას გადაწყვეტილებების მიღებაზე. პაციენტთა ჩართულობა თავის მხრივ უზრუნველყოფს პოლიტიკის შესაბამისობას მათ საჭიროებებთან და მოლოდინებთან (71).

პაციენტთა ორგანიზაციების საერთაშორისო ალიანსის (IAPO) მიერ 2007 წელს მიღებული იქნა დეკლარაცია პაციენტზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, რომელშიც აღნიშნულია, რომ ჯანდაცვის მომსახურება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პაციენტებისათვის, რაც გულისხმობს უსაფრთხო, ხარისხიან და სათანადო მომსახურებას, მკურნალობას და პრევენციულ ღონისძიებებს. ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოფილი უნდა იქნას ყველა პაციენტისათვის მიუხედავად მათი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსისა. ხელმისაწვდომობის პრინციპის გარდა, დეკლარაცია ყურადღებას ამახვილებს პაციენტთა მონაწილეობაზე ჯანდაცვის პოლიტიკაში (72). დეკლარაციაში

აღნიშნულია, რომ პაციენტებმა და პაციენტთა ორგანიზაციებმა, მონაწილეობა უნდა მიიღონ ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების ყველა საფეხურზე, რათა უზრუნველყოფილი იყოს პაციენტთა ინტერესებზე ორიენტირებული პოლიტიკა.

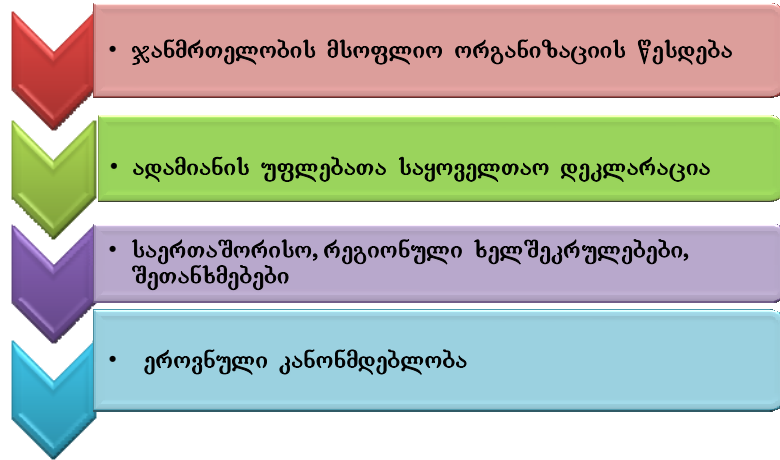
2010 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო ანგარიშის ძირითადი თემა ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური ასპექტებია, კერძოდ ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემების დახვეწა და საბაზისო სამედიცინო მომსახურების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. თუმცა ხელმისაწვდომობის საკითხი არ განიხილება სამედიცინო მომსახურების სათანადო ხარისხის კომპონენტის გარეშე (WHO, 2010). სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ანგარიშში განხილულია როგორც სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის აუცილებელი კომპონენტი (73).

ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტების პოლიტიკური დეკლარაციის ამოსავალი წერტილი ჯანმრთელობის მიღწევის პროცესში სამართლიანობის უზრუნველყოფაა (WHO, 2011).

ჯანმრთელობის უმაღლესი მიღწევადი სტანდარტი, უფლება და ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე ასახულია აგრეთვე ბავშვთა უფლებათა კონვენციაში (CRC, 1994), კონვენციაში ქალთა დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ (CEDAW, 1996), კონვენციაში შეზღუდული შესაძლებლობების პირთა უფლებების დაცვის შესახებ (CRPD, 2009) ევროპულ კონვენციაში სოციალური და სამედიცინო დახმარების შესახებ, ევროსაბჭოს რეკომენდაციებში მარგინალურ გარემოში მცხოვრები ადამიანების ჯანმრთელობის დაცვისა და ჯანდაცვის სამსახურებზე მოთხოვნასთან ჯანდაცვის სამსახურების მისაღების შესახებ, საერთაშორისო კონვენციაში ყველა მიგრანტი მუშა-მოსამსახურისა და მათი ოჯახის წევრების დაცვის შესახებ (CMW, 1994) და სხვა (74-77).

ჯანმრთელობაზე უფლების სფეროში არსებული მრავალრიცხოვანი დოკუმენტური ინფორმაციის ანალიზი წარმოაჩენს, რომ ხარისხიან სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე უფლებამ ევოლუცია განიცადა საერთაშორისო ორგანიზაციების რეზოლუციებში მოცემული სპეციალური მარეგულირებელი ნორმებისა და სამართლებრივი აქტების საფუძველზე.

ჯანმრთელობაზე უფლება



სქემა №3 ჯანმრთელობაზე უფლება საერთაშორისო და ეროვნულ კანონმდებლობაში.

ჯანმრთელობაზე და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე უფლებების სფეროს ჩამოყალიბების ისტორიული ათვლის წერტილებად ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის წესდების და ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის შექმნა უნდა მივიჩნიოთ, რომლის შემდეგ უფლება ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე ასახული და გავრცელებული იქნა სხვადასხვა საერთაშორისო და ეროვნულ სამართლებრივ დოკუმენტებში (სქემა №3).

საერთაშორისო დოკუმენტებში ერთმნიშვნელოვნად აღიარებულია, რომ ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე უფლების დაცვაზე თითოეულ ქვეყანაში სახელმწიფო პასუხისმგებელი ქვეყანაში არსებული რესურსული შესაძლებლობების მოცულობის გათვალისწინებით. თუმცა უფლებების ისტორიული ევოლუციის პროცესში იკვეთება თანამედროვე ტენდენცია, რომლის თანახმად მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ უფლებების დეკლარირება, არამედ ამ უფლებების რეალიზაციის პროცესში საზოგადოების წევრებისათვის, მომხმარებლებისათვის, პაციენტებისათვის უფლებამოსილების მინიჭება, რათა მოხდეს მათი აქტიური ჩართვა ჯანდაცვის პოლიტიკის

შემუშავების სხვადასხვა საფეხურზე, რაც თავის მხრივ უზრუნველყოფს მოქალაქეებისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასაც და ხარისხსაც. ამ რაკურსით ხარისხიან სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე უფლება შესაძლებელია განხილული იქნას როგორც სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიც კი, ხოლო ამ უფლების რეალიზაციის პროცესში პაციენტთა აქტიური მონაწილეობა – დემოკრატიული პროცესების მაჩვენებელი.

ჯანმრთელობაზე და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე უფლებების სფეროს ევოლუციური განვითარების თანამედროვე ეტაპი სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვისა და მართვის, საბაზისო სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და ხარისხის განსაზღვრის პროცესში მოქალაქეებისა და პაციენტების აქტიურ მონაწილეობას და მათი აზრისა და შეხედულებების გათვალისწინებას მოითხოვს.

12. ხარისხის არსი და ცნება. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის

კონცეფცია

ხარისხი მეტად რთული და მრავალმხრივი ცნებაა (L.Brown, 2008), რომელიც სოციალურ დარგებში ბიზნესის სფეროდან შემოვიდა (L.Willson and P. Goldschmidt, 1995). მოცემულ ტენდენციას ქართულ ენაზე გამოქვეყნებული შრომების მიმოხილვაც ადასტურებს. საქართველოში გამოცემულია პუბლიკაციები ბიზნესისა და ეკონომიკის სფეროში ხარისხის კონცეფციების, ცნებების, ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის სისტემებისა და კონტროლის შესახებ, მათ შორის სამეწარმეო საქმიანობაში, ენერგეტიკასა და ტელეკომუნიკაციაში, პროექტის მენეჯმენტში და სხვა. და ამავე დროს ძალიან მცირეა შრომები ხარისხზე სოციალურ სფეროში და განსაკუთრებული დეფინიტი, როგორც უკვე ავღნიშნეთ, ამ მიმართულებით სწორედ ჯანდაცვაში აღინიშნება (78-81). სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სფეროში ჩატარებულია რამდენიმე მცირე მასშტაბიანი კვლევა სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში.

საკმაოდ რთულია ხარისხის უნივერსალური და მისაღები განმარტების შემუშავება. ყოველდღიურ ცხოვრებასა და ბიზნესში ხარისხს პრაგმატული ინტერპრეტაცია აქვს და განიმარტება, როგორც საქონელის ან მომსახურების გამოსადეგობა, აღმატებულება, სიკარგე (81). ლიტერატურაში გავრცელებულია სხვადასხვა სახის განმარტებები. ოქსფორდის ინგლისური ენის განმარტებით ლექსიკონში ხარისხი განმარტებულია როგორც სრულყოფილების ხარისხი (The Oxford English Dictionary, 1988). რამდენიმე მნიშვნელოვანი დეფინიცია მოცემულია გზამკვლევში ხარისხის უზრუნველყოფის შიდა ინსტიტუციური მექანიზმების შესახებ (81).

კროსბის (Philip B. Crosby, 1984) განმარტებით ხარისხი მოთხოვნასთან შესაბამისობაა (82). თუ მომსახურება შეესაბამება მოთხოვნებს, მაშინ ხარისხი მიღწეულია. თუ პროდუქცია ან მომსახურება, შეესაბამება იმ მიზანს, რომლისკენაც ის მიმართულია, მაშინ ის აკმაყოფილებს ხარისხის მოთხოვნას. იურანის (Joseph M. Juran, 1986) თვალსაზრისით უფრო მეტი სარგებლობის

მიღება შეიძლება იმ შემთხვევაში, თუკი ხარისხს განვსაზღვრავთ როგორც პროგრამის უპირველეს მიზანს, რადგან ეს ამცირებს დანახარჯებს და ზრდის პროდუქტიულობას (83). ასეთ შემთხვევაში შეიძლება იმ საკმაოდ ძვირფასი დროის დაზოგვა, რაც ზოგადად პრობლემების გამოსწორებას ხმარდება.

დემინგის (W. Edwards Deming, 1986) მიხედვით, ხარჯები მცირდება და პროდუქტიულობა მატულობს, თუ ხარისხი უმჯობესდება დიზაინისა და წარმოების უკეთესი მართვის შედეგად (84). უკეთესი ხარისხი უფრო დაბალ ფასად მოიპოვებს ბაზარს. ხარჯების შემცირება ხარისხის გაუმჯობესების გარეშე შეცდომაა.

ხარისხი სხვადასხვა მეცნიერთა შრომებში სხვადასხვა ასპექტზე აქცენტით არის განხილული. განვიხილოთ რამდენიმე დეფინიცია.

ხარისხი რაიმეს ნიშან-თვისებაა, რაც მას უპირატესობას ანიჭებს სხვა ნიშან-თვისებასთან შედარებით. ხარისხი პროდუქციის ან მომსახურების ნიშან-თვისებათა ერთობლიობაა, რომელიც აკმაყოფილებს დადგენილ ან სავარაუდო მოთხოვნებს. ხარისხი პროდუქციის, მომსახურების, შრომის, ინფორმაციის და ა.შ. ღირსებაა და ვეინბერგის (Gerald M. Weinberg) მიხედვით ის პიროვნებისათვის არის ღირებული.

კანომ (Noriaki Kano, 1984) შეიმუშავა ხარისხის ორგანზომილებიანი მოდელი. მისი აზრით, ხარისხს თავისთავად აქვს ორი განზომილება - “ხარისხი, რომელიც უნდა არსებობდეს” და “ხარისხი, რომელიც მიმზიდველია”. პირველ შემთხვევაში მნიშვნელოვანია სტანდარტების დაკმაყოფილება, ხოლო მეორე შემთხვევაში - მომხმარებელთა სავარაუდო, ჯერ კიდევ მათ მიერ გაუცნობიერებელი სურვილებისა და საჭიროებების გათვალისწინება (85).

ხარისხიანი პროდუქტი და/ან სერვისი შეესაბამება და აჭარბებს მომხმარებლის მოლოდინს.

მსოფლიო მასშტაბით სამედიცინო მომსახურების სფეროში ხარისხის კონცეფციის დანერგვას ხანგრძლივი ისტორია აქვს და ის უკავშირდება აველის დონაბედიანის, რობერტ ბრუკის, ლენ როზენფილდის სახელებს, ევროპის რეგიონის ქვეყნებში კი მაქსველის, ჰენდერსონის, ოვრეტკვიტის, კენდალისა და ლისაუერის შრომებს.

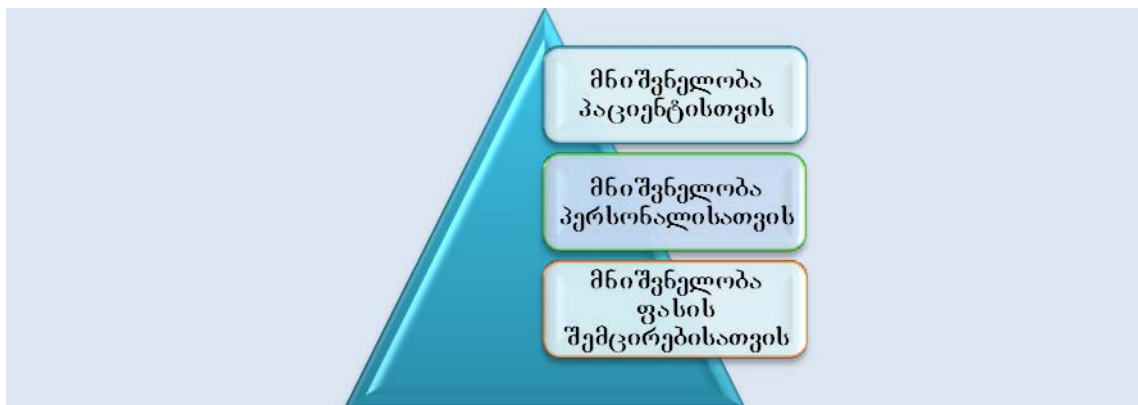
გრიფიტის (R.Griffiths, 1983) ანგარიშში წარმოდგენილი რეკომენდაციების თანახმად ჯანმრთელობის ეროვნულ სამსახურებს პაციენტი უნდა განეხილათ როგორც მომხმარებელი და ჯანდაცვაში პირველად იქნა შემოტანილი კვაზინტერნალური ბაზრის ცნება (86). თავდაპირველად აღნიშნული მიმართულება განხორციელდა მყიდველისათვის სამედიცინო საქმიანობის კონკურენტული გარემოს შექმნით, რომელიც ეფუძნებოდა ფასს და ხარისხს, ხოლო მყიდველი/კლიენტი კონტრაქტის საშუალებით ირჩევდა სასურველ დაწესებულებას. აღნიშნული კონტრაქტების მოპოვების მიზნით სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები მუდმივად ცდილობდნენ ხარისხის გაუმჯობესებას.

პაციენტის განხილვა კლიენტის რანგში დადგენილი იქნა დიდი ბრიტანეთის პაციენტთა ქარტიით, რომელშიც წარმოდგენილია როგორც პაციენტთა უფლებები, ისე მომსახურების სტანდარტები, რისი მოლოდინიც პაციენტებს უნდა ჰქონდეთ (87,88). პაციენტთა ქარტია მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორიცაა: ხელმისაწვდომობა, მოლოდინის დრო, თავაზიანობა და პატივისცემა, ინფორმაციის მიწოდება და ჩივილი (მომხმარებლის უკმაყოფილების შემთხვევაში).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე და პაციენტზე, როგორც მომხმარებელზე მიდგომების აქცენტირება ევროპაში გაგრძელდა XX საუკუნის 90-იან წლებშიც. 1997 წელს დიდ ბრიტანეთში გამოიცა დოკუმენტი: “ახალი ჯანმრთელობის ეროვნული სამსახურები: თანამედროვე, საიმედო”, სადაც ასახული იქნა მთავრობის ხედვა ჯანმრთელობის ეროვნულ სამსახურებთან მიმართებით (89). ახალი დოკუმენტით შეიქმნა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამსახურებზე ზედამხედველობის ახალი მყარი სისტემა. დოკუმენტი ასახავს ისეთ საკითხებს, როგორიცაა: სამედიცინო სამსახურების მიმართ არათანაბარი ხელმისაწვდომობა, ხარისხის გაუმჯობესების კრიტერიუმების განსაზღვრა გარკვეული ნოზოლოგიებისათვის, მათ შორის გულის იშემიური დაავადებისთვის, ინსულტისათვის და სიმსივნეებისათვის.

ჰენდერსონის (E.Henderson, 1998) მიერ განზოგადებული იქნა სამი ასპექტი, რის გამოც ხარისხი მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების სისტემაში (სქემა №4). ეს ასპექტებია:

- მნიშვნელობა პაციენტისთვის – ხარისხის გაუმჯობესებას დიდი სარგებლობა მოაქვს პაციენტისათვის, ვინაიდან ამ დროს გათვალისწინებულია პაციენტის საჭიროებები და შესაბამისად გამოსავალიც კარგია. გარდა ამისა, კარგი გამოცდილების შედეგად იზრდება პაციენტის ნდობა მომავალში ურთიერთობების გაგრძელებისათვის. შესაბამისად ეს იწვევს პაციენტისა და მისი ნათესავების შფოთვისა და სტრესის დონის შემცირებას.
- მნიშვნელობა პერსონალისათვის – ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამსახურების პერსონალი მოტივირებულია საკუთარი მოვალეობის კეთილსინდისიერ შესრულებაზე, რათა პაციენტები და კლიენტები უზრუნველყონ საუკეთესო მომსახურებით. კარგად ორგანიზება, სათანადო აღჭურვილობა, მოვლის კარგი ხარისხი არის წარმატებული საქმიანობის, პაციენტთან დადებითი უკუკავშირის და დეპარტამენტის რეპუტაციის ზრდის გარანტი.
- მნიშვნელობა ფასის შემცირებისათვის – ხშირად სამედიცინო მომსახურების ფასი დაკავშირებულია კარგ ხარისხთან. შეზღუდული მომსახურება თანხის ფუჭ ხარჯვასთან არის დაკავშირებული (გარუტერსი და ჰოლანდი, 1991 წელი). მაღალი ფასები შესაძლოა განპირობებული იყოს ჩატარებული გამოკვლევების უკმაყოფილებით, განმეორებითი პროცედურებით, კვლავმიმართვიანობით და ა.შ (90).



სქემა №4 ხარისხის მნიშვნელობის იერარქია სამედიცინო მომსახურების სისტემაში

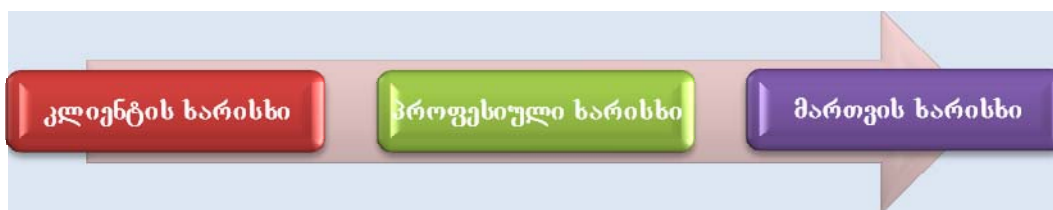
სამედიცინო ლიტერატურაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სხვადასხვა განმარტება არსებობს.

ავედის დონაბელიანის განმარტების თანახმად სამედიცინო მომსახურების ხარისხი მომსახურების ის დონეა, რომელიც მიმართულია პაციენტის მაქსიმალური კეთილდღეობისაკენ, სამედიცინო მომსახურების მთელი პროცესის მანძილზე მოგებასა და დანახარჯებს შორის ბალანსის დაცვის გათვალისწინებით (2,13).

მედიცინის ინსტიტუტის (IOM, 1990) განმარტების თანახმად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი - საქმიანობის ის დონეა, რომელიც უზრუნველყოფს ცალკეული ინდივიდებისა და მთელი მოსახლეობისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების შესაბამისობას თანამედროვე პროფესიულ ცოდნასთან და ჯანმრთელობის მდგომარეობის სასურველი მახასიათებლების მაღალ აღბათობას (91).

ჯანდაცვაში კვლევებისა და ხარისხის აშშ-ს სააგენტოს განმარტების მიხედვით, ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება ნიშნავს სწორად შერჩეული პაციენტისათვის საჭირო დროს სწორი დონისძიებების სწორად ჩატარებას, რაც საუკეთესო შესაძლო გამოსავალის საფუძველია (92). სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ნიშნავს პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევას თანამედროვე სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების დონის შესაბამისად, რაც უზრუნველყოფს სათანადო შედეგს.

ოვრეტვეიტმა (J.Ovretveit, 1992) განსაზღვრა სამედიცინო სამსახურების ხარისხის სამი სხვადასხვა განზომილება დაინტერესებული ჯგუფების შესაბამისად (93). ესენია (სქემა №5):



სქემა №5 სამედიცინო სამსახურების ხარისხის განზომილებები

1. კლიენტის ხარისხი – რა სურთ პაციენტებს და კლიენტებს, როგორც ინდივიდუალურ, ისე პოპულაციურ დონეზე, და რა არის მათი მოლოდინი ამ მომსახურების მიმართ;

2. პროფესიული ხარისხი – შეესაბამება თუ არა მომსახურება საჭიროებებს, რომელიც განსაზღვრულია პროფესიონალების მიერ და არის თუ არა შესაბამისი პროცედურები და ტექნოლოგიები ხელმისაწვდომი;

3. მართვის ხარისხი – არის თუ არა გამოყენებული რესურსები, რომელიც საჭიროა ოპტიმალური ეფექტურობისათვის, იმ დადგენილი დირექტივების შესაბამისი, რომელიც მიმართულია პაციენტებისა და კლიენტების სასარგებლოდ.

ოვრეტკვიტის თვალთახედვით, შესაძლოა ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც ზემოთ აღწერილ სამ განზომილებას შორის წარმოიქმნება ინტერესთა კონფლიქტი. მაგალითად, 2003 წელს აშშ-ში განხორციელდა პირველი წარმატებული პროცედურა, რომელმაც უზრუნველყო პაციენტი სრულად ფუნქციონირებადი ხელოვნული გულით. ეს მოვლენა ფართოდ იყო გაშუქებული მედიაში, ამიტომ გაიზარდა პაციენტებისა და პაციენტთა ჯგუფების მოთხოვნილება მოცემულ პროცედურაზე. თავის მხრივ ამან გამოიწვია ის, რომ საჭირო გახდა იგივე პროცედურა ხელმისაწვდომი გამხდარიყო უკვე ჯანმრთელობის ეროვნული სამსახურებშიც დონეზე.

პროფესიული თვალსაზრისით, აღნიშნული პროცედურის დანერგვის პროცესი იყო სრულიად საწყის ეტაპზე. ხელოვნული გულის გადანერგვის სრულყოფილად ჩატარებისათვის საჭიროა სათანადო უნარ-ჩვევები და ტექნოლოგიები, რაც მოითხოვს საკმაოდ ხანგრძლივ სწავლებასა და ტრენინგებს. პროფესიული თვალსაზრისით ასევე მნიშვნელოვანია ოპერაციის შემდგომი პერიოდი, განსაკუთრებით იმის დასადგენად, თუ რამდენად წარმატებული აღმოჩნდა პაციენტისათვის აღნიშნული პროცედურა.

მართვის თვალსაზრისით, ამ პროცედურის ჩატარებამდე დაწესებულების გახმაურება, სადაც აღნიშნულ მეთოდზე მუშაობა მიმდინარეობდა, მკაცრად აკრძალული უნდა ყოფილიყო. ახალი თერაპიული და ტექნოლოგიური

განვითარება, განსაკუთრებით ჯანდაცვის სფეროში, საკმაოდ ძვირია. მენეჯერებმა უნდა განსაზღვრონ იმ რესურსების საჭიროება, რომელიც გამოყენებული უნდა იქნას სამედიცინო მომსახურების პროცესში საუკეთესო ეფექტის მისაღწევად.

კენდალსა და ლისაუერზე (L.Kendall and R.Lissauer, 2003) დაყრდნობით (94) პაციენტზე ორიენტირებული მაღალი ხარისხის მომსახურება უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ ხუთ საკვანძო მახასიათებელს: (სქემა №6)

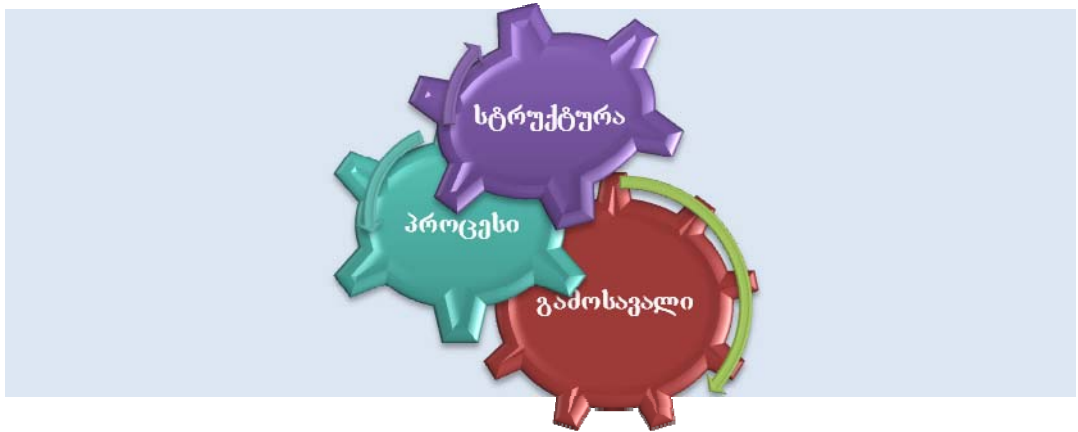
- მომსახურება უნდა იყოს უსაფრთხო და ეფექტური – ყურადღება უნდა გამახვილდეს პაციენტზე ორიენტირებულ, მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ მკურნალობაზე, ვინაიდან ამ შემთხვევაში მკურნალობა უფრო უსაფრთხოა და პაციენტებისათვის გამოსავალი ბევრად უფრო კეთილსაიმედოა;
- მომსახურებამ უნდა უზრუნველყოს ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის ხელშეწყობაც, რასაც აქვს ორმაგი შედეგი: უკვე დაავადებული ადამიანის მკურნალობა და პრევენცია და ასევე ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;
- მომსახურება უნდა იყოს ინტეგრირებული და უწყვეტი – პაციენტთა მოვლაში ჰოლისტიკური მიდგომა მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს გამოსავალს, ამდენად მკურნალობისას ჯანმრთელობის ეროვნული სამსახურების ყველა ერთეული უნდა მოქმედებდეს კოორდინირებულად, ასევე კოორდინაცია უნდა იყოს დაცული სხვა სექტორებთან მიმართებაშიც, მათ შორის სოციალური ზრუნვის სფეროსთანაც, როგორც საზოგადოებრივ, ისე კერძო სექტორში;
- მომსახურება უნდა იყოს მიმართული ინფორმირებულობისა და უფლებამოსილების ამალგებისაკენ – სამედიცინო პერსონალმა პაციენტს უნდა მიაწოდოს სრულყოფილი ინფორმაცია, რაც ხელს შეუწყობს პაციენტის მიერ ინფორმირებული არჩევანის გაკეთებას და მონაწილეობას იმ გადაწყვეტილებების მიღებაში, რომლებიც მის მკურნალობას ეხება;



სქემა №6 ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების საკვანძო მახასიათებლები

- მომსახურება უნდა იყოს დროული და მოსახერხებელი – პაციენტთა გამოკითხვის შედეგად დადგინდა, რომ პაციენტი პრიორიტეტს ანიჭებს იმ მომსახურებას, რომელიც მას მიეწოდება დროულად და შეესაბამება მის მოთხოვნებს. ამასთანავე მკურნალობის დაგვიანება არა მხოლოდ აუარესებს პაციენტის გამოსავალს არამედ ზრდის მკურნალობის ხარჯებს.

ტრადიციულად სამედიცინო მომსახურების შეფასება ხორციელდება სამი მიმართულებით: სტრუქტურა, პროცესი და გამოსავალი (სქემა №7).



სქემა №7 სამედიცინო მომსახურების შეფასების ელემენტები

შეფასებისათვის დონაბედლიანი (A.Donabedian, 1966) მის ნაშრომში, რომელიც უკვე ამ სფეროში „კლასიკურ ნაშრომად“ არის აღიარებული,

აღწერს შეფასების მეთოდებს (13). აველის დონაბელიანის მიხედვით: კარგი სტრუქტურა ზრდის კარგი პროცესის ალბათობას და კარგი პროცესი კარგი გამოსავალის ალბათობას (სქემა №8).



სქემა №8 დამოკიდებულებები ხარისხის ელემენტებს შორის

სტრუქტურა მოიცავს სამედიცინო მომსახურების გაწევისათვის აუცილებელ საშუალებებს, მათ შორის: მატერიალურ რესურსებს (მაგ. სამედიცინო დაწესებულებები, საავადმყოფოები, პოლიკლინიკები, ამბულატორიები, სამედიცინო და არასამედიცინო აპარატურა, სასწრაფო დახმარების მანქანები, სამედიცინო მოხმარების საგნები), პერსონალს (მაგ. სათანადო რაოდენობის კვალიფიციური და შესაბამისი უნარ-ჩვევების მქონე სამედიცინო პერსონალი) და ორგანიზაციულ მახასიათებლებს (მაგ. საჭირო დოკუმენტაცია, საინფორმაციო სისტემის გამართულობა, ოპერირების გეგმა და ადმინისტრირების მეთოდოლოგიები, კატასტროფის გეგმა, პაციენტთა და თანამშრომელთა უსაფრთხოების სტანდარტები და სამოქმედო წესები, კლინიკური გაიდლაინები და პროტოკოლები, სამედიცინო აპარატურის ექსპლუატაციის წესები და სტანდარტები, ექიმების ურთიერთშეფასების სისტემა და სხვა). სტრუქტურული მაჩვენებლის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაწილია არა მხოლოდ საჭიროების მიხედვით გათვლილი საშტატო განრიგი, არამედ კვალიფიციური და შესაბამისი უნარ-ჩვევების მქონე სამედიცინო პერსონალი, რომლებიც სრულად პასუხობენ თანამედროვე მედიცინის გამოწვევებს (სქემა №9).

პროცესში იგულისხმება უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების გაწევა, ინტერაქცია სამედიცინო მომსახურების გამწევისა და პაციენტს შორის (მაგ. სამედიცინო მომსახურების ადეკვატურობა, დროულობა, მკურნალობის

მეთოდების შერჩევას და მკურნალობის პროცესში კომპეტენტურობის გამოვლენა, შეთანხმებული და უწყვეტი მკურნალობა, გამოკვლევის, მკურნალობის ან ჩარევის ტაქტიკის შერჩევა, სწორი განყოფილების თუ სერვისის შერჩევა და სხვა).



სქემა №9 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების მახასიათებლები

ლიტერატურაში სამედიცინო მომსახურების პროცესის შესაფასებლად სხვადასხვა ავტორი სხვადასხვა განზომილებას ანიჭებს უპირატესობას. მაგალითად, ა.დონაბელდიანის აზრით განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს მომსახურების ეფექტიანობას, ეფექტურობას, ხელმისაწვდომობას, უსაფრთხოებას, თანასწორობას. მაქსველის აზრით გარდა მოცემული განზომილებებისა, მნიშვნელოვანია აგრეთვე ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა და არჩევანის უფლება. დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობის დეპარტამენტი დამატებით ამახვილებს ყურადღებას პაციენტთა გამოცდილების შესწავლაზე, ხოლო ევროკომისია - პაციენტთა კმაყოფილებაზე.

პროცესის დამახასიათებელი ყველა მაჩვენებელი დეტალურად არის აღწერილი ი. სასანიას პუბლიკაციაში (27).

„პროცესის მახასიათებლებია:

- ადეკვატური მომსახურება, რაც გულისხმობს, თუ რამდენად თანხვედრაშია პაციენტის კლინიკურ საჭიროებასთან სპეციფიური ტესტი, პროცედურა თუ სერვისი, და თუ რამდენად მეტია ჩატარებული

მომსახურების შედეგად მიღებული ჯანმრთელობის სარგებელი (შემცირებული ტკივილი, ფუნქციური გაუმჯობესება, მომატებული სიცოცხლის ხანგრძლივობა, გაუმჯობესებული ცხოვრების ხარისხი) შესაძლო ნეგატიურ შედეგებზე (დაავადების გართულება, დეპრესია, ტკივილი პროცედურის დროს და მის შემდეგ, მცდარი დიაგნოზი, სიკვდილი). არაადეკვატური მომსახურების ქვეშ იგულისხმება როგორც ზედმეტი სამედიცინო ჩარევა, ისე მისი დეფიციტი.

- მომსახურების უწყვეტობა, რაც გულისხმობს თუ რა ხარისხით აქვს პაციენტს განმეორებითი ვიზიტების დროს ერთი და იგივე ექიმთან ურთიერთობა და რამდენად შეუძლია პაციენტს იმ ექიმის იდენტიფიცირება, რომელიც პასუხისმგებელია მის ჯანმრთელობაზე (როცა, მკურნალობის პროცესში ჩართული არიან სხვა ექიმებიც). ან მაგალითად, რამდენად ხდება პაციენტის გაწერის შემდეგ მისი გადაბარება პირველადი ჯანდაცვის რგოლზე შემდგომი დაკვირვებისა და რეაბილიტაციის პროცესზე მეთვალყურეობისათვის, რამდენად არის უკუკავშირის სისტემა სპეციალისტთან.
- მომსახურების კოორდინაცია, რაც გულისხმობს თუ რამდენად საქმის კურსშია მკურნალი ექიმი (პირველადი, თუ ვიწრო სპეციალისტი), ყველა იმ მკურნალობის სქემების შესახებ, რომელსაც პაციენტი იღებს, და რამდენად ახორციელებს კომუნიკაციას სხვა სპეციალისტებთან.
- მომსახურების დროულობა, რაც გულისხმობს განისაზღვროს ჩარევის დროულობა პაციენტის სურვილის მიუხედავად. ხშირია შემთხვევები, როდესაც პაციენტის სურვილი და ჩარევის საჭიროება არ ემთხვევა ერთმანეთს. აქ მნიშვნელოვანია პაციენტთან სწორი კომუნიკაციის წარმართვა და ახსნა – განმარტების ჩატარება დროზე ადრე ან გვიან ჩატარებული ჩარევის რისკების შესახებ.
- თანასწორობა მომსახურების პროცესში, რაც გულისხმობს, რომ მომსახურება თანაბრად უნდა მიეწოდოს სხვადასხვა პაციენტს (ერთი და იგივე დიაგნოზების შემთხვევაში); მაგალითად სამედიცინო მომსახურების მიღების შანსი (ბარძაყის თავის პროტეზირება ან სხვა ჩარევა) ერთნაირი

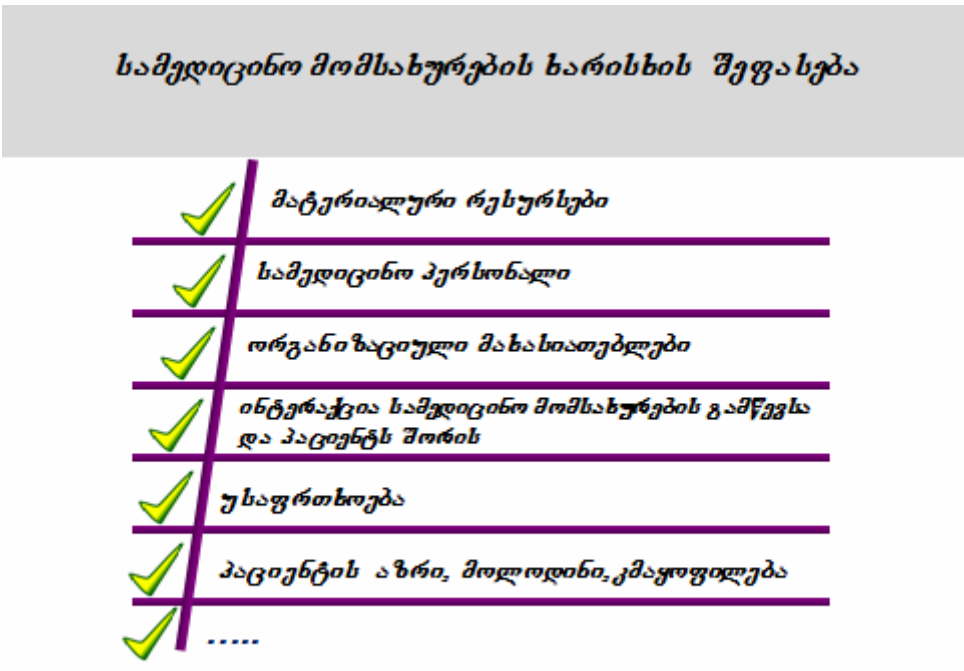
უნდა იყოს სხვადასხვა სოციალური, ეთნიკური თუ რელიგიური წარმომავლობის პაციენტებისათვის.

- ხელმისაწვდომი მომსახურება, რაც გულისხმობს, რომ მომსახურება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, როგორც გეოგრაფიულად, ფინანსურად, ინფორმაციულად და ხარისხობრივად. არ უნდა არსებობდეს ისეთი სისტემა როდესაც პაციენტი უარს დებულობს სამედიცინო მომსახურებაზე რაიმე ნიშნით დისკრიმინაციის გამო ან გადაუდებელ მომსახურებაზე ფინანსური შესაძლებლობის არქონის გამო.
- სოციალურად მიღებული მომსახურება, რაც გულისხმობს, რომ სამედიცინო მომსახურება უნდა ასახავდეს თუ რა შეიძლება უნდოდეს პაციენტს პოტენციურად და რა სახით. გაწეული მომსახურება უნდა აკმაყოფილებდეს მის მოლოდინებს. ძირითადად პაციენტი მოითხოვს სამედიცინო პერსონალისაგან ისეთ თვისებებს, როგორცაა: გულისხმიერება, პატივისცემა, მეგობრულობა, მგრძობელობა და კომუნიკაციის შესაძლებლობა, რათა პაციენტს, მისთვის გასაგებ ფორმებში მიეწოდოს ობიექტური, სრული და გასაგები ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის შესახებ.
- მომსახურების უსაფრთხოება, რაც გულისხმობს, რომ მომსახურების პროცესში განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშაა ისეთი საკითხი, როგორცაა პაციენტთა უსაფრთხოება. განსაკუთრებით ამ საკითხებს ყურადღება ექცევა ამერიკის მედიცინის ინსტიტუტის მიერ 1990 წლის ანგარიშის გამოქვეყნების შემდეგ. უსაფრთხოება მოიცავს მომსახურების ხარისხის სხვადასხვა ასპექტებს. განსაზღვრების მიხედვით, უსაფრთხოება ეს არის გართულების რისკებისაგან, დაზიანებისაგან და არასასურველი შედეგისაგან პაციენტის დაცულობა. ჯანდაცვაში უსაფრთხოება განსაზღვრავს, თუ რამდენად არის შემცირებული ინტერვენციისა (წამალი, პროცედურა) თუ გარემო ფაქტორების (დაცემა, მოტეხილობა) და ასევე პერსონალის მხრიდან გამოწვეული რისკები”.

შედეგი ასახავს გაწეული სამედიცინო მომსახურებით გამოწვეულ ცვლილებას პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობაში. (მაგ. ჯანმრთელობის

მდგომარეობასთან დაკავშირებული ქცევის შეცვლას, სამედიცინო მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილებას (A.Donabedian, 1980; L.Wilson and P.Goldschmidt, 1995; J.Peabody, WHO, 2000), ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, გამოჯანმრთელებას, დაავადების მიმდინარეობის ბიოლოგიურ ცვლილებებს, ფუნქციების აღდგენას, სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას, დაავადების გართულებას, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას, სიკვდილობას).

ხარისხის შეფასების არც ერთი მიდგომა არ არის უნივერსალური. თითოეული მიმართულების მიხედვით შეფასებას გარკვეული უპირატესობები და ამავე დროს ნაკლოვანებებიც გააჩნია (სქემა №10).



სქემა №10 სამედიცინო ხარისხის შეფასების ელემენტები

ინფორმაცია სტრუქტურის შესახებ, დანარჩენი ორ მახასიათებლის მონაცემებთან შედარებით, უფრო მარტივად ხელმისაწვდომი და უნიფიცირებულია, თუმცა სტრუქტურა სავსებით შესაძლებელია რომ ძალიან სუსტად იყოს დაკავშირებული პროცესთან და გამოსავალთან. დასაშვებია, რომ სტრუქტურულად გამართულ დაწესებულებებში დაფიქსირდეს სერიოზული

დარღვევები სამედიცინო შეცდომების სახით. სტრუქტურის შეფასებაზე აქცენტი ძირითადად აკრედიტაციის ორგანოების პრეროგატივაა.

კლინიცისტების შეფასებით პროცესი ხარისხის ყველაზე მნიშვნელოვანი და ფასეული ინდიკატორია (R.Wenzel, 1992), რადგან ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება ნიშნავს საჭირო დროს სწორი ღონისძიებების სწორად ჩატარებას. მაგრამ პროცესის შეფასებასაც გარკვეული შეზღუდვები აქვს, კერძოდ სამედიცინო დახმარების ოპტიმალური პროცესის ან მიღებული მეთოდიკიდან გადახრების მნიშვნელობის შესახებ მონაცემთა სიმწირე, მკურნალობის მეთოდების შესახებ ჩატარებული რანდომიზირებული კლინიკური კვლევების სიმცირე. რა თქმა უნდა პროცესის შეფასების ოქროს სტანდარტს ისტორიების შესწავლა წარმოადგენს, თუმცა ამ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია სამედიცინო პერსონალის მიერ დაშვებული შეცდომები, არათანმიმდევრული და/ან არასრული ჩანაწერების არსებობა და ა. შ.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისას მნიშვნელოვანია, ამ ტერმინთან დაკავშირებული სხვა ბაზისური ცნებებისა და ტერმინების განხილვა. აღსანიშნავია, რომ ქართულ ენაზე ხარისხთან დაკავშირებული ტერმინების მოძიება შესაძლებელია ჯანდაცვის მენეჯმენტის განმარტებით ლექსიკონში (95).

ხარისხის უზრუნველყოფა – საქმიანობისა და პროგრამის სახეებია, რომელთა მიზანია არსებული და მოსალოდნელი მოთხოვნების დაკმაყოფილება შეზღუდული რესურსების ეფექტურად გამოყენებით.

ღონაბედიანის მიხედვით ხარისხის უზრუნველყოფა ყველა ტიპის საქმიანობაა, რომელიც მიმართულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შექმნის, დაცვის, ამაღლებისა და გაუმჯობესებისაკენ.

უილიამსონის (J.Williamson, 1978) მიხედვით ხარისხის უზრუნველყოფა ნიშნავს მიწოდებული მომსახურების ფაქტიური მდგომარეობის შეფასებას, საჭიროების შემთხვევაში მის მოდიფიცირებას (96).

რუელასის და ფრენკის (E.Ruelas and J.Frenk, 1989) მიხედვით ხარისხის უზრუნველყოფა სისტემური პროცესია იმ ნაპრაღის შესამცირებლად, რომელიც რეალობასა და სასურველ გამოსავალს შორის არსებობს (97).

ჰალმერის მიხედვით ხარისხის უზრუნველყოფა არის ხარისხის გაზომვის პროცესი, აღმოჩენილი დეფექტების ანალიზის საშუალებით არსებული მდგომარეობის გაუმჯობესება, და კვლავ ხარისხის გაზომვა მისი გაუმჯობესების შესაფასებლად.

ხარისხის კონტროლი – ქმედითი მეთოდების, სტატისტიკური მეთოდების გამოყენება პროგნოზირებული ხარისხის შესაფასებლად.

ხარისხის გაუმჯობესება ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ისეთი დონის მიღწევას, რომელიც აღემატება არსებულ ხარისხს.

ხარისხის ტოტალური მართვა – ხარისხის მართვა და გაუმჯობესება მუდმივმოქმედი სისტემის მეშვეობით ზევიდან, რაც მოცემულ პროცესში თანამშრომლებს უქმნის პრობლემათა გადაწყვეტის ოპტიმალურ პირობებს (საშუალებებს) სისტემის და არა ინდივიდუალურ დონეზე.

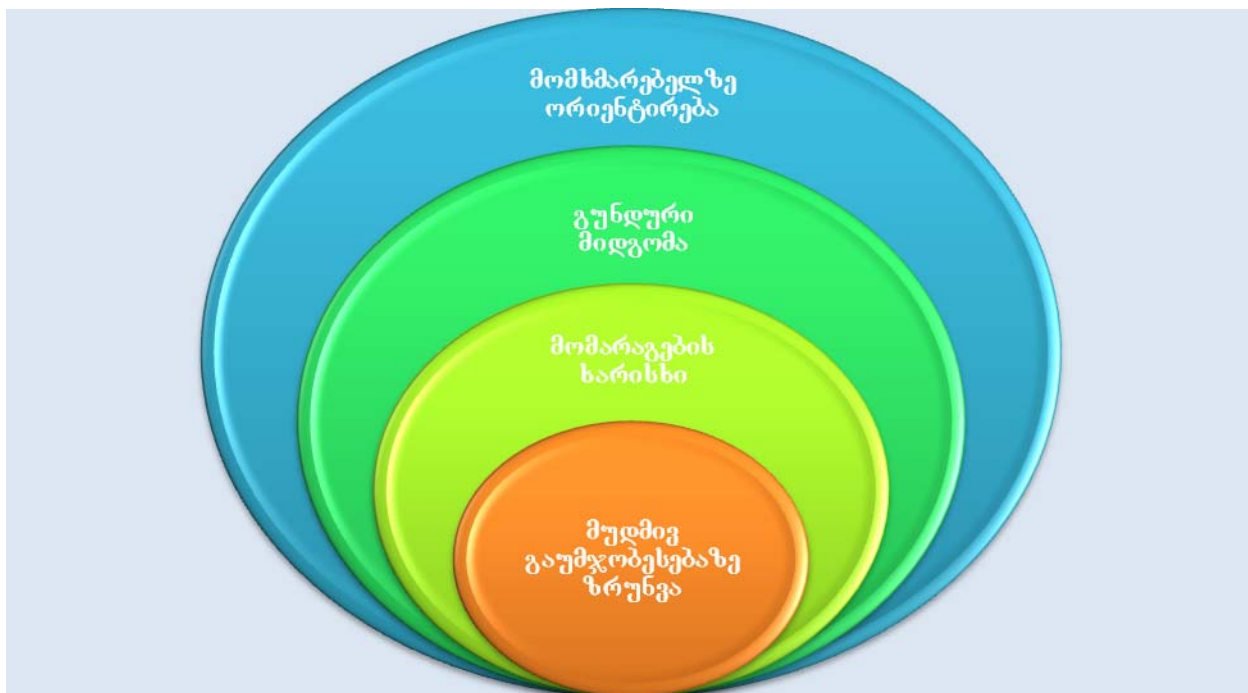
ხარისხის ტოტალური მართვა ითვალისწინებს ხარისხის პრინციპებს, რომელიც გათვალისწინებული უნდა იყოს თითოეულ ორგანიზაციაში როგორც ყოველი მისი შემაღენელი სტრუქტურული ერთეულის, ისე ინდივიდების მიერ. ჰოსპიტალურ დონეზე ხარისხის ტოტალური მართვა გულისხმობს, რომ ხარისხის ტოტალური მართვის ფილოსოფიას უნდა უხელმძღვანელოს აღმასრულებელმა ორგანომ, და ამასთანავე ის გაზიარებული უნდა იყოს ყოველი დეპარტამენტის თითოეული პერსონალის მიერ, დაწყებული დამხმარე პერსონალით (დამლაგებლები, დარაჯი და სხვ.) დამთავრებული უფროსი სპეციალისტებითა და მენეჯერებით (კონსულტანტები, ადამიანური რესურსების დირექტორი და სხვ.). ხარისხის ტოტალური მართვა არის საუკეთესო გზა ცუდი პრაქტიკის პრევენციისაკენ და შეცდომების შემცირებისათვის. იდეა “სწორედ პირველივე ცდით” განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ხარისხის ტოტალური მართვის მიდგომისას. ისეთმა მეცნიერებმა, როგორებიც არიან დემინგი (W.Deming, 1986), კროსბი (F.Crosby, 1984) და ოკლენდი (J.Oakland, 1993), განსაზღვრეს ხარისხის ტოტალური მართვის აუცილებელი პრინციპები. მათ ჩამოაყალიბეს 14 საფეხური მიზნის მისაღწევად (98). ჰენდერსონის (E.Henderson, 1998) მიხედვით ხარისხის ტოტალური მართვის მოთხოვნები კი ექვს საფეხურად არის ჩამოყალიბებული.

ხარისხის ტოტალური მართვის მოთხოვნებია:

- ვალდებულება და პასუხისმგებლობა მენეჯმენტის ზედა დონის მაგალითზე — ორგანიზაციაში უპირველესი მნიშვნელობა უნდა ენიჭებოდეს ხარისხის დაცვას ზედა საფეხურებზე, რაზეც აქცენტი პერმანენტულ რეჟიმში უნდა კეთდებოდეს.
- ორგანიზაციის ვალდებულება ხარისხის უზრუნველყოფისათვის — ორგანიზაციის ყველა დეპარტამენტში აქცენტი კეთდება ხარისხის თანაბარ გაუმჯობესებაზე ურთიერთდამოკიდებულებების პრინციპის გათვალისწინებით.
- მომხმარებელზე ორიენტირება — ორგანიზაციაში საქმიანობის საბოლოო მიზნად მომხმარებლის კმაყოფილების მიღწევა არის აღიარებული.
- მუშაობა თანამონაწილეობით და გუნდური მიდგომით — ორგანიზაცია იყენებს თანამშრომელთა ენთუზიაზმს ხარისხიანი მოვლისა და მომსახურების შეთავაზებისათვის.
- მომარაგების ხარისხი — იგულისხმება რომ ორგანიზაციები, მაგალითად საავადმყოფოები, ვერ იმუშავენ იზოლირებულად, რადგან მათი ხარისხიანი მუშაობა თავის მხრივ დამოკიდებულია გარე ფაქტორებზე, მაგალითად სხვადასხვა ნივთებით მომარაგების უზრუნველყოფაზე, მათ შორის საკვებით, მედიკამენტებით, ჰიგიენური საშუალებით და სხვა.
- მუდმივ გაუმჯობესებაზე ზრუნვა — გულისხმობს, რომ საჭიროა შეფასდეს თუ რამდენად კარგია მომსახურება მომხმარებელთა გამოკითხვის გზით და დაისახოს შემდგომი ქმედებები არსებული მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით.

ხარისხის ჯაჭვი არის ხარისხის ტოტალური მართვის მიდგომის ერთ-ერთი გზა (99). ორგანიზაციის შიგნით სხვადასხვა ინდივიდებისა და დეპარტამენტების ურთიერთდამოკიდებულებების ასახვა შესაძლებელია “ხარისხის ჯაჭვის” აგებით. ხარისხის ჯაჭვის კონცეპტის წინაპირობას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ ჯაჭვის შემადგენელი თითოეული რგოლი შეიძლება განხილული იქნას

როგორც შემდგომ რგოლზე განსახორციელებელი მომსახურების აუცილებელი მიმწოდებელი (სქემა №11).. ეს პროცესი გრძელდება მანამდე, სანამ პაციენტი ან მისი ნათესავი არ მიიღებს საბოლოო მომსახურებას.



სქემა №11 ხარისხის ტოტალური მართვის მოთხოვნები

როგორც ყველა ჯაჭვი, ხარისხის ჯაჭვი მყარია თუ მისი თითოეული რგოლი ძლიერია. როგორც მორისი (B.Moris, 1989) აღნიშნავდა, ხარისხი აუცილებელია თითოეულ რგოლში ჯაჭვის მთლიანობის უზრუნველყოფისათვის. სუსტი რგოლის შემთხვევაში, შესაძლებელია მოხდეს ჯაჭვის წყვეტა (100). ჯაჭვის ბოლო გამოხატავს დამოკიდებულებას ორგანიზაციასა და პაციენტს შორის. ამგვარი მიდგომით, მომხმარებელი შესაძლოა იყოს ჯაჭვის არა მხოლოდ გარე რგოლი (პაციენტი, ნათესავი), არამედ ორგანიზაციის შიდა წარმომადგენელი (სხვა თანამშრომელი, პროფესიონალები, დეპარტამენტი).

კლინიკური მართვა კარმონიზაციაშია ხარისხის უზრუნველყოფის განსაზღვრებასთან და ახორციელებს საქმიანობას ხარისხის ჩარჩოს ფარგლებში, ხარისხის ტოტალური მართვის პრინციპების დაცვით. დონალდსონის მიხედვით კლინიკური მართვა განისაზღვრება როგორც ჩარჩო, რომლის ფარგლებში ჯანმრთელობის ეროვნული სამსახურების ორგანიზაციები

ვალდებულნი არიან უწყვეტად უზრუნველყონ მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება და დაიცვან მომსახურების მაღალი სტანდარტები, ისეთი გარემოს შექმნით, რომელიც უზრუნველყოფს წარმატებულ და საუკეთესო კლინიკურ მკურნალობას.

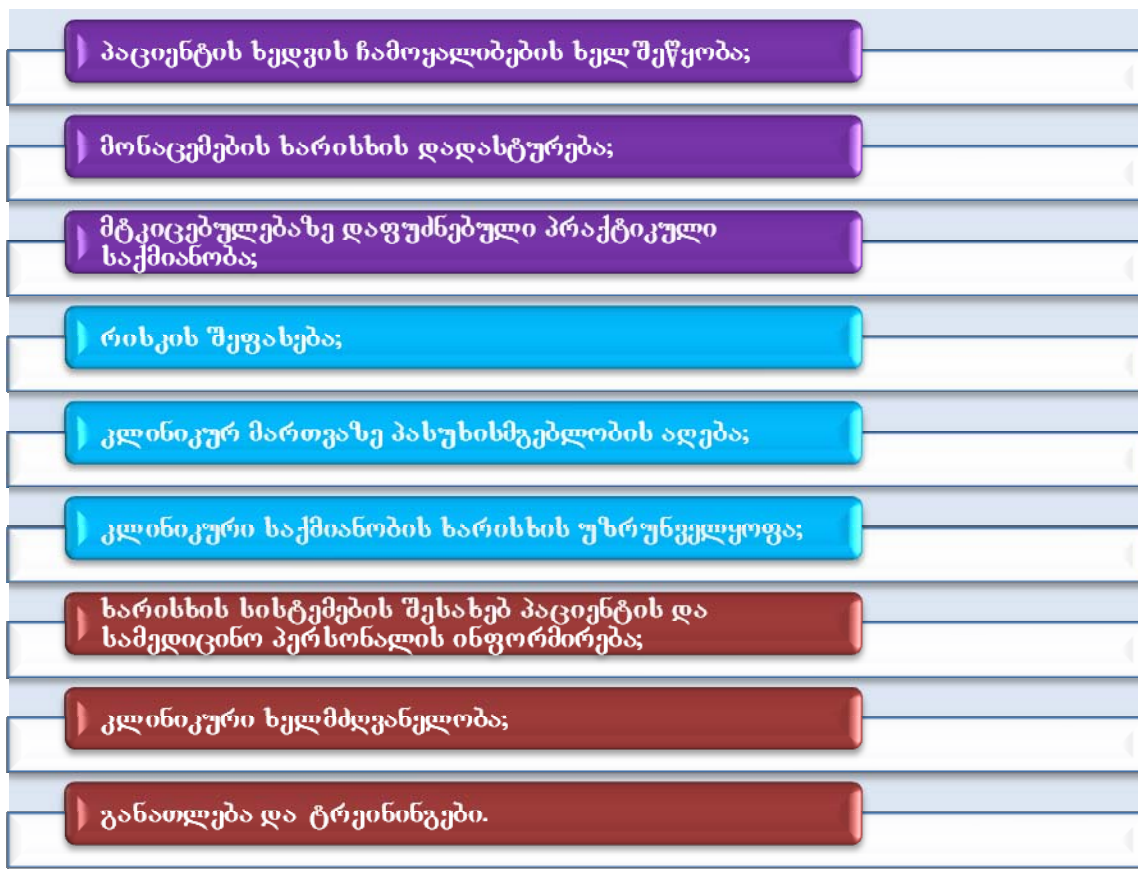
ჯანდაცვის პროფესიონალებისათვის ამ ცნების უფრო მისაღები ფორმულირება მოწოდებული იქნა 2004 წელს დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობის ეროვნული სამსახურის მიერ:

„კლინიკური მართვა უზრუნველყოფს პაციენტისათვის და მასზე მზრუნველისათვის სწორი მოვლის მიღებას სათანადო დროში და სათანადო პერსონალის მიერ უსაფრთხო გარემოში.“

ფართო გაგებით, კლინიკური მართვის სტრატეგია მოითხოვს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ახალი გაიდლაინების განვითარებას, რომლის მიხედვით უნდა შემუშავდეს მომსახურების სტანდარტები. მას შემდეგ, რაც ყოველივე ზემოთ აღნიშნული დაზუსტდება და შეთანხმდება, მასზე მონიტორინგს აწესებს მაკონტროლებელი ორგანოები და ჯანდაცვის კომისია. კომისიამ მეთვალყურეობა უნდა გაუწიოს სამედიცინო პერსონალის მუშაობას. კომისიამ უნდა შეამოწმოს რამდენად სწორად აკეთებენ არჩევანს ექიმები მკურნალობის მეთოდების არსებულ ალტერნატივებს შორის, რომელიც ამავე დროს უნდა იყოს ყველაზე მეტად ხარჯთეფექტური. კლინიკური მართვის სტრატეგიის საბოლოო მიზანს წარმოადგენს დაფინანსებასა და კლინიკური საქმიანობის ხარისხს შორის ბალანსის მიღწევა.

კლინიკური მართვის სტრატეგიის მიზანს ასევე წარმოადგენს მიუღებელი ვარიაციიდან გადაადგილება მისაღები ვარიაციისაკენ. მაკშერიმ და პრისმა (R.McSherry and P.Pearse, 2002) გამოთქვეს მოსაზრება, რომ კლინიკური მართვა შეუძლებელია იყოს მხოლოდ ისეთი სისტემების შექმნა, სადაც არ ხდება შეცდომის დაშვება (101). ის ასევე გულისხმობს საზოგადოების მხრიდან ჯანდაცვის პროფესიონალების მიმართ ნდობის გაძლიერებას, პაციენტები დარწმუნებულები უნდა იყვნენ, რომ ისინი იმყოფებიან უსაფრთხო და საუკეთესო გარემოში. იმისათვის, რომ სამედიცინო მომსახურება

შეესაბამებოდეს უმაღლესი კლასის სერვისს, ჯანდაცვის დაწესებულება უნდა წარმართავდეს საქმიანობას ცხრა მიმართულებით (სქემა №12):



სქემა №12 სამედიცინო მომსახურების მიზნები

კლინიკური მართვის ჩარჩოს შვიდი საფუძველია (2003):

1. პაციენტების ჩართულობა – სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისათვის მნიშვნელოვანია თუ როგორ არის მოვლის პროცესში ჩართული საზოგადოება, დაინტერესებული მხარეები, პაციენტები და მათზე მზრუნველები;
2. რისკის მენეჯმენტი – მოიცავს რისკის შეფასებას და სამოქმედო გეგმის შემუშავებას, რომელიც უნდა განხორციელდეს პოტენციური რისკის შემთხვევაში, არსებული რეალური რისკიდან კრიტიკულ მოქმედებამდე;

3. კლინიკური აუდიტი – აუდიტის მოქმედების არეალის განსაზღვრა, რეკომენდაციების შემუშავება და მათი დაცვა;
4. კვლევა და განათლება – მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკული საქმიანობის დანერგვით პაციენტის მდგომარეობის და მისი მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესება;
5. პერსონალის ჩართულობა – ადამიანური რესურსების მართვის, პერსონალის განვითარებისა და სრულყოფის თანამედროვე მიდგომების გამოყენება;
6. განათლება, ტრენინგები და განვითარება – გულისხმობს საგანმანათლებლო საქმიანობისა და ტრენინგების სტრატეგიებისა და გეგმების არსებობას, რომლის შესაბამისად პერსონალისათვის რიგი აქტივობებია ხელმისაწვდომი.
7. ინფორმაციული მენეჯმენტი – სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისათვის მნიშვნელოვანია თუ როგორ იქნება გამოყენებული ინფორმაცია ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების მხარდაჭერისათვის.

ეფექტური კლინიკური მართვისათვის სეილის (D.Sale, 2000) მიხედვით გათვალისწინებული უნდა იქნას შემდეგი აუცილებელი ელემენტები:








- ხარისხის გაუმჯობესების პროცესში კლინიკური აუდიტის გამოყენება. თუ აუდიტი გამოიყენება, ამ შემთხვევაში აუცილებელია განისაზღვროს ინტეგრირებულია თუ არა ის ორგანიზაციის ხარისხის პროგრამაში;
- კარგი ლიდერის გამოცდილების გამოყენება. თუ ეს ელემენტი გამოიყენება, მაშინ მნიშვნელოვანია, რომ ის გამოყენებული იქნას ასევე მთელი კლინიკური გუნდის დონეზე;
- საქმიანობის განხორციელება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკული საქმიანობის სახით. მნიშვნელოვანია, რომ ეს პროცესი მხარდაჭერილი იყოს ორგანიზაციაში შექმნილი სისტემებით და ჩამოყალიბებული პროცედურებით;

- კარგი პრაქტიკის, იდეების და ინოვაციების ფართო გავრცელება როგორც ორგანიზაციის შიგნით, ისე მის გარეთაც;
- მაღალი ხარისხის კლინიკური რისკის შემცირების პროგრამის არსებობა;
- ადრე არსებული არასასურველი მოვლენების მიზეზების შესწავლისა და მსგავსი ფაქტების თავიდან აცილების გზების შემუშავების უზრუნველყოფის ღია მიდგომის არსებობა, რაც უზრუნველყოფს ხარისხის გაუმჯობესებას;
- პაციენტის /ნათესავის კმაყოფილების შესწავლა და მიღებული გამოცდილების ან უკმაყოფილების გათვალისწინება კლინიკურ პრაქტიკაში;
- ცუდი კლინიკური გამოცდილების დროული გამოვლენა, სხვა პაციენტის ზიანის შემცირებისათვის მისი გათვალისწინება;
- პროფესიული განვითარების პროგრამების მხარდაჭერა კლინიკის ხელმძღვანელობის მიერ;
- კლინიკური საქმიანობის მონიტორინგისთვის საჭირო მონაცემების ხარისხის შესაბამისობა მაღალ სტანდარტებთან;
- თანამედროვე პროფესიულ და პრაქტიკულ განვითარებაში პროფესიული პერსონალის მონაწილეობის მუდმივი მონიტორინგი;
- ახალი კლინიკური მიდგომების მუდმივი განხილვისათვის თავისუფალი დისკუსიის შესაძლებლობის პირობების და გარემოს შექმნა;
- ორგანიზაციის ზოგადად და მისი კლინიკური სექტორის მზადყოფნა თანამშრომლობისათვის;
- გუნდის ეთოსის მკაფიო განსაზღვრა;
- პაციენტზე-ორიენტირებული მიდგომების განვითარება, როგორც მომსახურების, ისე ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის ურთიერთობის პროცესში (102).

პილინგერის (103) მიერ დადგენილ ხარისხის განვითარების საუკეთესო მეთოდებში შედის მონაწილეობაზე დამყარებული მიდგომები, სადაც ხარისხი უკავშირდება არჩევანს და ავტონომიას მომხმარებლებისთვის, მათთვის უფლებამოსილების მინიჭებას და მათი ჩართვას დაგეგმვაში. ხარისხის სტანდარტების ჩამოყალიბების პროცესში უმნიშვნელოვანესია პერსონალთან, ხელმძღვანელობასთან და მომხმარებლებთან თანამშრომლობა.

ამგვარად, დღეისათვის ცნობილია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და გაუმჯობესების სხვადასხვა მეთოდები. სამედიცინო მომსახურების შეფასების მახასიათებლებიდან განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს გამოსავალის შეფასებას, რადგან სწორედ გამოსავალი ასახავს სამედიცინო მომსახურების ძირითად მიზანს – პაციენტს გაეწიოს სათანადო სამედიცინო მომსახურება (სქემა №13). ამავე დროს, გამოსავალზე აუცილებლად გავლენას ახდენს სტრუქტურა და პროცესი, იმ შემთხვევაშიც კი, თუკი ისინი ცალ-ცალკე არ იქნებიან შეფასებულები. პაციენტებისათვის და მომხმარებლისათვის, რომელთაც არ აქვს სამედიცინო განათლება, სტრუქტურის და პროცესის აღქმა და შეფასება რთულია, ხოლო შედეგი მათთვის არა მხოლოდ უფრო მეტად გასაგებია, არამედ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანიც არის. სწორედ შედეგობრივი ანალიზის პირველადი მონაცემების საფუძველზე შესაძლებელია განისაზღვროს პროცესისა და სტრუქტურის მაჩვენებლების შემდგომი შესწავლის აუცილებლობა. თანამედროვე ეტაპზე გლობალურ ჭრილში პაციენტთა კმაყოფილების შესწავლა მიჩნეულია (WHO, 2000) ჯანდაცვის სისტემის შეფასების სტანდარტად, ხოლო პაციენტთა მოლოდინის დაკმაყოფილება – ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ მთავარ ამოცანად (70).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და გაუმჯობესების მეთოდები

-  უწყვეტი განათლება
-  რეგულარული სერტიფიკაცია/რეგისტრაცია
-  რესერტიფიკაცია
-  აკრედიტაცია
-  ხარისხის ოფიციალური შეფასება
-  პროფესიული სტანდარტების შექმნა
-  სტიმულის მექანიზმების შემუშავება

პაციენტის აზრი, მოლოდინი, კმაყოფილება

სქემა №13 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის და გაუმჯობესების მეთოდები

პაციენტთა კმაყოფილების კვლევა შესაძლებელია გამოყენებული იქნას როგორც შიდა პროცედურა, რომელიც ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების გამწევ დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფასა და გაუმჯობესებას, აქედან გამომდინარე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის დეფინიცია შესაძლებელია შემდეგი სახითაც ჩამოვყალიბოთ: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების გამწევ დაწესებულებაში არსებულ შიდა და განხორციელებულ გარე პროცედურებს, რომელთა შესრულება ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას.

ხარისხის კონცეფციის ევოლუციის პროცესში ნათლად იკვეთება სამედიცინო მომსახურების პროცესში მომხმარებლების/პაციენტების უფლებამოსილების და ინფორმირებულობის დონის ამაღლების, ხედვის ჩამოყალიბების, სურვილებისა და საჭიროებების გათვალისწინების, მოლოდინთან შესაბამისობის, კმაყოფილების შესწავლის აუცილებლობა.

1.3 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სტრატეგიები ევროპის რეგიონის ქვეყნებში

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება და პაციენტთა უსაფრთხოება სულ უფრო მეტ აქტუალობას იძენს ეროვნული ჯანდაცვის სისტემებში როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში (American Public Health Association, 2000; IOM, 2001; Council of Europe, 2001; WHO, 2000, 2002, 2008; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002, 2007; York Health Economics Consortium, 2002; EC, 2005, 2007; United Health Foundation 2007; The ESQH Office for Patient Safety 2007 და სხვ.).

ევროპის ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურებაში ხარისხის ინიციატივების შემუშავებასა და დანერგვას საფუძველი ძირითადად XX საუკუნის 80-იან წლებში ჩაეყარა და ამ პერიოდიდან მრავალი საინტერესო კვლევა და საქმიანობა დაიგეგმა და განხორციელდა (104-110). განვიხილოთ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სტრატეგიები ევროპის რეგიონის ქვეყნების მაგალითზე.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიები ფინეთში

ფინეთში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემაზე მუშაობას საფუძველი 1980-იან წლებში ჩაეყარა (111). 1994 წელს დამტკიცებული იქნა ჯანდაცვის ხარისხის ეროვნული პოლიტიკა. 1995 წელს გამოქვეყნებული იქნა ხარისხის მართვის პირველი ეროვნული რეკომენდაციები. 1998 წელს ხარისხის სტრატეგია შეთავაზებული იქნა საზოგადოებრივი სამსახურებისათვის, ხოლო 1999 წელს ჯანდაცვის სამსახურების ხარისხის მართვის რეკომენდაციები დანერგილი იქნა ადგილობრივი მუნიციპალიტეტების მიერ. რეკომენდაციების ძირითად პრინციპებად განისაზღვრა:

- პაციენტზე ორიენტირებული სერვისების ხელშეწყობა;
- ხარისხის უზრუნველყოფის, როგორც ყოველდღიური საქმიანობის განუყოფელი ნაწილის დანერგვა;

სამინისტროს პასუხისმგებლობად განისაზღვრა ჯანდაცვის ხარისხის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება. ამ პროცესში სამინისტროს მიერ პრიორიტეტულად განისაზღვრა შემდეგი ამოცანები:

- ჯანმრთელობის დაცვის ხარისხის მონიტორინგის სისტემის ჩამოყალიბება;
- ჯანმრთელობის დაცვის ხარისხის ინდიკატორების და ეროვნული რეესტრის ჩამოყალიბება;
- პაციენტთა უსაფრთხოების ინდიკატორების დანერგვა;
- საერთაშორისო თანამშრომლობის განვითარება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მიმართულებით.

პროფესიული ასოციაციების მიერ შემუშავებული იქნა თვითშეფასების ინსტრუმენტები, სტანდარტები და კრიტერიუმები სახელმწიფო და კერძო ჰოსპიტალებისათვის, ფსიქიატრიული ჰოსპიტალებისათვის, კერძო პრაქტიკის ექიმებისათვის, სარეაბილიტაციო ცენტრებისათვის, საექთნო მოვლის სახლებისათვის და სხვა.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტებზე მუშაობისას გამოყენებული იქნა EFQM-ის და CAF-ის კრიტერიუმები. ფინეთში ჯანდაცვის ორგანიზაციები სისტემატურად მონაწილეობენ ხარისხის ჯილდოს ყოველწლიურ კონკურსში.

ფინეთში ფართოდ არის გავრცელებული პაციენტთა კმაყოფილების კვლევა. გამოიყენება ექვსი განსხვავებული კითხვარი (STAKES) ჯანდაცვის სამსახურების პროფილების შესაბამისად.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიები გერმანიაში

გერმანიაში 90-იანი წლებიდან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თემა გახდა ერთ-ერთი ყველაზე პრიორიტეტული თემა (112). მუშაობა ამ მიმართულებით ორიენტირებული იყო ხარისხის მართვის პროგრამებზე, კლინიკურ აუდიტსა და ხარისხის ინდიკატორების სისტემის ჩამოყალიბებაზე. ამ პერიოდიდან სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გერმანიის ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტია. ამავე პერიოდში შემუშავებული იქნა

ამბულატორული და ჰოსპიტალური მომსახურებისათვის ხარისხის მოთხოვნები, რომლებიც თავმოყრილია ე.წ. სოციალური კოდების წიგნში.

1989 წლიდან ჰოსპიტალსა და ავადმოყოფობის ფონდს შორის დადებულ ყველა ხელშეკრულებაში სავალდებულო გახდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის შეფასების კრიტერიუმებისა და შესაბამისი ინდიკატორების მითითება. თავდაპირველად ჯერ მხოლოდ ჰოსპიტალურ სექტორში, ხოლო შემდგომ ამბულატორულ სექტორშიც. ხარისხის უზრუნველყოფის ნებაყოფლობითი ფორმა შეიცვალა სამართლებრივად სავალდებულო ფორმით.

2005 წლიდან ჰოსპიტლები ვალდებული არიან წელიწადში ორჯერ გამოაქვეყნონ ხარისხის სტანდარტიზებული ანგარიში, რომელიც მოიცავს ინფორმაციას სტრუქტურისა და პროცესის შესახებ, მაგალითად: მონაცემებს საწოლების რაოდენობის შესახებ, სამედიცინო პერსონალის შესახებ, სამედიცინო აღჭურვილობისა და დოკუმენტაციას ხარისხის მართვის შიდა სისტემების შესახებ და ა.შ.

გერმანიაში დამკვიდრებულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების შემდეგი ღონისძიებები:

- ხარისხის უზრუნველყოფის გარე და შიდა მართვის სამართლებრივად სავალდებულო ხასიათი (ჰოსპიტალური და ამბულატორული სექტორისათვის);
- შერჩევითი სამსახურებისათვის მომსახურების მოცულობის მინიმალური პაკეტის განსაზღვრა;
- დაავადებათა სტრუქტურირებული მართვის სისტემების განსაზღვრა;
- ფედერალური კომიტეტისა და ხარისხისა და ეფექტურობის ინსტიტუტის ჩამოყალიბება;
- ჰოსპიტლების გარე შეფასების ანგარიშების გამოქვეყნება.

2004 წელს წარმოდგენილ ანგარიშში უკვე აღწერილი იქნა 19 მიმართულება, მათ შორის: მეანობა, გინეკოლოგია, ქირურგია და ა.შ.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სფეროში სამინისტროს პასუხისმგებლობებს წარმოადგენს:

- ჯანდაცვაში ხარისხის სამართლებრივი ბაზის შემუშავება;
- ფედერალური კომიტეტის პასუხისმგებლობა;
- ხარისხის სტანდარტების განსაზღვრა;
- ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემების ხელშეწყობა და დანერგვა.

გერმანიაში ჩამოყალიბდა ე.წ. სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ეფექტურობის ინსტიტუტი, რომელიც მთავრობისაგან დამოუკიდებელ სტრუქტურას წარმოადგენს. ინსტიტუტის დაფინანსება ხორციელდება ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემიდან. სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ეფექტურობის ინსტიტუტის ამოცანებია:

- ხარისხისა და ეფექტურობაზე სამეცნიერო ანგარიშების, დებულებების შემუშავება;
- დაავადებათა მართვის პროგრამებზე რეკომენდაციების შემუშავება;
- პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების შესახებ ინფორმაციის უზრუნველყოფა.

ქვეყანაში არსებობს ასევე მრავალი სხვადასხვა ორგანიზაცია, რომელთა შორის გადანაწილებულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ფუნქციები. გერმანიაში არსებობს ხარისხის უზრუნველყოფის გარე და შიდა მექანიზმები. ხარისხის უზრუნველყოფის გარე მექანიზმი გულისხმობს ხარისხის ინდიკატორების დოკუმენტაციის შემუშავებას. შეფასებისას გამოიყენება ხარისხის 212 ინდიკატორი. 2002 წელს შემუშავებული იქნა საერთაშორისო სტანდარტებთან ჰარმონიზებული (ევროსაბჭო, 2001) ეროვნული რეკომენდაციები და პაციენტთა ინფორმირებულობის პროგრამები, ასევე უწყვეტი სამედიცინო განათლების სერტიფიცირებული პროგრამები.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიები ავსტრიაში

ავსტრიის კოსპიტალებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ჩამოყალიბების სისტემის სამართლებრივი ჩარჩო ჩამოყალიბდა 2003 წელს ჯანდაცვის კანონში შეტანილი შესწორებების სახით. შესწორებაში გამოყოფილი იქნა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სამი ელემენტი. პირველი, დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ტექნიკურ მხარესთან,

მაგალითად ინტერვენციების ეფექტურობა, მეორე, დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ჰუმანიტარულ ასპექტებთან, მაგალითად სამედიცინო მომსახურების პერსონალის ინტერპერსონალური უნარები და პაციენტთა უფლებების მიმდევრობა და მესამე, სამედიცინო მომსახურების ხარჯთეფექტურობის საკითხები (113, 114). 2005 წელს ქვეყანაში მიღებული იქნა ჯანდაცვის სამსახურების ხარისხის შესახებ კანონი, სადაც განისაზღვრა სხვადასხვა მონაწილეების პასუხისმგებლობები სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებაში.

2005 წელს ჩამოყალიბებული იქნა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პლატფორმა, რომელშიც გაერთიანდნენ სამედიცინო ასოციაციების, მუნიციპალიტეტების, პაციენტების, კერძო და სახელმწიფო ჰოსპიტალების წარმომადგენლები. ამ ტიპის ქსელის ჩამოყალიბების მიზანს წარმოადგენდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება და ამ მიმართულებით მეტი გამჭვირვალობის უზრუნველყოფა. ამავე წელს მიღებული იქნა „ფედერალური აქტი“ ჯანდაცვის სამსახურებში სტანდარტიზებული სპეციფიკაციების განვითარებისა და დანერგვისათვის. აქტის მოქმედება ვრცელდება ყველა სექტორზე (სახელმწიფო და კერძო სექტორი), ყველა ტიპის დაწესებულებაზე (ჰოსპიტალი, ამბულატორია და სხვ) და ყველა სპეციალისტზე.

ახალი კანონის მიხედვით სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ყოველწლიური ანგარიშები შედგენილი უნდა იქნას საყოველთაო ერთიანი ფორმის მიხედვით. ჯანდაცვის სამინისტროს მხარდასაჭერად და ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განვითარების უზრუნველსაყოფად შეიქმნა ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის ფედერალური ინსტიტუტი, რომლის მიერ გადაუდებელ ამოცანად განისაზღვრა ექსპერტთა ჯგუფის შექმნა, ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული საქმიანობების განხორციელება და ამ პროცესებში პაციენტების აქტიური ჩართვა და მონაწილეობა.

ავსტრიაში ხარისხის ინიციატივებია:

- ცოდნის გავრცელება;
- რეგულაციების დამკვიდრება;
- მოტივაციების სისტემის შექმნა (ხარისხის ჯილდო);

- ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, როგორც პაციენტისათვის, ისე სამედიცინო პერსონალისათვის;

ფედერალური მთავრობის მიერ შემუშავებული იქნა 50 მაჩვენებელი და სათანადო სტანდარტები შემდეგ სფეროებში: სამედიცინო დოკუმენტაცია, მედიკამენტების და სამედიცინო მოწყობილობების უსაფრთხოება, პროფესიონალური განათლებისა და დახელოვნების ხარისხი, პაციენტთა უფლებები და ხარისხის მართვა კოსპიტალებში. მხარდაჭერილი იქნა ნებაყოფლობაზე დაფუძნებული ხარისხის მრავალი პროექტი. საფუძველი ჩაეყარა ხარისხის კრიტერიუმების განსაზღვრის პროცესს. ახალი კანონი ავალდებულებს სამედიცინო მომსახურების სისტემის ყველა ერთეულს მოამზადოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის რეგულარული ანგარიშები. ეს ერთის მხრივ ხელს უწყობს საზოგადოებისათვის გამჭვირვალობის ამაღლებას, მაგრამ ამავე დროს ეს პროცესი თავისთავად ემსახურება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სისტემატურ გაუმჯობესებას.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიები შედეგში

შედეგში 80-იან წლებში მთავრობის ინიციატივით შემუშავებულ ხარისხის ეროვნული სტრატეგიის პირველ დოკუმენტში, განისაზღვრა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მნიშვნელოვანი ასპექტები. 1994 წელს ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ეროვნულმა საბჭომ გამოსცა ხარისხის უზრუნველყოფის რეგულაცია, რომელიც გადასინჯული იქნა 1997 და 2005 წელს.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის რეგულაცია აწესებს ჯანდაცვის ყველა სამსახურისათვის ხარისხის გაუმჯობესების მიზანზე ორიენტირებული სისტემის არსებობას (115, 116). ჯანდაცვის სამინისტრომ ხარისხის სტრატეგიის დანერგვა უზრუნველყო ეროვნულ დონეზე კანონისა და რეგულაციების მიღებით.

90-იანი წლებიდან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სფეროში განხორციელდა შემდეგი ამოცანები:

- დაინერგა ჯანმრთელობისა და სოციალური სამსახურების ხარისხის ეროვნული ინდიკატორები;
- სავალდებულო ხასიათი მიეცა ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ანგარიშების მომზადებას;
- შემუშავდა მოვლისა და მკურნალობის ეროვნული რეკომენდაციები;
- დამკვიდრდა ინსპექტირების პროცესი როგორც ხარისხზე, ისე პაციენტთა უსაფრთხოებაზე სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერების ხარისხის სისტემაზე და თვითშეფასებაზე ორიენტაციით; (მოთხოვნების შეუსრულებლობის შემთხვევაში, სამედიცინო საბჭომ შესაძლებელია დისციპლინარული ზომები მიიღოს).

შედეგთში შეიქმნა ჯანდაცვის სამსახურების განვითარების ინსტიტუტი, რომლის ძირითად მიზანს წარმოადგენს აუდიტორული პროგრამების განვითარება, თვითშეფასებისა და გარე შეფასების დაგეგმვა, მომზადება და განხორციელება. ქვეყანაში მთავრობისათვის მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო მომსახურება შეფასებული იქნას სამედიცინო, ეკონომიკური, ეთიკური და სოციალური ასპექტების გათვალისწინებით.

არასამთავრობო სტრუქტურები აქტიურად მონაწილეობენ ხარისხის გაუმჯობესების პროექტებში (MEMEOLOGEN; QULTURUM). ავსტრიაში დანერგილია ხარისხის ჯილდო. აკრედიტაცია ხშირად ტარდება ლაბორატორიებისა და ტექნიკური დეპარტამენტებისათვის, იშვიათად ჰოსპიტალებისათვის.

2006 წლიდან გამოიყენება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის 50-მდე ინდიკატორი. პარალელურად ქვეყანაში ტარდება მუშაობა პაციენტთა უსაფრთხოების კულტურის გაძლიერებაზე. აკრედიტაციის შემუშავებისათვის აპრობირებული იქნა სხვადასხვა მოდელები. აუდიტის პროტოტიპად როგორც ყველაზე მისაღები, აღებული იქნა კანადის ჯანდაცვის სამსახურების აკრედიტაციის საბჭოს (JCAHO) და დიდი ბრიტანეთის (KFQA) მოდელები.

შედეგთში სამედიცინო და კლინიკური აუდიტი დაინერგა 90-იანი წლებიდან. საერთაშორისო და ევროპული ISO სტანდარტები ამოქმედდა ჯანდაცვის მრავალ დარგში (შინაგანი მედიცინა, ქირურგია, ლაბორატორიები,

საექთნო სახლები, სტომატოლოგია და სხვ.) აკრედიტაციის პროცესის შედეგად შედეგით ამ ეტაპზე ყველა ბიოქიმიური ლაბორატორია შეესაბამება ევროპულ სტანდარტებს. შედეგით განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ინტეგრაციას განათლების სისტემაში ყველა დონეზე. თანამედროვე რეგულაციების მოთხოვნების შესაბამისად დიპლომამდელ განათლებაში და დიპლომის შემდგომ განათლებაში აუცილებლად უნდა იყოს დანერგილი სათანადო კურსები. მიმდინარეობს ფართო კვლევები ხარისხის გაუმჯობესების, პაციენტთა უსაფრთხოებისა და კმაყოფილების შესწავლის მიმართულებით.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიები საფრანგეთში

საფრანგეთში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სტრატეგიაში განსაზღვრულია პროფესიული რეგულაციების, ნორმებისა და სტანდარტების განვითარებას, აკრედიტაციის პროცედურებისა და კომპეტენციების შეფასების ძირითადი მიმართულებები (117-118). სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სტრატეგიის პრიორიტეტულ მიზნებად განისაზღვრა:

- კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციების განვითარება და გავრცელება;
- ექიმთა პროფესიული პრაქტიკის შეფასება;
- ჰოსპიტლების აკრედიტაციის პროცედურების შემუშავება და დანერგვა;
- პერსონალის სერტიფიცირება.

ქვეყანაში 1996 წლიდან სავალდებულო გახდა ჰოსპიტლების (როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო სექტორში) აკრედიტაცია, რაც შეფასებული იქნა როგორც „ჯანდაცვაში ხარისხისა და უსაფრთხოების გაუმჯობესების“ უმნიშვნელოვანესი ინსტრუმენტი. აკრედიტაცია გულისხმობს გარე შეფასებას, რომელსაც ახორციელებს დამოუკიდებელი სამეცნიერო ორგანიზაცია შემუშავებული სახელმძღვანელოს მიხედვით. შეფასება ეხება შემდეგ სფეროებს: პაციენტთა უფლებები და პაციენტთა მოვლა, მართვა და ორგანიზაცია პაციენტების ბენეფიტის შესაბამისად, ხარისხი და პრევენცია. თითოეული სექცია მოიცავს შესაბამის სტანდარტებს და კრიტერიუმებს, სულ 80 სტანდარტს და დაახლოებით 300 კრიტერიუმს. პროცედურა შედგება თვით-

შეფასებისაგან და ექსპერტთა ვიზიტისაგან. 2006 წელს 3000 ორგანიზაციამ გაიარა აკრედიტაცია 30%-იანი წარმატებით.

საფრანგეთში ყველა ჰოსპიტალში სავალდებულოა არსებობდეს ხარისხის მართვის კომიტეტები, რომელთა პასუხისმგებლობას წარმოადგენს:

- სტანდარტების დაცვის მონიტორინგი;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების გეგმის შედგენა;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კულტურის დანერგვის ხელშეწყობა;
- პროფესიული პრაქტიკის შეფასება;
- აკრედიტაციის სტანდარტების უზრუნველყოფა;
- აკრედიტაციის ექსპერტთა ვიზიტისათვის მზადება და სხვა.

საკანონმდებლო მოთხოვნების შესაბამისად ამჟღავნებულ სექტორში გარე შეფასების ნებაყოფლობითი პროგრამები (თვითშეფასების ჩათვლით) ამოქმედდა 1999 წლიდან. 2005 წლიდან პროცესი სავალდებულოა ყველა ექიმისათვის ყოველ 5 წელიწადში. 2005 წელს 2557 ჯანდაცვის ორგანიზაციამ გაიარა აკრედიტაცია, მათი ანგარიშები საჯაროა და გამოქვეყნებულია.

საფრანგეთში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის კუთხით მნიშვნელოვანია კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციების შემუშავება, უწყვეტი პროფესიული განვითარება, რაც მიმდინარე ეტაპზე აქტიურად ხორციელდება. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის გრძელვადიან ამოცანას წარმოადგენს ხარისხის სისტემის შიდა და გარე შეფასების პროგრამების დანერგვა ჯანდაცვის სხვა პერსონალისათვის.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიები ჰოლანდიაში

ჰოლანდიაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სფეროში პასუხისმგებლობა მთავრობას აკისრია (119). ჯანდაცვის პროვაიდერების საქმიანობას არეგულირებენ კანონები, რომლებიც მიღებული იქნა შესაბამისად 1993 წელს და 1996 წელს. კანონმდებლობა განსაზღვრავს, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე უპირველესი პასუხისმგებლობა აკისრიათ ჯანდაცვის პროვაიდერებს და პროფესიონალებს. ხარისხის კანონის თანახმად, ხარისხის სისტემა სავალდებულოა ჯანდაცვის ყველა დაწესებულებისათვის. სისტემა

გულისხმობს როგორც ხარისხის შიდა სისტემის განვითარებას, ისე გარე შეფასებას და ანგარიშების წარმოდგენის სავალდებულო ხასიათს.

ჯანდაცვის ყველა დაწესებულება ვალდებულია:

- უზრუნველყოს სათანადო დონის, ეფექტური, პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა, რომელიც დაკავშირებულია პაციენტის რეალურ საჭიროებებთან;
- თითოეულმა დაწესებულებამ ნათლად უნდა წარმოაჩინოს თუ რას აკეთებს იმისათვის, რომ უზრუნველყოს პაციენტისათვის მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტი;
- სისტემატურად დაიცვას და გააუმჯობესოს მათ მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი;
- გამოაქვეყნოს ყოველწლიური ანგარიში გამოყენებული ხარისხის კონტროლის პოლიტიკის და გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის აღწერით.

ჰოლანდიაში 2008 წლიდან უსაფრთხოების მართვის სერტიფიცირებული პროგრამების ამოქმედება გახდა სავალდებულო ყველა დაწესებულებისათვის.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიები დიდ ბრიტანეთში

დიდ ბრიტანეთში არსებობს ოთხი ეროვნული მარეგულირებელი ორგანიზაცია, რომლებიც აფასებენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაბამისობას ქვეყანაში აღიარებულ ძირითად პრინციპებთან (120).

ჯანდაცვის კომისია. ჯანდაცვის კომისია თავდაპირველად ჩამოყალიბდა როგორც „ჯანმრთელობის გაუმჯობესების კომისია“, დღეისათვის კი ის ცნობილია როგორც ჯანდაცვის აუდიტის და ინსპექციის კომისია (CHAI). კომისიის როლი არის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება დიდ ბრიტანეთსა და უელსში. ამასთანავე დიდ ბრიტანეთში მას აქვს დამატებითი ფუნქცია, კერძოდ დამოუკიდებელი ჯანდაცვის სექტორის რეგულირება.

ჯანდაცვის აუდიტის და ინსპექციის კომისია მეტად გავლენიანი ორგანოა, რომელიც აფასებს დაწესებულებაში კლინიკურ მართვას და სარგებლობს უფლებამოსილებით გამოაქვეყნოს მიღებული შედეგები. იმ შემთხვევაში, თუ

კომისია აღმოაჩენს დარღვევის შემთხვევას ან პრაქტიკული საქმიანობის რაიმე ხარვეზს, მას უფლება აქვს სათანადო რეკომენდაციები მისცეს დაწესებულებას და ამავე დროს შესთავაზოს მდგომარეობის გამოსწორების გეგმა.

ჯანმრთელობის და კლინიკური საქმიანობის სრულყოფის ეროვნული ინსტიტუტი მთავრობისაგან დამოუკიდებელი ორგანიზაციაა. ინსტიტუტი ჩამოყალიბდა 1999 წელს. ეროვნულ დონეზე ინსტიტუტის ძირითად ამოცანას წარმოადგენს უზრუნველყოს კლინიკური საქმიანობის ეფექტურობა და ხარჯთეფექტური მკურნალობა ჯანმრთელობის ეროვნული სამსახურების სამედიცინო დაწესებულებებში. ჯანმრთელობის და კლინიკური საქმიანობის სრულყოფის ეროვნული ინსტიტუტის საქმიანობა მიმართულია ასევე დიდი ბრიტანეთისა და უელსის ჯანდაცვის სამსახურების ხელმისაწვდომობაში არსებული უთანასწორობის შემცირებისაკენ და ლიკვიდაციისაკენ. ინსტიტუტის მიერ შემუშავებული იქნა მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ხარჯთეფექტური ინტერვენციების სახელმძღვანელო (R.Bagott, 2004).

კლინიკური შეფასების ეროვნული ორგანო დაარსდა 2001 წელს. მის უმთავრეს ფუნქციად განისაზღვრა თანამშრომლობა როგორც ჯანმრთელობის ეროვნულ სამსახურებთან, ისე ინდივიდუალურ დონეზე ექიმებთან და სტომატოლოგებთან. კლინიკური შეფასების ეროვნული ორგანო ამავე დროს საკონსულტაციო ორგანოა, რომელსაც საჭიროების შემთხვევაში შეუძლია სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობის ხარისხის შეფასების განხორციელება. შეფასების შემდეგ ეტაპზე დამჭირავებელი ორგანიზაციების (ჯანდაცვის სამსახურები, პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, ჰოსპიტალი) პასუხისმგებლობას წარმოადგენს სათანადო რეაგირება მიღებულ შეფასებასა და რეკომენდაციებზე.

პაციენტის უსაფრთხოების ეროვნული სააგენტო შეიქმნა 2001 წელს. სააგენტოს ძირითად ამოცანას წარმოადგენს ყოველწლიურად მიმდინარე წლის განმავლობაში პაციენტის მიმართ დაშვებული შეცდომების მოძიება და დაფიქსირება. სააგენტოს მიერ წარმოდგენილი სტატისტიკური მონაცემები ადასტურებენ, რომ პაციენტის მიმართ დაშვებული შეცდომების რაოდენობა დაახლოებით 900 000-ს აღწევს.

პაციენტის უსაფრთხოების ეროვნულმა სააგენტომ შექმნა მონაცემთა ეროვნული ბაზა, სადაც აღწერილია პაციენტთან დაკავშირებული ყველა ინციდენტი, მათ შორის ტექნიკური აღჭურვილობის გაუმართავ მუშაობასთან დაკავშირებული შემთხვევები. მიჩნეულია, რომ მონაცემთა ეროვნული ბაზა გარკვეულწილად ხელს უწყობს ანალოგიური შეცდომების თავიდან აცილებას.

პაციენტის უსაფრთხოების ეროვნული სააგენტო ითავსებს კლინიკური შეფასების ეროვნული მართვის გარკვეულ ფუნქციებს და ახორციელებს საქმიანობას დამოუკიდებლად. პაციენტის უსაფრთხოების ეროვნული სააგენტო ასრულებს მნიშვნელოვან როლს ეროვნულ დონეზე პაციენტების უსაფრთხოებისათვის.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სტრატეგიები ამოქმედებულია ზოგიერთ პოსტ საბჭოთა ქვეყნებშიც, თუმცა ლიტერატურის მიმოხილვა ადასტურებს, რომ სისტემაში ამოქმედებული ხარისხის ტრადიციები მნიშვნელოვნად ჩამორჩება განვითარებული ქვეყნების გამოცდილებას.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიები ლიტვაში

ლიტვაში 2004 წელს შემუშავებული იქნა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამა, რომლის ძირითად პრიორიტეტებად განისაზღვრა ორიენტაცია პაციენტებისა და საზოგადოების საჭიროებებზე, ხარისხისა და უსაფრთხოების გაზრდაზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის განვითარებაზე (121). თუმცა პროგრამის უმეტესი მიმართულება თანხების, ასევე ინფორმაციისა და სათანადო კომპეტენციების მქონე ადამიანური რესურსების არარსებობის გამო ვერ იქნა დანერგილი და განხორციელებული. ლიტვაში მთავრობა პასუხისმგებელია პერსონალის და დაწესებულების ლიცენზირებაზე, უწყვეტ სამედიცინო განათლებაზე, ჯანდაცვის დაწესებულებების აკრედიტაციის მექანიზმების შემუშავებაზე.

ქვეყანაში დანერგილი იქნა სამედიცინო სტანდარტებისა და ხარისხის კონტროლის სისტემები. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სფეროში ჩატარებული კვლევების შედეგებმა ნათელი გახადა, რომ მართალია ექიმები

კარგად არიან ინფორმირებული პაციენტთა უფლებების შესახებ, მაგრამ ისინი ყოველთვის არ იღებენ ამ ინფორმაციას მხედველობაში. (Ducinskiene, 2006).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის კომპონენტებია:

- ორიენტაცია პაციენტებისა და საზოგადოების საჭიროებებზე;
- ხარისხისა და უსაფრთხოების გაზრდა;
- ჯანდაცვის ხარისხის მართვის გაუმჯობესება.

ლიტერატურის მიმოხილვიდან ნათლად ჩანს, რომ ევროპის რეგიონის ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურების სტრატეგიების დანერგვას XX საუკუნის 80-იანი წლებიდან ჩაეყარა საფუძველი და ხარისხის კონცეფციამ ამ წლების განმავლობაში მნიშვნელოვანი ევოლუცია განიცადა ხარისხის არსისა და ცნების მარტივი განმარტებებიდან ხარისხის უზრუნველყოფის რთული მექანიზმებისა და სტრატეგიების შემუშავებამდე. სხვადასხვა ქვეყანაში დანერგილი ხარისხის სტრატეგიები ერთმანეთისაგან განსხვავდება, თუმცა პაციენტთა ჩართულობის გაძლიერების აუცილებლობა საყოველთაოდ აღიარებულია (122).

ეფექტობთ საქართველოსთვის, ისევე როგორც სხვა გარდამავალი ტიპის ქვეყნებისათვის, რომლებიც ამ ეტაპზე ზრუნავენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების სტრატეგიების და ეროვნული პოლიტიკის შემუშავებაზე, არსებული გამოცდილების ანალიზი სხვადასხვა მეთოდების (SWOT, IRAC) გამოყენებით ადგილობრივი საჭიროებებისა და ეროვნული თავისებურებების გათვალისწინებით საუკეთესო სტრატეგიების შერჩევის საფუძველი შესაძლებელია გახდეს.

როგორც დოკუმენტური მასალის შესწავლიდან ჩანს, ევროპის რეგიონის ყველა ქვეყანაში ფართოდ არის გავრცელებული პაციენტთა სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილების შესწავლა. ამ სტრატეგიის დანერგვა საქართველოში შესაძლებელია განხორციელდეს ხარისხის უზრუნველყოფის შიდა სისტემების ამოქმედების და თვითშეფასების პროცესების დანერგვისა სახელმწიფოს მხრიდან ამ პროცესებისათვის სავალდებულო სტატუსის მინიჭების შემთხვევაში.

14 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორები. სამედიცინო მომსახურების ხარისხით პაციენტთა კმაყოფილების შეფასების ინსტრუმენტები

საყოველთაოდ მიღებულია, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების საკვანძო ინდიკატორს წარმოადგენს პაციენტის სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილება, სამედიცინო მომსახურების შესაბამისობა პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების მოლოდინთან, სურვილებთან და იმედებთან (WHO, OECD).

ევროპის რეგიონის ქვეყნებში პაციენტთა კმაყოფილების კვლევა ფართოდ არის გავრცელებული. პაციენტთა კმაყოფილების თემაზე არსებული სპეციალური ლიტერატურის ანალიზის საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ გამოქვეყნებულია ათეულობით სამეცნიერო ნაშრომი (123-129), რომელიც სხვადასხვა ასპექტში ასახავს სამედიცინო მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილებას.

მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყნების მიხედვით სამედიცინო მომსახურება შესაძლებელია განსხვავდებოდეს სტრუქტურის, ანაზღაურების ფორმების და სხვა მაჩვენებლების მიხედვით, რაც ქვეყნის კულტურულ მახასიათებლებთან ერთად თავისებურ გავლენას ახდებს პაციენტთა შეხედულებებზე ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების შესახებ და მათ მოლოდინზე, ერთმნიშვნელოვნად აღიარებულია, რომ პაციენტთა აზრი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ერთ-ერთი ყველაზე რელევანტური, სენსიტიური ინდიკატორია, რომელიც სამედიცინო მომსახურებას პაციენტის უნიკალურ პერსპექტივაში ასახავს. ჯანმოს მიერ რეკომენდირებულ ინდიკატორებსაც შორის სათანადო აღგილი სწორედ პაციენტთა კმაყოფილების მაჩვენებელს უკავია.

პაციენტთა კმაყოფილების შესწავლის ფართო გავრცელებას ხელი შეუწყო ერთი მხრივ მთელს მსოფლიოში პაციენტთა უფლებების მოძრაობის გაძლიერებამ, და მეორეს მხრივ, მედიცინაში საბაზრო ეკონომიკის დამკვიდრებამ და პაციენტის ე.წ მომხმარებლის რანგში გადანაცვლებამ (D.Wall and M.Proyect, 2000). ამ ფონზე თანდათანობით გაიზარდა პაციენტთა ჩართულობა

გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში. ევროსაბჭოს საპარლამენტო ასამბლეის მიერ შემუშავებული რეკომენდაციების თანახმად სახელმწიფოს მხრიდან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის გარანტიები ასახავს პაციენტთა ღირსებისა და უფლებების დაცვას, და ამავე დროს აღიარებულია, რომ ამ პროცესებში აქტიური მონაწილეობა ყველა მოქალაქემ უნდა შეასრულოს. პაციენტებს უფლებების გარდა გარკვეული პასუხისმგებლობებიც ეკისრებათ.

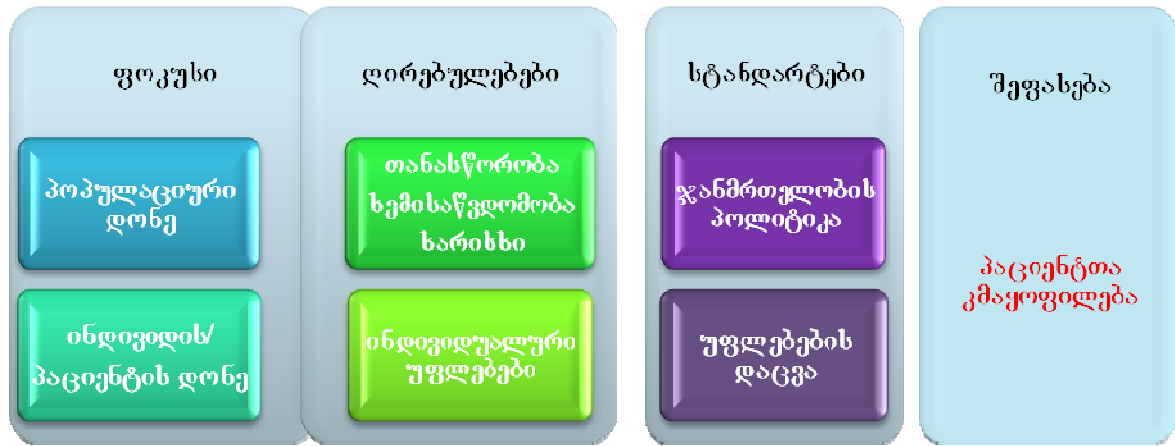
მეტად რთულია სამედიცინო მომსახურების ყველა ეტაპზე პაციენტთა მონაწილეობის უზრუნველყოფა. ამ პროცესების უზრუნველსაყოფად სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების სტრატეგიების შემუშავების პროცესში ხდება პაციენტთა ჩართულობის სპეციალური ინიციატივების შემუშავება.

პაციენტთა აზრის შესასწავლად შემუშავებულია და გამოიყენება სხვადასხვა ინსტრუმენტები. სპეციალური ლიტერატურის შესწავლა ადასტურებს, რომ თანამედროვე ეტაპზე ფართოდ გამოიყენება როგორც ხარისხობრივი, ისე რაოდენობრივი კვლევები (სქემა №14).

როგორც წესი, ამ ტიპის კვლევები ტარდება ორ დონეზე:

- ✓ პოპულაციურ დონეზე კვლევების ჩატარება მიზნად ისახავს ეროვნულ დონეზე ჯანმრთელობის ღირებულებებისა და პრიორიტეტების გამოვლენას. ამ ტიპის კვლევები უზრუნველყოფენ მოსახლეობის ჯანმრთელობის აუდიტს.
- ✓ ინდივიდუალურ/სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის დონეზე პაციენტთა კმაყოფილების შესწავლა კი მიზნად ისახავს მომხმარებლების/პაციენტების აზრის, შეხედულებების, მოლოდინების, შეფასებების გამოვლენას კონკრეტულ მომსახურებასთან მიმართებაში.

ჯანმოს მიერ შემუშავებულია რეკომენდაციები იმის შესახებ თუ სამედიცინო მომსახურების რომელი კონკრეტული ასპექტები შეიძლება იყოს შეფასებული პაციენტების მიერ.



სქემა №14 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების კვლევების მახასიათებლები დონეების მიხედვით

ესენია: დაწესებულება, სამედიცინო პერსონალის მზადყოფნა პაციენტის მხარდაჭერასთან დაკავშირებით, ინფორმაციული რესურსები, კომპეტენტურობა, მომსახურების ფასი, საჭიროებისა და მომსახურების შესაბამისობა, ხელმისაწვდომობა, მოლოდინის დრო, განმეორებითი კონსულტაციების სისწირე, ექიმთან გატარებული დროის ხანგრძლივობა, ჰუმანურობა, მომსახურების ეფექტურობა და პრობლემასთან დაკავშირებული მდგომარეობის გაუმჯობესება. ზოგადად შეფასება ხდება შემდეგი ცხრა მიმართულების მიხედვით: შენობა, მომსახურების კოორდინაცია, ექიმების ცოდა და უნარ-ჩვევები, ექიმების მიერ გამოვლენილი ზრუნვა, ექთნების ცოდა და უნარ-ჩვევები, ექთნების მიერ გამოვლენილი ზრუნვა, ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალების ცოდა და უნარ-ჩვევები, ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალების მიერ გამოვლენილი ზრუნვა, პერსონალის მიერ პროცედურებისა და დახმარების გასაგები ახსნა (სქემა №15).

1990 წელს ჯანმომ გამოაქვეყნა სამედიცინო მომსახურებით მომხმარებლების კმაყოფილების შეფასების მეთოდოლოგია და კითხვარი და მოუწოდა ქვეყნებს ჩაეტარებინათ მომხმარებლების კმაყოფილების შესწავლა.

უნდა აღინიშნოს, რომ გლობალიზაციის ეპოქაში და სამედიცინოში სფეროში დაფიქსირებული მიგრაციული პროცესების გაძლიერების გავლენით პაციენტთა კმაყოფილების კვლევების მნიშვნელოვნება და საჭიროება აღიარებულია არა მხოლოდ ეროვნული მასშტაბით, არამედ საერთაშორისო შედარებების ასპექტშიც. ჯანმოს სტანდარტიზირებული კითხვარის

შემუშავებისა და გამოყენების მიზანს სწორედ ევროპის ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხით კმაყოფილების დონეების შედარება წარმოადგენდა.



სქემა №15 ხარისხის შეფასების მიმართულებები ჯანმოს მიხედვით

1990 წლიდან ჯანმოს მიერ სისტემატურად ქვეყნდება პუბლიკაციები, რომელიც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ტექნიკურ ასპექტებს ასახავს (პირველადი ჯანდაცვის ხარისხის უზრუნველყოფა, 1990 წელი; ფსიქიკური ჯანდაცვის ხარისხის უზრუნველყოფის ეროვნული პერსპექტივები, WHO/MNH/91.2 (12) 1991 წელი; ჯანდაცვის დაწესებულებათა ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება, 1992 წელი; ჰოსპიტლებისა და სამედიცინო ცენტრების შეფასება, 1993 წელი; ხარისხის უზრუნველყოფა განვითარებად ქვეყნებში, 1994 წელი; ხარისხის უზრუნველყოფის მეთოდოლოგია განვითარებად ქვეყნებში, 1996 წელი; ჯანდაცვის სისტემის შეფასების ინსტრუმენტების და მეთოდები, 1998 წელი; ჯანდაცვის სისტემების ეფექტურობის შეფასების ჯანმოს ჩარჩო; 1999 წელი და სხვ.).

აღსანიშნავია, რომ პაციენტთა კმაყოფილების კვლევის მეთოდოლოგია და გამოყენებული მეთოდები წლების განმავლობაში ვითარდება და იხვეწება. ზოგადი ტიპის კვლევებთან (130-142) ერთად აქტიურად მიმდინარეობს კონკრეტული დეპარტამენტების, განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება გადაუღებელ დეპარტამენტში პაციენტთა კმაყოფილების შეფასებასთან დაკავშირებული კვლევები (143-150), სამედიცინო მომსახურების დონეების ან ექიმთა კონკრეტული უნარ-ჩვევების შესაფასებლად პაციენტების კმაყოფილების კვლევა (151-155).

სამეცნიერო ლიტერატურაში გვხვდება კვლევები, რომელიც შეისწავლის პაციენტთა შეხედულებებს და მოლოდინებს დაავადებების მიხედვით, მაგ. ონკოლოგიური პაციენტები (156-159), მენტალური დარღვევების მქონე პაციენტები (160-162), ართროპლასტიკის შემდგომ პერიოდში მყოფი პაციენტები (163,164), გულსისხლძარღვთა დაავადებების მქონე პაციენტები, რეპროდუქციული განყოფილების პაციენტები და სხვა (165,166). გვხვდება კიდევ უფრო კონკრეტული კვლევები, მაგალითად კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით (მკერდის კიბოს მქონე პაციენტთა პაციენტთა კმაყოფილების კვლევა და ა.შ.).

შესწავლილი სამეცნიერო ლიტერატურის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ პაციენტთა კმაყოფილების კვლევისათვის დღეისათვის ძალიან დიდი რაოდენობით კითხვარია შემუშავებული და მათ სრულყოფაზე მუშაობა კვლავაც გრძელდება (167-175).

ევროპის რეგიონის ქვეყნებში განსაკუთრებით ფართოდ გამოიყენება ევროპის პიკერის ინსტიტუტის, ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის, ევროსაბჭოს მიერ შემუშავებული კითხვარები. აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი სტანდარტიზებული კითხვარი ფართოდ გამოიყენება არა მხოლოდ ეროვნულ დონეზე კვლევების ჩასატარებლად, არამედ საერთაშორისო შედარებების განსახორციელებლად.

დიდ ბრიტანეთში კვლევების ჩასატარებლად განსაკუთრებით ფართოდ გამოიყენება ჰარვეი პიკერის კითხვარები. მოცემული კითხვარი ეხება პაციენტსა და პროფესიონალებს შორის ურთიერთობის შემდეგ ასპექტებს:

- ✓ გადაწყვეტილებაში მონაწილეობის მიღება და არჩევანის პატივისცემა;
- ✓ ნათელი, გასაგები ინფორმაცია და თვით-მკურნალობაში მხარდაჭერა;
- ✓ ემოციური მხარდაჭერა, ემპათია და პატივისცემა.

გარდა ამისა კითხვარი მოიცავს მომსახურებასთან დაკავშირებულ შეკითხვებს, რომელიც ეხება შემდეგ ასპექტებს:

- ✓ სწრაფი ხელმისაწვდომობა
- ✓ ეფექტური მკურნალობა ნდობით აღჭურვილი პროფესიონალების მიერ
- ✓ ყურადღება ფიზიკური და გარემოს საჭიროებების მიმართ
- ✓ ოჯახის წევრების მხარდაჭერა და ჩართულობა

✓ მომსახურების უწყვეტობა.

დიდ ბრიტანეთში ფართოდ გამოიყენება ზოგადი პრაქტიკის შეფასების კვლევის მეთოდოლოგია, (GPAS), რომელიც თავდაპირველად შემუშავებული იყო აშშ-ში (PCAS).

კითხვარი მოიცავს 53 შეკითხვას, რომელიც მოიცავს სამედიცინო მომსახურების შემდეგ განზომილებებს:

- ✓ ხელმისაწვდომობა
- ✓ ტექნიკურ ხარისხი
- ✓ კომუნიკაცია
- ✓ ინტერპერსონალური ურთიერთობები
- ✓ ნდობა
- ✓ პაციენტის ცოდნა
- ✓ საექთნო მოვლა
- ✓ მიმღები განყოფილება
- ✓ უწყვეტობა.

პაციენტთა კმაყოფილების შესწავლისათვის ფართოდ გამოიყენება ასევე ე.წ. რანდის (ვარიუს და მისი კოლეგების მიერ შემუშავებული) კითხვარი. საწყის ეტაპზე კითხვარი მოიცავდა 80 შეკითხვას. წლების განმავლობაში მოხდა კითხვარის რამდენჯერმე გადასინჯვა და კითხვარის ერთ-ერთი ბოლო ვერსიაში PSQ –III შევიდა 50 შეკითხვა.

კითხვარი მოიცავს სამედიცინო მომსახურების შემდეგ ასპექტებს:

- ზოგადი შეკითხვები (6 კითხვა)
- ტექნიკური ხარისხი (10 კითხვა)
- ინტერპერსონალური ურთიერთობები (7 კითხვა)
- კომუნიკაცია (5 კითხვა)
- მომსახურების ფინანსური ასპექტები (8 კითხვა)
- ექიმთან გატარებული დროის ხანგრძლივობა (2 კითხვა)
- ხელმისაწვდომობა და კეთილმოწყობა (12 კითხვა)

მიუხედავად იმისა, რომ კითხვარი შეიცავდა 50 შეკითხვას, მის შევსებას 10-15 წუთი ესაჭიროებოდა. ამიტომ კითხვარი კიდევ ერთხელ იქნა გადასინჯული და

მისი უახლესი ვერსია PSQ – 18 მოიცავს უკვე 18 კითხვას და მის შევსებას სულ 3-4 წუთი სჭირდება.

ზოგადი შეკითხვები შემცირდა 2 კითხვამდე, ტექნიკური ხარისხის კითხვები 4-მდე, ინტერპერსონალურ ურთიერთობების და კომუნიკაციის კითხვები 2-მდე, ასევე მომსახურების ფინანსური ასპექტების და ექიმთან გატარებული დროის ხანგრძლივობასთან დაკავშირებული კითხვების რაოდენობა შემცირდა 2-მდე, ხოლო ხელმისაწვდომობა და კეთილმოწყობასთან დაკავშირებული კითხვების რაოდენობა შემცირდა 4-მდე.

ჯანდაცვის კვლევებისა და ხარისხის სააგენტოს მიერ შემუშავებული იქნა მომხმარებლების მიერ სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერებისა და ჯანდაცვის სიტემის შეფასების კითხვარი (CAHPS). პროგრამაზე მუშაობა დაიწყო 1995 წელს, როდესაც ნათელი გახდა, რომ არ არსებობს სარწმუნო მონაცემები სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების შესახებ პროცესში ჩართული პირების მხრიდან. თუმცა არსებობდა პაციენტთა კმაყოფილების შესწავლის უამრავი კერძო ინიციატივები, რომლებიც ტარდებოდა პერიოდულად, სხვადასხვა ინსტრუმენტების გამოყენებით და იცვლებოდა დროში. პროგრამის შემუშავება წარმოადგენდა ჯანდაცვის დაინტერესებული მხარეების, სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერების და პაციენტების/მომხმარებლების საჭიროებაზე ადეკვატურ პასუხს. ამ ეტაპზე პროგრამა თავისი განვითარების მესამე სტადიაზეა:

- CAHPS I (1996-2002)
- CAHPS II (2002-2007)
- CAHPS III (2007-2012)

მოცემული კითხვარით პაციენტთა კმაყოფილება ფასდება შემდეგი მახასიათებლების მიხედვით:

- ✓ ხელმისაწვდომობა;
- ✓ კომუნიკაცია;
- ✓ მომსახურების კოორდინაცია;
- ✓ თავაზიანობა, პატივისცემა, მზაობა მხარდაჭერაზე
- ✓ მომხმარებელთა მომსახურება.

ჯანდაცვის კვლევებისა და ხარისხის სააგენტოს მიერ შემუშავებული კითხვარები განსხვავდება სამედიცინო მომსახურების დონებისა და სახეების მიხედვით, შემუშავებულია კითხვარები ჰოსპიტალური მომსახურებისათვის, ქირურგიული დახმარებისათვის, სტომატოლოგიური დახმარებისათვის, ბინაზე მოვლისათვის, საექთნო სახლებისათვის, მომსახურებისათვის ჰემოდიალიზის ცენტრებში და სხვა.

სპეციალური ლიტერატურის შესწავლის პროცესში ჩვენი ინტერესი განსაკუთრებული ინტერესი გამოიწვია ამბულატორული (174-184) და ჰოსპიტალური (185-192) სამედიცინო სერვისებით პაციენტთა კმაყოფილების განსაზღვრისათვის ჩატარებულმა კვლევებმა. სამეცნიერო ლიტერატურის დამუშავებისას დამატებით კრიტერიუმად გამოვყავით კვლევის მეთოდოლოგიაში საერთაშორისო ინსტრუმენტის გამოყენება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფასა და პაციენტთა კმაყოფილების შესწავლასთან დაკავშირებული ლიტერატურის შესწავლის პროცესში განსაკუთრებული ყურადღება მიიპყრო ორმა კვლევამ. ორივე კვლევის ინსტრუმენტის უპირატესობა სხვა ინსტრუმენტებთან შედარებით მდგომარეობს მათ ფართო გამოყენებაში ევროპის რეგიონის სხვადასხვა ქვეყანაში, ამასთანავე ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებშიც.

ესენია: ევროსაბჭოს მიერ შემუშავებული მეთოდოლოგია – ევრობარომეტრი, რომელიც მიზნად ისახავს პაციენტთა უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის ხარისხის საკითხების შესწავლას და ევროპეში, რომელიც მიზნად ისახავს ზოგადი პრაქტიკის ექიმებით პაციენტთა კმაყოფილების შესწავლას.

ევრობარომეტრის გამოყენებით 2009 წელს კვლევა ჩატარდა 27 ქვეყანაში და მოიცვა 406.557.138 ადამიანი. 2010 წელს ევროკომისიის მიერ გამოქვეყნებული იქნა კვლევის შედეგები. განსაკუთრებულ ინტერესს მიღებული შედეგების ქვეყნების მიხედვით შედარებითი ანალიზის ჩატარების შესაძლებლობა იწვევს.

კითხვარი მოიცავს შემდეგ ასპექტებს:

- პაციენტთა უსაფრთხოება;
- ზიანის მიყენება;
- ინფორმაცია პაციენტთა უსაფრთხოებაზე;

- ზიანის ანაზღაურების შესახებ ცოდნა საკუთარ ქვეყანაში და ევროპის რეგიონის სხვა ქვეყნებში;
- შეხედულებები ჯანდაცვის ხარისხის შესახებ.

1995-1998 წლებში მეცნიერთა ჯგუფის მიერ შემუშავებული იქნა პაციენტების მიერ ზოგადი პრაქტიკის შეფასების საერთაშორისო სტანდარტიზებული ინსტრუმენტი – ევროპეპი.

მოცემული მეთოდოლოგია გამოყენებულია უკვე 20 ქვეყანაში, მათ შორის დანიაში, საფრანგეთში, გერმანიაში, იტალიაში, დიდ ბრიტანეთში, ნორვეგიაში, პორტუგალიაში, შვედეთში, სლოვენიაში, თურქეთში. ინსტრუმენტი ფართოდ გამოიყენება ეროვნულ, ლოკალურ პროექტებში (მაგალითად დანიაში გამოიკითხა 722 რესპონდენტი, ჰოლანდიაში - 457, გერმანიაში - 1489, სლოვენიაში - 899, შვეიცარიაში - 35709 რესპონდენტი), თუმცა როგორც ევრობარომეტრის შემთხვევაში, ჩვენთვის მისი კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი უპირატესობა სხვა კითხვარებთან შედარებით, საერთაშორისო მონაცემების შედარებითი ანალიზის შესაძლებლობაშია.

ყველა პაციენტი იმსახურებს მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას, ამიტომ მათი შეხედულება, აზრი, გამოცდილება გამოყენებული უნდა იყოს ჯანდაცვის სამედიცინო სერვისების ხარისხის განვითარებისა და გაუმჯობესებისათვის.

პაციენტთა კმაყოფილების შესწავლა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის გარანტიას წარმოადგენს.

2. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების გამოწვევები საქართველოში

2.1 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების სამართლებრივი საფუძვლები საქართველოში.

უფლება ჯანმრთელობაზე და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე ასახული იქნა საქართველოს სამართლებრივ სივრცეში ცქვეყნის დამოუკიდებელი სახელმწიფოებრივი ჩამოყალიბების შემდგომ ეტაპზე (სქემა №16).

საქართველოს კონსტიტუციაში (1995 წელი) დაცულია ჯანმრთელობაზე უფლება ყველა მოქალაქისათვის დისკრიმინაციის გარეშე. საქართველოს კონსტიტუციის 37.1 მუხლში აღნიშნულია, რომ „ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით, კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება“ და ამავე დროს კონსტიტუციის მიხედვით „ყველა ადამიანი დაბადებით თავისუფალია და კანონის წინაშე თანასწორია განურჩევლად რასისა, კანის ფერისა, ენისა, სქესისა, რელიგიისა, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებებისა, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილებისა, წარმოშობისა, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობისა, საცხოვრებელი ადგილისა.“ (მუხლი 14).

1995 წლის 5 ივლისის ბრძანებით „საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფის დამატებითი ღონისძიებების შესახებ“ და მინისტრთა კაბინეტის №388-№399 დადგენილებებით საფუძველი ჩაეყარა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მრავალეტაპიანი რეორიენტაციის პროცესს, რომლის ერთ-ერთ უმთავრეს მიმართულებად განისაზღვრა ჯანდაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი უზრუნველყოფა (193).

1995 წელს დაიწყო მუშაობა „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის პროექტზე. კანონპროექტი მესამე მოსმენით მიიღო საქართველოს პარლამენტმა 1997 წლის 10 დეკემბერს. მოცემული კანონი მოიაზრებოდა როგორც ე.წ. „ჩარჩო-კანონი“, რომელსაც უნდა შეეგოს ცქვეყნის ჯანდაცვის სფეროში არსებული ვაკუუმი. კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ განსაზღვრავს

ყველა იმ ძირითად პრინციპებს, რომლებიც დაკავშირებულია პაციენტის უფლებების დაცვის სხვადასხვა ასპექტებთან, მათ შორის პაციენტთა ძირითად სოციალურ უფლებებთან.

კანონში მოცემულია ტერმინების განმარტებები, რომლებშიც ნაწილობრივ ასახულია პაციენტის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უფლება და რომლებიც უკავშირდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფას და პაციენტის უსაფრთხოებას. მაგალითად:

სამედიცინო მომსახურების ბაზისური პაკეტი – სამედიცინო დახმარების იმ მოცულობის ჩამონათვალი, რომლის საფასურის ანაზღაურება ნაკისრი აქვს სახელმწიფოს;

სამედიცინო საქმიანობა – საქმიანობა, რომელიც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, რეაბილიტაციასთან, პალიატიურ მზრუნველობასთან და შეესაბამება ქვეყანაში აღიარებულ სამედიცინო მომსახურების პროფესიულ და ეთიკურ სტანდარტებს

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა – უმაღლესი სამედიცინო განათლების და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა, რომლის შედეგებზეც ის პასუხს აგებს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან ცალკეული პირის და ოჯახის პირველი შეხება; უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, უპირველესად საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მათ შორის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, ოჯახის დაგეგმვას, პალიატიურ მზრუნველობას, აუცილებელი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას.

მცდარი სამედიცინო ქმედება – ექიმის მიერ უნებლიედ პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო დიაგნოზი და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რაც მიყენებული ზიანის უშუალო მიზეზი გახდა.

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) – მტკიცებულებაზე დაფუძნებული, მედიცინის საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის (ნოზოლოგია/სინდრომი) მართვის რეკომენდაცია, რომელსაც ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური ზრუნვის სამინისტრო.

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) – კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის მართვის მკაფიოდ განსაზღვრული ეტაპები და მოქმედებათა თანმიმდევრობა, რომლებსაც ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

კანონის მე-4.1 მუხლში აღნიშნულია, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებია:

„ჯანდაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა“, „მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა სახელმწიფოს ნაკისრი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულებების ფარგლებში“, „სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე“, „პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის, მათ შორის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა, მათში სახელმწიფო და კერძო სექტორების მონაწილეობა, საოჯახო მედიცინისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება და მასზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა“ და „ჯანდაცვის სფეროში სამედიცინო ეთიკის საყოველთაოდ აღიარებული ნორმების დამკვიდრება“.

კანონის მე-6 მუხლში აღნიშნულია, რომ „საქართველოს მოქალაქეებს უფლება აქვთ ისარგებლონ დადგენილი წესით დამტკიცებული ჯანმრთელობის

დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარებით“.

კანონის მე-6 მუხლში ასევე აღნიშნულია, რომ „არ დაიშვება პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, სქესის, აღმსარებლობის, პოლიტიკური თუ სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო“.

კანონის მე-6 მუხლი ეხება სამეცნიერო კვლევაში მონაწილე ავადმყოფის ან ჯანმრთელი მოხალისის უფლებებს, კერძოდ კანონში აღნიშნულია, რომ „სამეცნიერო კვლევაში მონაწილე ავადმყოფის და ჯანმრთელი მოხალისის უფლებები დაცულია საქართველოს კანონმდებლობით და ადამიანზე ბიოსამედიცინო გამოკვლევების ჩატარების აღიარებული საერთაშორისო ნორმებით“.

კანონის მე-16 მუხლი ასახავს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის მექანიზმებს, მათ შორის არის:

- სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება და სამედიცინო დაწესებულების ლიცენზირება;
- სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლების) დამტკიცება;
- სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობა და ჰიგიენური ნორმირება;
- სამკურნალო საშუალების ხარისხის კონტროლი ფარმაცის და ფარმწარმოების მოწესრიგება და სხვა.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონი აწესრიგებს სამედიცინო მომსახურების ისეთ საკვანძო თემებთან დაკავშირებულ საკითხებს, როგორცაა: სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭება, სამედიცინო საქმიანობა, სამედიცინო დაწესებულება, წამალი და ფარმაცევტული საქმიანობა, სამედიცინო ტექნიკური

ნაკეთობები და სამედიცინო ტექნოლოგიები, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა და პირველადი ჯანდაცვა, სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულების პროფესიული პასუხისმგებლობა.

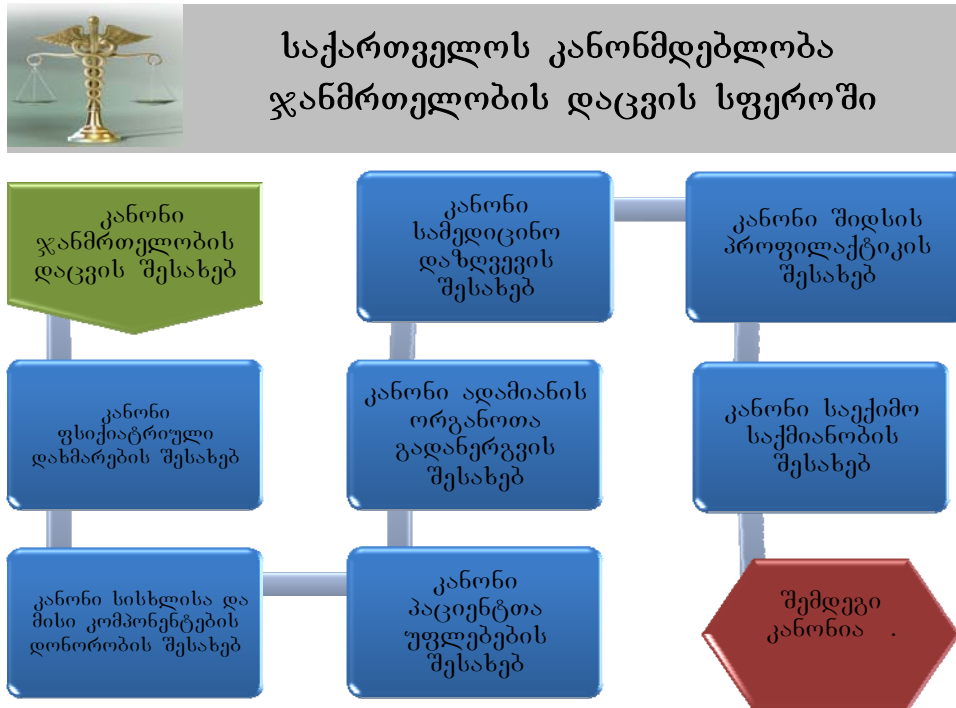
„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის საფუძველზე დაიგეგმა და ეტაპობრივად მომზადდა სხვადასხვა სპეციფიკური კანონები. დღეს საქართველოში უკვე დაახლოებით ოცამდე კანონია, რომელიც „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონში გაცხადებული პრინციპების საფუძველზე შეიქმნა და მოქმედებს და რომლებშიც ასახულია ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება. მათ შორის გამოვყოფთ რამდენიმე კანონს:

- ✓ კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ;
- ✓ კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ;
- ✓ კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ;
- ✓ კანონი სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ;
- ✓ კანონი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ.

საქართველოს პარლამენტის მიერ კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ მიღებული იქნა 1997 წლის 18 აპრილს. კანონში აღნიშნულია, რომ „სამედიცინო დაზღვევა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური გარანტიაა“ და „საქართველოში მცხოვრებ ყველა პირს აქვს უფლება აირჩიოს ექიმი და სამედიცინო დაწესებულება სადაზღვევო ხელშეკრულების ფარგლებში და შესაბამისად მიიღოს სამედიცინო მომსახურება დაზღვევის პროგრამის სრული მოცულობით, მიუხედავად მის მიერ ფაქტიურად გადახდილი თანხის ოდენობისა“. კანონი პაციენტთა ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით აწესრიგებს საბაზრო ეკონომიკის პირობებში მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სამართლებრივ, ეკონომიკურ და ორგანიზაციულ საფუძველებს.

კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებული იქნა 2000 წლის 5 მაისს. პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონის მე-5-ე მუხლის თანახმად საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწვევისაგან მიიღოს

ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება.



სქემა №16 საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი მნიშვნელოვანწილად არის დამოკიდებული სამედიცინო პერსონალის საქმიანობაზე, ამ ასპექტში განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ. საქართველოს პარლამენტის მიერ კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ მიღებული იქნა 2001 წლის 8 ივნისს. კანონის მიზანია „უზრუნველყოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის შესაბამისი პროფესიული განათლება და პრაქტიკული მომზადება, მის პროფესიულ საქმიანობაზე სათანადო სახელწიფო ზედამხედველობის დაწესება, მისი უფლებების დაცვა, აგრეთვე ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების საექიმო საქმიანობაში დამკვიდრებით საქართველოს მოსახლეობის მაღალ კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურება“.

კანონში ტერმინთა განმარტების შესახებ მოცემულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების დეფინიცია, კერძოდ კანონში აღნიშნულია, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება

არის: „უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც გულისხმობს ექიმის კლინიკური საქმიანობის ხარისხისა და გამოსავლის/შედეგების პერიოდულ შეფასებას და შესაბამისი ინდიკატორების ეტაპობრივ გაუმჯობესებას“. კანონით განსაზღვრულია დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების, სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭების, უწყვეტი პროფესიული განვითარების, პაციენტის მიმართ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მოვალეობების საკითხები და ასევე საექიმო საქმიანობაზე სახელმწიფოს ზედამხედველობის სახეები, კერძოდ:

✓ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი;

✓ სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების კონტროლი.

კანონის 68-ე მუხლში მითითებულია, რომ „სამინისტრო პერიოდულად, წელიწადში ერთხელ მაინც, შერჩევით აკონტროლებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მიერ წარმოებული სამედიცინო საქმიანობის ხარისხს და სამედიცინო დოკუმენტაციას. შემოწმების შედეგების ამსახველი დოკუმენტის მომზადების და განხილვის ყველა ეტაპზე აუცილებელია იმ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მონაწილეობა, რომლის საქმიანობაც შემოწმდა“.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე პასუხისმგებლობა სამედიცინო პერსონალსაც აკისრია, ამდენად სახელმწიფომ თავის მხრივ უნდა უზრუნველყოს ისეთი გარემოს შექმნა, რომელიც ხელს შეუწყობს მოცემული პასუხისმგებლობების პირნათლად შესრულებას.

საქართველოს კანონი „სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ“ მიღებულ იქნა 2003 წლის 8 მაისს. კანონის მეორე მუხლში აღნიშნულია, რომ სამედიცინო ხარისხის აუდიტი ნიშნავს სამედიცინო დახმარების შეფასებას, ანუ იმის განსაზღვრას, თუ რამდენად შეესაბამება გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხი დადგენილ ნორმატივს.

2007 წლის 27 ივნისს საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებული იქნა კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ კანონის ძირითად პრინციპებს წარმოადგენს სათანადო დონის ძიებების დაგეგმვა და აღსრულება ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული

საფრთხეების თავიდან აცილების მიზნით, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებით და შეთანხმებებით, ასევე საქართველოს კანონმდებლობით აღიარებული ადამიანის ძირითადი უფლებებისა და თავისუფლებების დაცვით.

კანონის მე-11-ე მუხლში აღნიშნულია, რომ საგანგებო სიტუაციების შემთხვევაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახური გადაწყვეტილებებს იღებს „ადამიანის ძირითადი უფლებებისა და თავისუფლებების დაცვის“ ევროპული კონვენციის პრინციპების დაცვით. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ კანონში ასახულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს, წყლის, პროდუქციის უზრუნველყოფის საკითხები და სხვა.

ამგვარად, ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება დაცულია არა მხოლოდ ფართოდ გაგრცელებულ და ოფიციალურად აღიარებულ საერთაშორისო მარეგულირებელ ნორმებსა და სამართლებრივ აქტებში, დოკუმენტებში, არამედ აღნიშნული უფლება დაცულია საქართველოს სამართლებრივი ნორმებითაც. საქართველოში არსებული კანონმდებლობა, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტთა როგორც სოციალურ, ისე ინდივიდუალურ უფლებებს, მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ საერთაშორისო სამართლებრივი სივრცესთან ჰარმონიზაციის კუთხით (სქემა№17), არამედ სამედიცინო მომსახურების საერთაშორისო სტანდარტებთან მიახლოების თვალსაზრისითაც. თუმცა მიუხედავად ამ სფეროში მიღწეული პროგრესისა, ყურადღება უნდა გამახვილდეს საქართველოს მოქალაქეებისათვის ამ უფლებების რეალურ ცხოვრებაში დაცვისა და რეალიზების საკითხებზე, პრაქტიკული განხორციელებისათვის აუცილებელი საკმეინობების განხორციელებაზე, მათ შორის პრობლემებზე, რომლებიც უნდა გადაიჭრას მოცემული უფლებებით სარგებლობის უზრუნველყოფისათვის (42,195). უნდა აღინიშნოს, რომ განვითარებულ ქვეყნებში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ორგანიზაციასა და მართვის პროცესებში, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული საკითხების შემუშავებასა და გადაწყვეტაში აქტიურად მონაწილეობენ პაციენტთა ორგანიზაციების წარმომადგენლები. საქართველოში სამოქალაქო საზოგადოება საბჭოთა

პერიოდში ჩამოყალიბებული სხვადასხვა სტერეოტიპების გავლენით ჯერ კიდევ პასიურობას ინარჩუნებს.



სქემა №17 ჯანმრთელობაზე უფლება საერთაშორისო და ეროვნული კანონმდებლობაში

თანამედროვე ეტაპზე ადამიანის უფლებების მოძრაობის განვითარების გაძლიერებით ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ნათელი ხდება, რომ ხარისხიან სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე სოციალური უფლების ახალ პარადიგმას XXI საუკუნეში საზოგადოების ჩართულობა და მისი აქტიური მონაწილეობა წარმოადგენს. მიმდინარე ეტაპზე საქართველოში ამ პროცესების ინიცირებას და უფლებებზე დამყარებული მდგრადი განვითარების, აქტიური სამოქალაქო საზოგადოების ჩამოყალიბების ხელშეწყობას მაინც სახელმწიფოს მხრიდან „Top-Down“ მიდგომების გამოყენება და პროფესიული ასოციაციების მხარდაჭერა სჭირდება.

2.2 სამედიცინო მომსახურების მოდელი საქართველოში

სამედიცინო მომსახურება მოსახლეობის ან პაციენტის ჯანმრთელობის შენარჩუნების, ხელშეწყობის ან აღდგენისაკენ მიმართული მომსახურებაა, რომლის მიწოდება ხდება სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფელების ან სხვათა მიერ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად სამედიცინო მომსახურება მოიცავს ყველა იმ მომსახურებას, რომელიც მიმართულია დაავადებათა დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობისაკენ, ან ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, შენარჩუნებისა და აღდგენისაკენ. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის, მოცვისა და ხარისხის გაუმჯობესება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ქვეყანაში არსებულ რესურსებზე (196, 197). სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის პროცესში ნებისმიერ ქვეყანაში უმნიშვნელოვანეს როლს სამედიცინო პერსონალი ასრულებს. თუ რამდენად მოქნილად და ზუსტად რეაგირებს სისტემა საჭიროებებზე მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია სათანადო ცოდნისა და უნარ-ჩვევების მქონე მოტივირებულ ხელმისაწვდომ საჭირო რაოდენობის სამედიცინო პერსონალზე. სამედიცინო კადრებს წარმოადგენენ პირები, რომლებიც მუშაობენ ჯანდაცვის ორგანოებსა და დაწესებულებებში. აღიარებულია, რომ მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების განმსაზღვრელ ძირითად ფაქტორს სწორედ სამედიცინო კადრები წარმოადგენენ.

„მკაფიოდ ჩამოყალიბებული და კარგად გააზრებული ჯანდაცვის საკადრო პოლიტიკა ჯანდაცვის სისტემის საქმიანობის მაჩვენებლების გაუმჯობესების მნიშვნელოვან მექანიზმს წარმოადგენს“ – აღნიშნულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პუბლიკაციაში.

საქართველოში არსებული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით 2010 წელს საქართველოს მოსახლეობას ემსახურებოდა 21162 ექიმი, შესაბამისად ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე შეადგენდა 475.3-ს (ცხრილი №1). 1994 წელს საქართველოს მოსახლეობას ემსახურებოდა 22578 ექიმი და 43321 საშუალო სამედიცინო პერსონალი. 1994 წლიდან 2010 წლამდე პერიოდის განმავლობაში ექიმების რაოდენობამ უმნიშვნელო ცვლილები განიცადა.

ცხრილი №1 სამედიცინო კადრები, საქართველო, 1990-2012წწ.

წლები	ექიმები	ექთნები
1990	26850	53149
1991	26710	53321
1992	25102	51499
1993	24707	49407
1994	22578	43321
1995	21252	38541
1996	19062	29978
1997	21706	29775
1998	20824	28642
1999	21520	28638
2000	21063	26179
2001	19513	23360
2002	20225	23356
2003	20962	21906
2004	21622	21396
2005	20311	21053
2006	20597	20207
2007	19951	19315
2008	20253	19593
2009	20609	18627
2010	21162	19321

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

ექიმების ყველაზე დიდი რაოდენობა საქართველოში აღინიშნებოდა 1988-1993 წლებში, მომდევნო წლებში აღინიშნება კლების ტენდენცია. ექიმების ყველაზე ნაკლები რაოდენობა აღირიცხა 1996 წელს (19062 ექიმი), ხოლო ყველაზე მეტი 1989 წელს, 27059 ექიმი, შესაბამისად ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე შეადგენდა 500,0-ს. წინა წლებთან შედარებით 2009 წელს დაფიქსირდა ექიმების რაოდენობის მატების მცირე ტენდენცია პრაქტიკულად ყველა სპეციალისტის რაოდენობის მატების ხარჯზე.

სპეციალობების მიხედვით ექიმთა სტრუქტურის შესწავლა გვიჩვენებს, რომ საქართველოში გამოხატულია ექიმ-სპეციალისტების სიჭარბე და ამავე დროს ზოგადი პრაქტიკის ექიმების დეფიციტი (ცხრილი №2).

ცხრილი №2 ექიმების სტრუქტურა სპეციალობების მიხედვით, საქართველო, 2004-2010 წლები

სპეციალობები	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
თერაპევტი	2470	1951	1969	1875	1885	1403	1263
ქირურგი	1011	883	935	906	972	1034	1082
ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი	881	832	878	895	850	942	941
ტრავმატოლოგ-ორთოპედი	261	261	273	263	276	301	299
კარდიოლოგი	621	613	594	603	623	705	702
უროლოგი	212	191	231	223	231	235	239
ონკოლოგი	249	240	233	249	255	181	217
პედიატრი	1812	1706	1674	1978	1907	1653	1594
ინფექციონისტი	279	266	255	255	258	237	242
ოტოლარინგოლოგი	324	292	292	307	326	327	359
ნევროპათოლოგი	658	609	613	593	634	610	615
ოფთალმოლოგი	362	347	354	354	350	364	405
სტომატოლოგი	1306	1300	1242	1198	1197	1115	1236
მეან-გინეკოლოგი	1450	1418	1407	1370	1417	1444	1505
ფთიზიატრი	166	177	138	143	145	153	154
დერმატოვენეროლოგი	270	247	241	214	240	206	245
ფსიქიატრი	228	260	235	221	215	239	235
ენდოკრინოლოგი	279	283	286	299	307	319	344
ოჯახის ექიმი	X	79	169	233	459	1386	1537
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექიმი	X	X	190	299	301	378	455
სპეციალისტი							
სხვა სპეციალობები	8783	8356	8388	7521	7404	7367	7493

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

სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილი სტატისტიკური ანგარიშების მიხედვით, 2009 წლის ბოლოს სამედიცინო დაწესებულებებში კონტრაქტი გაფორმებული იყო 20841,5 ექიმის თანამდებობაზე, მათ შორის

პოლიკლინიკურ-ამბულატორულ დაწესებულებებში 10883,5, ხოლო სტაციონარებში 9978 ექიმის თანამდებობაზე.

2009 წლის მონაცემებით, ევროპის რეგიონში ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე შეადგენდა 329.9-ს, ევროკავშირში – 330.5-ს, ხოლო დსთ-ს ქვეყნებში – 377.6-ს. მიუხედავად იმისა, რომ 1000 სულ მოსახლეზე ექიმთა რაოდენობის მიხედვით საქართველო ერთ-ერთ წამყვან ადგილზეა ევროპის რეგიონში, ტრადიციულ პრობლემად რჩება საქართველოს მხარეების მიხედვით ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლებს შორის მნიშვნელოვანი უთანაბრობა (ცხრილი №3).

ცხრილი №3 ექიმებით უზრუნველყოფა, საქართველო, 1996-2010წწ.

	ექიმები	უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	ექიმები	უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	ექიმები	უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე
	1996	1996	2007	2007	2010	2010
აჭარა	1143	286,7	1182	311,5	1268	326,2
თბილისი	10316	779,3	9750	880,4	10655	920,5
კახეთი	1168	258,2	1217	302,2	1406	346,9
იმერეთი	2375	284,0	2738	393,4	2802	398,9
სამეგრელო	868	172,1	1288	274,7	1252	263,2
შიდა ქართლი			842	268,8	828	265,6
ქვემო ქართლი	1124	185,1	1172	232,5	1146	227,9
გურია	368	223,0	372	267,8	364	259,8
სამცხე- ჯავახეთი	369	152,3	423	203,4	471	222,2
მცხეთა თიანეთი	322	231,0	349	294,8	348	319,0
რაჭა ლეჩხუმი	143	232,1	141	291,3	159	334,7
სხვა უწყებები	-	-	194	-	228	-
საქართველო	19067	373,4	19951	454,5	21162	475,3

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

2009 წლის მონაცემების მიხედვით ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია თბილისში (959,9), ხოლო დაბალია სამეგრელოში (138). სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით თბილისში 2010

წელს ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 920.5 შეადგენდა და 3-4-ჯერ აღემატებოდა ყველა დანარჩენი რეგიონის მაჩვენებლებს. აღნიშნული უთანასწორობა საქართველოში წლების განმავლობაში აღინიშნება.

საქართველოში არსებული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით 2009 წელს საქართველოს მოსახლეობას ემსახურებოდა 18627 საშუალო სამედიცინო პერსონალი და 5915 უმცროსი სამედიცინო პერსონალი, შესაბამისად საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფის მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე შეადგენდა 424,9-ს და 134,1-ს, ხოლო 2010 წელს 433,9-ს და 125,4-ს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2009 წლის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფის მაჩვენებლები ევროპის რეგიონში – 812,4-ს, ევროკავშირში – 823,6-ს, დსთ-ს ქვეყნებში კი - 798,1-ს შეადგენდა.

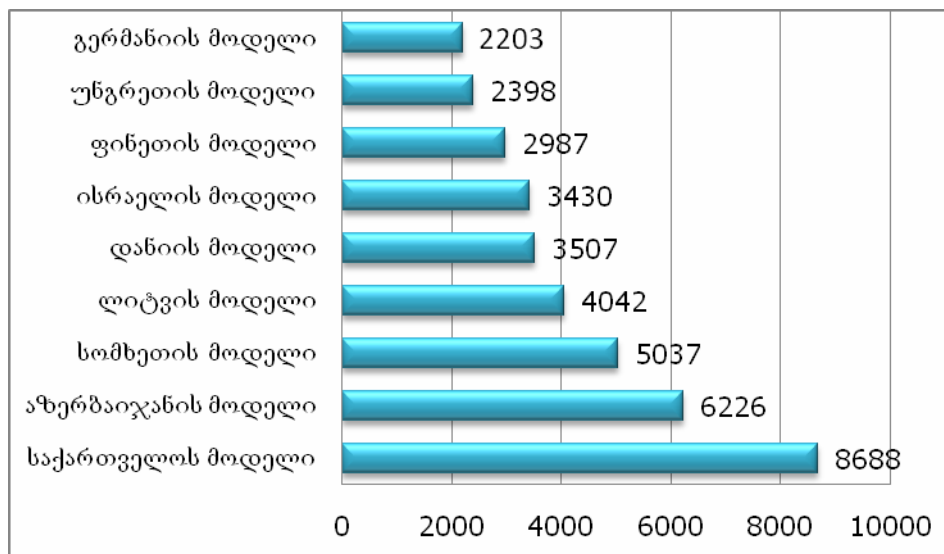
უთანაბრობა აღინიშნება საშუალო სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფაშიც საქართველოს მხარეების მიხედვით. საშუალო სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია თბილისში (701,5), აჭარაში (653,0), რაჭა-ლეჩხუმსა და ზემო სვანეთში (594,9), ხოლო ყველაზე დაბალია სამეგრელოში (196).

სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილი სტატისტიკური ანგარიშების მიხედვით, 2009 წლის ბოლოს სამედიცინო დაწესებულებებში კონტრაქტი გაფორმებული იყო 11131 საშუალო სამედიცინო პერსონალის თანამდებობაზე.

წლების განმავლობაში უცვლელი რჩება ექიმების და საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის შეფარდების მაჩვენებელი 1:1, რაც გაცილებით ნაკლების ევროპის რეგიონის ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებელზე. 2009 წელს მაჩვენებელმა შეადგინა 1:0,9, აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ თბილისსა და კახეთში ექიმების რაოდენობა ჭარბობს საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობას (თანაფარდობის მაჩვენებელი 1,37:1 და 1,03:1 შესაბამისად). სხვადასხვა ქვეყნის მიხედვით ეს მაჩვენებელი დიდი დიაპაზონის ცვლილებით ხასიათდება. უმეტეს განვითარებულ ქვეყნებში ექიმების საშუალო

სამედიცინო პერსონალთან შეფარდების საშუალო მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია, მაგალითად: ნორვეგიაში – 4.4, კანადაში – 4.7, დანიაში – 5.6, ამერიკის შეერთებულ შტატებში – 4.0. ჯანმრთელობის მიერ რეკომენდებული თანაფარდობაა 1:4-თან.

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის ასპექტში გარდა ექიმების რაოდენობრივი მაჩვენებლებისა მნიშვნელოვანია ყურადღება გამახვილდეს ექიმების არსებული სიმძლავრეების გამოყენებაზე. ვინაიდან ექიმების როგორც მაღალი, ისე დაბალი დატვირთვა შესაძლებელია უარყოფითად აისახოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. ექიმების არსებული სიმძლავრეების დაბალი გამოყენება უარყოფითად მოქმედებს ექიმის უნარ-ჩვევებზე, მაგალითად ქირურგების დაბალმა ოპერაციულმა აქტივობამ შესაძლებელია უარყოფითად იმოქმედოს მათ კვალიფიკაციაზე. ხოლო მეორეს მხრივ, პაციენტთა დიდი რაოდენობის მიღებამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ექიმის გადაძაბვა, შეცდომების დაშვება, პაციენტისათვის ნაკლები დროის დათმობა და ა. შ.

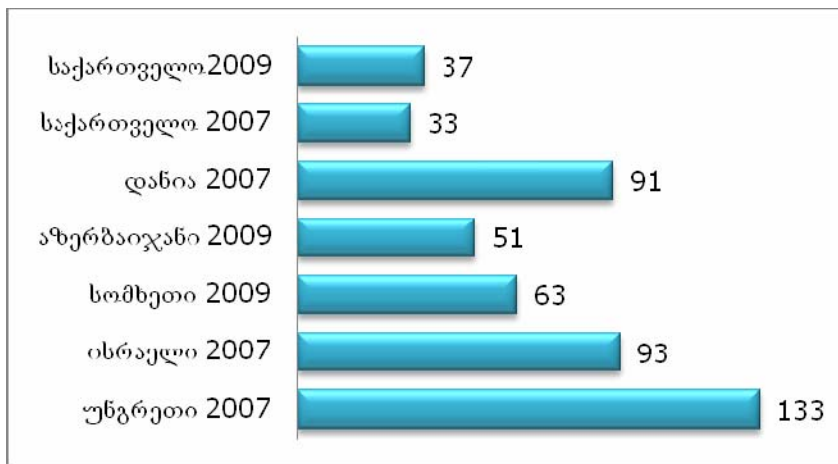


სქემა №18 ექიმების პროდუქტიულობის მოდელები

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემების მიხედვით საქართველოში ექიმების პროდუქტიულობა ევროპის რეგიონის ქვეყნების მაჩვენებლებს რომ მიუახლოვდეს, მაგალითად

გერმანიის მოდელს (სქემა №18, სქემა №19), მაშინ ჰოსპიტალური დატვირთვის შესრულებას შეძლება ექიმების 25%, ხოლო დანიის მოდელის მიახლოებების შემთხვევაში - ექიმების 40%. (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის სტრატეგია 2011-2012წწ.)

სტატისტიკური მონაცემების მიხედვის საქართველოში 2000 წელს ერთი ქირურგი საშუალოდ აკეთებდა მხოლოდ 35 ოპერაციას, 2003 წელს-44 ოპერაციას, ხოლო 2009 წელს მაჩვენებელი გაიზარდა 120-მდე. მართალია დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემებით 2001 წლიდან ამბულატორიული მიმართვების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე სტაბილურად იზრდება, მიუხედავად ამისა, ექიმთან ვიზიტი ერთ სულ მოსახლეზე საქართველოში მაინც დაბალია და შეადგენს 2-ს, ხოლო ევროკავშირში ეს მაჩვენებელი-6-ს უტოლდება. გარკვეული მატების ტენდენციის ფონზე 2007 წელს კვლავ მოხდა მაჩვენებლის კლება და ის 2003 წლის მაჩვენებელს გაუტოლდა.



სქემა №19 ჰოსპიტალური მიმართვების თანაფარდობა

საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო კადრებით უზრუნველყოფის შედარება ევროპის სხვადასხვა ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებთან ცხადყოფს, რომ გარდა იმისა, რომ საქართველოში აშკარად გამოხატულია ექიმების სიჭარბე, ამავე დროს ექიმებისა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის შეფარდება გაცილებით ნაკლებია ევროპის რეგიონის ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებთან შედარებით.

სათანადო რესურსებთან ერთად სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურების სისტემა მოითხოვს თანამედროვე ტექნოლოგიებით აღჭურვილი ინფრასტრუქტურის არსებობას.

საქართველოში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები წარმოდგენილია სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ფართო ქსელით. პირველად სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას ახორციელებს ამბულატორულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების ქსელი, რომლის სტრუქტურულ ერთეულებს წარმოადგენენ: დამოუკიდებელი საექიმო ამბულატორიები, პოლიკლინიკები, დისპანსერები, ქალთა კონსულტაციები და ა.შ.

ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები თანახმად საქართველოში 2010 წელს ფუნქციონირებდა 271 დამოუკიდებელი და 85 შემავალი პოლიკლინიკა, 69 დისპანსერი, 42 სამკურნალო ცენტრი, 63 ამბულატორია, 25 დამოუკიდებელი და 140 შემავალი ქალთა კონსულტაცია, 1203 სოფლის ექიმი-მეწარმე (ცხრილი №4).

1988 წლის ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების თანახმად აღნიშნულ წელს ამბულატორულ-პოლიკლინიკური ტიპის დაწესებულებების რაოდენობამ 1361, ხოლო დისპანსერების რაოდენობამ 99 შეადგინა.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების თანახმად 2010 წელს ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში რეგისტრირებული იყო 2215535 დაავადების შემთხვევა (ზოგადი პრევალენტობის მაჩვენებელი – 49956.0), მათ შორის სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით – 1170137 (ზოგადი ინციდენტობის მაჩვენებელი – 26278.7).

2010 წელს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში ჩატარდა 37734 ქირურგიული ოპერაცია, რაც ბევრად მაღალი მაჩვენებელია წინა წელთან შედარებით (2009 წელი- 34398 ქირურგიული ოპერაცია). 2010 წელს, ამბულატორულ-პოლიკლინიკური ქსელის დატვირთვამ შეადგინა 35.3%. ოფიციალური მონაცემების თანახმად წინა წლებთან შედარებით მაჩვენებელს კლების ტენდენცია ახასიათებს. (2009 წელს ამბულატორულ-პოლიკლინიკური ქსელის დატვირთვის მაჩვენებელი იყო – 38.6%, ხოლო 2008 წელს – 37.5%).

ცხრილი №4 ჯანდაცვის სისტემის სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ქსელი, საქართველო, 1994-2010წწ.

დაწესებულება	1994	1997	2007	2010
სტაციონარული დაწესებულებები	321	287	270	276
დისპანსერები	82	83	73	67
მ.შ. დისპანსერი სტაციონარით	-	-	-	7
დამოუკიდებელი				
პოლიკლინიკური დაწესებულებები	805	829	284	261
მ.შ. სტომატოლოგიური პოლიკლინიკები	53	51	109	84
ქალთა კონსულტაციები	-	-	20	25
სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სადგურები	7	24	75	75
სოფლის საექიმო ამბულატორიები	-	-	214	58
სისხლის გადასხმის სადგურები	7	6	6	6
ჩვილ ბავშვთა სახლები	3	3	2	2
სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები	19	19	19	14
სამკურნალო ცენტრები	19	19	53	39
სოფლის ექიმი-მეწარმე	-	-	-	1203
შემავალი				
საავადმყოფოში შემავალი პოლიკლინიკები	247	115	70	85
საექიმო ჯანპუნქტები	502	47	7	15
სოფლის საექიმო ამბულატორიები	-	-	483	22
საფერშლო-საბებიო პუნქტები	748	386	301	118
სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სადგურები	-	-	-	3

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

უკანასკნელი ოცი წლის განმავლობაში ამბულატორულ-პოლიკლინიკური ქსელის დატვირთვის მაქსიმალური მნიშვნელობა დაფიქსირდა 1988 წელს (ამბულატორულ-პოლიკლინიკური ქსელის დატვირთვის მაჩვენებელი 84.7%), ხოლო მინიმალური 2001 წელს (ამბულატორულ-პოლიკლინიკური ქსელის დატვირთვის მაჩვენებელი -26,3%). საინტერესოა, რომ სწორედ 1988 წელს, როდესაც ქვეყანაში ყველაზე დიდი რაოდენობით იყო ამბულატორულ-პოლიკლინიკური ტიპის დაწესებულებები, ქსელის ყველაზე მაღალი დატვირთვა სწორედ მაშინ აღინიშნა. თუმცა გასათვალისწინებელია, რომ ეს მონაცემი

დაფიქსირებულია ჯანდაცვის განსხვავებული მოდელის ფუნქციონირების პერიოდში.

2010 წელს საქართველოს მოსახლეობას ემსახურებოდა 78 სასწრაფო დახმარების და 39 სისხლის დამამზადებელი სადგური.

1990-1997 წლებში საქართველოში აღინიშნა სასწრაფო დახმარების გამოძახებების მკვეთრად შემცირების ტენდენცია, თუმცა შემდგომ წლებში მაჩვენებელი გაიზარდა. 2010 წელს სასწრაფო დახმარების სამსახური 1074277 ფიზიკურ პირს მოემსახურა, რაც მეტია წინა წელთან შედარებით (2009 წელს სასწრაფო დახმარების სამსახური 883129 ფიზიკურ პირს მოემსახურა).

მართალია უკანასკნელ წლებში ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე შედარებით გაიზარდა (2003 წლიდან 2010 წლამდე მაჩვენებელი გაიზარდა 1.8-2.6-ფარგლებში მერყეობდა) და 2010 წელს 2.1-ს შეადგენდა, მაგრამ საერთაშორისო სტანდარტებთან შედარებით მაჩვენებელი მაინც საკმაოდ დაბალია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2009 წლის მონაცემებით, დსთ-ს ქვეყნებისთვის მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე საშუალოდ - 8.6, ხოლო ევროპის რეგიონის ქვეყნებისთვის - 7.9 შეადგენდა.

საქართველოში 2010 წელს ფუნქციონირებდა 276 სტაციონარული დაწესებულება (13378 საწოლი), მათ შორის 255 საავადმყოფო (11919 საწოლი), 7 დისპანსერი (142 საწოლი) და 14 სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი (1317 საწოლი). 1988 წლის ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების თანახმად აღნიშნულ წელს სტაციონარების რაოდენობამ 402 შეადგინა. 2010 წელს საწოლებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელმა 100000 მოსახლეზე შეადგინა 300.4, 2009 წელს- 309.1, ხოლო 2007 წელს 331,9 (ცხრილი №5).

ცხრილი №5 საწოლთა ფონდის გამოყენების მაჩვენებლები, საქართველო, 2007-2010წ.

მაჩვენებლები	2007	2010
საწოლების უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	331,9	300,4
დატვირთვა საწოლზე	146,3	160,0
დაყოვნება	7,3	6,4
ბრუნვა	20,1	25,2

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

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2009 წლის მონაცემებით საწოლებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში იყო 649.1, ევროკავშირში – 528.9, დსთ-ს ქვეყნებში – 832.9. 1988 წელს საწოლებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი შედგენდა 995.0, რაც ნათლად ასახავს საბჭოთა პერიოდში დარგის ექსტენსიური განვითარების ტენდენციას.

საწოლთა ფონდის არათანაბარი გამოყენება აღინიშნება რეგიონების მიხედვით (ცხრილი №6).

უკანასკნელ წლებში, საქართველოში აღინიშნება ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლის ზრდა. 2010 წელს, წინა წელთან შედარებით, საწოლზე საშუალო დატვირთვის მაჩვენებელმა 148.2-დან 160.0-მდე და საწოლის ბრუნვის მაჩვენებელმა 23.4-დან 25.2-მდე მოიმატა.

2010 წელს, სტაციონარში სამკურნალოდ შემოვიდა 335 373 ავადმყოფი, ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 100 სულ მოსახლეზე 7.5 შეადგენდა. ეს მაჩვენებელი, თითქმის 2.5-ჯერ ნაკლებია დსთ-სა (20.8) და ევროპის ქვეყნებთან (18.5) შედარებით.

წინა წელთან შედარებით, საწოლზე საშუალო დატვირთვის მაჩვენებელმა 148.2-დან 160.0-მდე და საწოლის ბრუნვის მაჩვენებელმა 23.4-დან 25.2-მდე მოიმატა. საწოლზე დაყოვნების მაჩვენებელი, წინა წელთან შედარებით, მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2009 წლის მონაცემებით საწოლზე საშუალო დატვირთვის მაჩვენებელი საქართველოსთვის 36.1%-ს, ევროპის რეგიონის ქვეყნებისთვის - 77.6%-ს, დსთ-ს ქვეყნებისთვის – 84.7%-ს შეადგენდა.

2010 წელს სტაციონარებიდან გავიდა 335697 ავადმყოფი, მათ შორის გარდაიცვალა 6581. ლეტალობის ზოგადი მაჩვენებელი 2.0%-ს შეადგენდა. სტაციონარული ლეტალობის მაღალი მაჩვენებლებით ხასიათდებოდა პერინატალურ პერიოდში განვითარებული მდგომარეობები (7.6%), სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები (6.3%) და ნერვული სისტემის ავადმყოფობები (5.3%).

2010 წელს სტაციონარებში ჩატარდა 134941 ოპერაცია (მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე – 30.3; ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა – 0.4%). 15 წლამდე ასაკის

ბავშვებში ჩატარდა 14539 ოპერაცია (მაჩვენებელი 1000 ბავშვზე – 19,2; ლეტალობა – 0,4%).

ცხრილი №6 საწოლთა ფონდის გამოყენება რეგიონების მიხედვით, საქართველო, 2007-2012წწ.

	საწოლების უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე		დატვირთვა		საწოლზე დაყოვნება		ბრუნვა	
	2007	2010	2007	2010	2007	2010	2007	2010
თბილისი	549,7	496,4	158,5	158,7	7,3	7,1	21,8	22,8
აჭარა	272,5	276,8	183,6	163,6	7,0	7,6	26,2	25,9
კახეთი	166,6	158,6	122,1	142,9	5,0	5,7	24,7	25,6
იმერეთი	369,0	322,3	177,1	187,8	9,3	9,8	19,0	19,8
სამეგრელო	22,7	188,2	106,7	116,7	6,5	6,4	16,5	16,1
შიდა ქართლი	229,6	183,1	145,6	155,9	7,7	7,5	19,0	19,8
ქვემო ქართლი	168,2	166,9	82,7	72,7	4,8	4,6	17,3	17,9
გურია	223,2	194,9	111,3	141,3	6,0	6,9	18,5	18,7
სამცხე-ჯავახეთი	322,1	260,4	101,3	111,3	8,9	8,2	11,4	11,9
მცხეთა მთიანეთი	151,2	117,3	66,2	65,3	3,9	3,2	17,1	17,5
რაჭა ლეჩხუმი	444,2	452,6	77,3	87,7	7,8	7,4	9,9	9,1

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

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2009 წლის მონაცემებით, ქირურგიული პროცედურების მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე დსთ-ს ქვეყნებში - 49,4, ხოლო ევროკავშირის ქვეყნებში – 92,8 შეადგენდა.

სტატისტიკური მაჩვენებლები ნათლად მიუთითებენ, რომ ჰოსპიტალური სექტორს კვლავ ახასიათებს ჭარბი ინფრასტრუქტურა, კვლავ აღინიშნება ჰოსპიტალური სერვისების დაბალი მოხმარება და რეგიონების მიხედვით არათანაბარი დატვირთვა.

მიუხედავად სამედიცინო მომსახურების სფეროში განხორციელებული ცვლილებებისა და გამოვლენილი გარკვეული დადებითი ტენდენციებისა, საქართველოში სამედიცინო მომსახურების სერვისების მოხმარების, სამედიცინო

პერსონალის პროდუქტიულობის მაჩვენებლები არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს, რაც გააღწევს ახდენს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობაზე, კლინიკურ შედეგებსა და ხარისხზე.

საქართველოში სამედიცინო მომსახურების სისტემა საკმაოდ დიდი რაოდენობით რესურსებს მოიცავს, როგორც დაწესებულებების, ისე სამედიცინო პერსონალის კუთხით. როგორც უკვე აღნიშნეთ, საქართველოში პაციენტებს უფლება აქვთ მიიღონ ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება, გარდა ამისა საქართველოში პაციენტებს კანონი აძლევთ უფლებას აირჩიონ ან ნებისმიერ დროს შეიცვალონ სამედიცინო მომსახურების გამწევი. ჩნდება კითხვა: ამ უფლების რეალიზების პროცესში რა კრიტერიუმებს შეიძლება დაეფუძნოს პაციენტის არჩევანი? ქვეყანაში არსებული ოფიციალური სტატისტიკა ამ კრიტერიუმებს არ მოიცავს. ნათელი ხდება, რომ სამედიცინო მომსახურების სისტემის სტატისტიკური მონაცემების პარალელურად ქვეყანაში უნდა არსებობდეს მონაცემთა ერთიანი ბაზა (რეესტრი), რომელიც მოიცავს ინფორმაციას ქვეყანაში მოქმედი ყველა სამედიცინო მომსახურების გამწევი დაწესებულების და მოქმედი სამედიცინო პერსონალის შესახებ.

მოცემული რეესტრის გამოყენებით მოსახლეობა შეძლებს მიიღოს ინფორმაცია „სამედიცინო მომსახურების გამწევის ვინაობისა და პროფესიული გამოცდილების შესახებ“ (კანონი პაციენტთა უფლებების შესახებ” მუხლი 18). ეფექტური იქნება ქვეყანაში ხარისხის ეროვნული ჯილდოს დაწესება, რომლის შესახებ მონაცემები ასევე რეესტრის ბაზაში იქნება დაფიქსირებული. შესაბამისად, გაძლიერდება კონკურენცია სამედიცინო მომსახურების გამწევი დაწესებულებებს შორის, რაც თავის მხრივ გამოიწვევს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების სტრატეგიების დანერგვის და ამოქმედების მოტივაციის გაძლიერებას ყველა დონეზე.

2.3 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიები საქართველოში

საქართველოს დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდგომ პერიოდში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმების პროცესმა სტარტი 1995 წელს აიღო. საქართველოს პრეზიდენტის №269 ბრძანებულებით (1995 წლის 5 ივლისი) და საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის №388-399 დადგენილებებით (1995 წლის 10 აგვისტო) საფუძველი დაედო საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის „რთულ, ხანგრძლივ და მრავალეტაპიან რეორიენტაციის პროცესს“ (193).

განისაზღვრა რეორიენტაციის ძირითადი მიმართულებები:

- ჯანდაცვის სამართლებრივი საფუძვლების ჩამოყალიბება;
- ჯანდაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია;
- ჯანდაცვის სისტემის ეკონომიკური და ფინანსური საფუძვლების ცვლილება, პროგრამულ დაფინანსებაზე გადასვლა;
- პირველადი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა;
- სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა;
- სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა;
- სამედიცინო მუშაკების სოციალური უზრუნველყოფა;
- ფარმაცევტული პოლიტიკის რეფორმა;
- პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო დაწესებულებების და პერსონალის აკრედიტაცი-ლიცენზირება;
- სამედიცინო განათლების რეფორმა;
- მედიცინის მეცნიერების რეფორმა;
- ინფორმაციული სამსახურის რეფორმა.

რეორიენტაციის პირველი ეტაპიდანვე დაიწყო ჯანდაცვის სამართლებრივი საფუძვლების ჩამოყალიბება. შეიქმნა სამართლებრივი ბაზა, რომელიც იცავს მოქალაქეთა უფლებებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, მათ შორის უფლებას ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე. რეფორმის

მნიშვნელოვან შედეგად განხილული იქნა მკურნალობის პროცესის უნიფიკაციის გზით ხარისხის კონტროლის განხორციელების შესაძლებლობა და ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად განისაზღვრა მაღალი დონის, კვალიფიკაციური პროფესიონალების (თ.ჯინჯოლავა, 1997) მომზადება (194).

აღსანიშნავია, რომ 1996 წელს გამოქვეყნებულ დოკუმენტში „საქართველოს ჯანდაცვის რეორიენტაციის ძირითადი მიმართულებები“, მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა სამედიცინო დაწესებულებების და პერსონალის აკრედიტაცი-ლიცენზირების საკითხებს. დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ რეფორმის მიზანს წარმოადგენს არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების პროცესების ოპტიმიზაცია, არამედ სამედიცინო პროფესიული საქმიანობის პირობების ხარისხობრივი გაუმჯობესება. მოცემული მიზნის მისაღწევად დაწესებული იქნა აკრედიტაცია-ლიცენზირების პროცესი. აღირიცხა და რეგისტრაცია ჩაუტარდა ყველა სამკურნალო დაწესებულებას, დამტკიცებული იქნა სამედიცინო მომსახურების გაწევის პირობები და წესები, სამედიცინო დაწესებულებების და პაციენტების უფლებები და მოვალეობები საბაზრო ეკონომიკის პირობებში (193).

დაწესებული იქნა დაწესებულებათა აკრედიტაციის პირობები და წესები, რომლის შესაბამისად იურიდიულ პირებს მიეცათ კანონით ნებადართული საქმიანობის უფლება, რასაც ადასტურებდა შესაბამისი ლიცენზია.

დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ სამედიცინო საქმიანობის სუბიექტების აკრედიტაცია ნიშნავს სახელმწიფოს მხრიდან იურიდიული პირის მიერ სამედიცინო საქმიანობის წარმართვის უფლების აღიარებას. როგორც დოკუმენტიდან ჩანს, აკრედიტაციის მიზანს წარმოადგენს სამედიცინო საქმიანობის წარმოების უფლების მოპოვება და აკრედიტაციის გავლის შედეგად ლიცენზიის მოპოვება.

აკრედიტაციის მოსაპოვებლად დაწესებულებას უნდა წარედგინა შემდეგი დოკუმენტები: სამედიცინო დაწესებულების წესდება, რეგისტრაციის ცნობა, ცნობა სან-ეპიდსადგურიდან, სტატისტიკური მონაცემები, საქმიანობის სტანდარტები და ტარიფები. დოკუმენტში ასევე მითითებულია, რომ „ლიცენზირების პროცესზე მუშაობა ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას და ხარისხის კონტროლის გაძლიერებას“, რაც თავის

მხრივ ხელს შეუწყობს რეფორმის საბოლოო მიზანს – სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებას. აქვე განხილულია სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირებისა და ლიცენზირების პირობები.

როგორც ვხედავთ, ჯანდაცვის სრულიად ახალ სისტემაზე გადასვლის შემდეგ, რეორიენტაციის საწყის ეტაპზე ჯერ კიდევ არ იყო ნათლად ჩამოყალიბებული და გააზრებული ხარისხის კონცეფცია, აკრედიტაციის დანიშნულება, განსხვავება ლიცენზირებასა და აკრედიტაციის პროცესებს შორის, ხარისხის გაუმჯობესების მექანიზმები.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკაში 1999 წელს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღწევა უკვე სასურველ მიზნად არის ასახული. დოკუმენტში აღნიშნულია: „ოცდამეერთე საუკუნის სტრატეგიის თანახმად გაჯანსაღება, დაავადებათა პროფილაქტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია და ინვალიდების მოვლა მუდმივად განვითარებადი „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ სტრატეგიის ძირითადი შემადგენელი ელემენტებია (198). იმისათვის, რომ უახლოეს მომავალში ჩამოყალიბდეს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, რომელიც უფრო ხარისხიანი და ეფექტური იქნება, საჭიროა საფუძვლად ოთხი ძირითადი პოსტულატის მიღება:

- შედეგზე ორიენტირებული მკურნალობა;
- მოსახლეობაზე ორიენტირებული პირველადი სამედიცინო დახმარება;
- სტაციონარების უფრო ეფექტიანი და მოქნილი სისტემა;
- სამედიცინო მომსახურების უკეთესი ხარისხი და ეფექტიანობა“.

დოკუმენტის მეოთხე თავის მე-12-ე მუხლში ასახულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების გზები და ამოცანები.

მოცემული მუხლის შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ქვეშ მოიაზრება სამედიცინო მომსახურების უნივერსალურობა და ხელმისაწვდომობა. დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ „სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა არ უნდა იქნას მიღწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაქვეითების ხარჯზე, სახელმწიფო პოლიტიკა მიზნად უნდა ისახავდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სრულყოფას, გაუმჯობესებას სამკურნალო სტანდარტებისა და მათი დაცვის სისტემის ჩამოყალიბების გზით,

მაღალკვალიფიციური კადრების მომზადებისა და სამედიცინო მეცნიერული კვლევების ჩატარებით, უახლესი მიღწევების პრაქტიკაში დანერგვის გზით, სამედიცინო განათლებისა და მეცნიერების პრაქტიკასთან ინტეგრაციის უზრუნველყოფით“.

ლოკუმენტის თანახმად, ხარისხის გაუმჯობესების რეალიზაციის ძირითადი გზები გამომდინარეობს ქვეყანაში არსებული სოციალური მოთხოვნილებებიდან და ეკონომიკური მდგომარეობიდან, ამავე დროს პროცესი მიზნად ისახავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას, რათა ეკონომიკური ეფექტიანობის პირობებში მიღწეული იქნას მოსახლეობის მაქსიმალური გაჯანსაღება და მიღებული მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილება.

ეროვნულ პოლიტიკაში ასახული იქნა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების უზრუნველყოფის შემდეგი ამოცანები:

- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უნივერსალური სტანდარტების ჩამოყალიბება;
- სტანდარტების დაცვის კონტროლის მექანიზმების შემუშავება;
- სტანდარტების დაცვისათვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნა;
- სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებებისა და პერსონალის აკრედიტაციის სერტიფიცირებისა და ლიცენზირების მექანიზმების პერმანენტული სრულყოფა;
- ეროვნული ჯანდაცვის ძირითადი სტრატეგიების შეფასება ცალკეული პრობლემების გადაჭრის გზით მკურნალობის შედეგებისა და მათი ეკონომიკური ეფექტიანობის შედარების საფუძველზე;
- სამედიცინო მომსახურების უწყვეტი მონიტორინგისა და ხარისხის გაუმჯობესების სახელმწიფო მექანიზმის ჩამოყალიბება, საწყის ეტაპზე თუნდაც ათ ძირითად დაავადებასთან მიმართებაში, მკურნალობის შედეგების, ეკონომიკური ეფექტიანობისა და მიღებული მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილების ხარისხის შეფასების საფუძველზე.

საქართველოს პრეზიდენტის №156 ბრძანებულებით (2002 წლის 7 აპრილი) დამტკიცებული იქნა საქართველოს სოციალური განვითარების საპრეზიდენტო პროგრამის განხორციელების სტრატეგიული გეგმა 2002-2006 წლებისათვის (199).

მოცემულ დოკუმენტში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მნიშვნელოვან ამოცანად მიჩნეული იქნა მოსახლეობისათვის მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურებისადმი თანასწორუფლებიანობისა და ხელმისაწვდომობის გარანტირებულობა. უნდა აღინიშნოს, რომ მოცემულ დოკუმენტში არ იქნა ასახული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის საკითხები.

2006 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ გამოქვეყნდა ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის კონცეფცია, რომელიც ითვალისწინებს სისტემაში რადიკალური რეფორმის გატარებას და რომლის თანახმად „რეფორმის მიზანი საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაა, რაც კონცეფციის თანახმად შესაძლებელია მიღწეული იქნას სამედიცინო მომსახურების ხარისხის, მოსახლეობისათვის ძირითად სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების გზით და მოსახლეობის დაცვით ჯანმრთელობის გაუარესებისას წარმოქმნილი კატასტროფული ფინანსური რისკებისაგან“ (200). კონცეფციის გამხორციელება მთავრობამ დაიწყო 2007 წლის იანვრიდან.

რეფორმის ძირითად პრინციპებად განისაზღვრა (სქემა №20):

- ორიენტირება საზოგადოებაზე: გაზრდილი ხელმისაწვდომობა და მომსახურების ხარისხი, მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებზე და კმაყოფილებაზე რეაგირებადი სისტემა.
- ორიენტირება ღარიბებზე: საზოგადოებრივი რესურსების მიზნობრივი მიმართვა მოსახლეობის ღარიბი ფენის ჯანდაცვის საჭიროებებზე.
- ორიენტირება მომსახურების მიმწოდებელზე: გაუმჯობესებული ინფრასტრუქტურა, სამუშაო გარემო, ახალი ტექნოლოგიები, კომპეტენციის გაზრდის შესაძლებლობა და გაზრდილი ანაზღაურება.
- საზოგადოებრივი და კერძო სახსრების ეფექტური და ეფექტიანი მოხმარება გაუმჯობესებული მმართველობისა და მენეჯმენტის საშუალებით.

- ორიენტირება ბაზარზე: ჯანდაცვის სექტორის 2/3 ეთმობა კერძო სექტორს ინვესტიციის, სერვისების მიწოდებისა და შესყიდვისათვის.
- მდგრადობა: სახელმწიფოს მიერ გაცხადებული ვალდებულებების დაბალანსება ქვეყნის ეკონომიკურ შესაძლებლობებთან; მიწოდებისა და მოხმარების დაბალანსება, სადაც მნიშვნელოვანი წილი ექნება ბაზარს, მაგრამ სექტორი დარეგულირდება ხელისუფლების მიერ.



სქემა №20 რეფორმის ძირითადი პრინციპები

რეფორმის მოსალოდნელ შედეგებად განისაზღვრა:

- ✓ რეაბილიტირებული და ოპტიმიზებული ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა;
- ✓ სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროების მოსაცავად სახელმწიფო სახსრების მიზნობრივი მიმართვა;
- ✓ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებისას წარმოქმნილი ფინანსური რისკებისაგან მოსახლეობის დაცულობის ხარისხის მნიშვნელოვანი გაზრდა;
- ✓ სახელმწიფო რესურსების გამოყენების მაქსიმალური ეფექტიანობის მიღწევა;
- ✓ მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილისათვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა;
- ✓ სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის მიღწევა;
- ✓ მოსახლეობის კმაყოფილების გაზრდა;
- ✓ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესება.

საქართველოს მთავრობის 2007 წლის 26 იანვრის მე-11 დადგენილებით დამტკიცებული იქნა ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა (201). დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ „ჰოსპიტალური სექტორის

განვითარების სტრატეგია მიმართულია ქვეყანაში ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების სიმძლავრეების განვითარებისაკენ, რაც დააკმაყოფილებს მოსახლეობის საჭიროებას ამ სახის მომსახურებაზე და იქნება ხარისხიანი და ფინანსურად მისაღები”.

სტრატეგიული განვითარების გეგმაში დასახული იქნა შემდეგი ძირითადი მიზნების მიღწევა:

- ✓ ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების ოპტიმალური მდებარეობა გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის კრიტერიუმზე დაყრდნობით.
- ✓ აუცილებელი სიმძლავრეების ამოქმედება ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მოსახლეობის საჭიროების დასაკმაყოფილებლად.
- ✓ ჰოსპიტალური მომსახურების სახეების განსაზღვრა.
- ✓ ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების ძირითადი ტიპების განსაზღვრა.
- ✓ ჰოსპიტლების ფუნქციონირების პირობების განსაზღვრა, ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის სტანდარტების ჩათვლით.

აღსანიშნავია აგრეთვე კიდევ ერთი დოკუმენტი, კერძოდ „ჰოსპიტლების აკრედიტაციის სისტემის კონცეფცია საქართველოში”, რომელიც შემუშავებული იქნა 2005 წელს USAID-ის მიერ. დოკუმენტში აღწერილია ჰოსპიტლების აკრედიტაციის მნიშვნელობა და მოცემულია სათანადო რეკომენდაციები ქვეყანაში აკრედიტაციის ამოქმედებასთან მიმართებაში (202).

საქართველოს მთავრობის მიერ 2011 წელს გამოქვეყნდა 2011-2015 წლების სტრატეგიული განვითარების ათპუნქტიანი გეგმა მოდერნიზაციისა და დასაქმებისათვის, რომლის ძირითად ლეიტმოტივს ხელმისაწვდომი ხარისხიანი ჯანდაცვა წარმოადგენს (1).

სტრატეგიული განვითარების ძირითად მიმართულებებად განისაზღვრა:

- მაკროეკონომიკური სტაბილურობა
- მიმდინარე ანგარიშის ბალანსის გაუმჯობესება
- საუკეთესო საინვესტიციო და ბიზნეს გარემოს შექმნა-შენარჩუნება
- რეგიონული სავაჭრო და ლოგისტიკური ცენტრების ჩამოყალიბება

- ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება
- სოფლის მეურნეობის განვითარება
- განათლების სისტემის გაუმჯობესება
- სოციალური პოლიტიკის დახვეწა
- *ხელმისაწვდომი, მაღალხარისხიანი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება*
- ურბანული და რეგიონული განვითარება

სტრატეგიის ახალი დოკუმენტის ძირითადი მიზანს 2015 წლისათვის, ისევე როგორც 2006 წლის ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის კონცეფციის ძირითად მიზანს, წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება ავადობის ტვირთის და სიკვდილიანობის შემცირების გზით.

სტრატეგიის ძირითად პრინციპებს წარმოადგენს:

- თანაბარი ხელმისაწვდომობა
- პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემა
- ეფექტური საზოგადოებრივი ჯანდაცვა
- სახელმწიფო და კერძო სექტორების თანამშრომლობა, თავისუფალი კონკურენციის ხელშეწყობა
- გამჭვირვალობა და საზოგადოების ჩართულობა
- რესურსების შესაბამისობა ჯანდაცვის საჭიროებებთან
- ინტერსექტორული მიდგომა

მიღებულ დოკუმენტში მოცემული მიზნების მისაღწევად დასახულია ხუთი სტრატეგიული ამოცანა (სქემა №21):

1. თანაბარ სამედიცინო მომსახურებაზე არათანაბარი ხელმისაწვდომობის შემცირება
2. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება
3. პაციენტის უფლებების დაცვა
4. დაავადებათა პრევენცია, ჯანმრთელობის საფრთხეებისადმი მზადყოფნა და საპასუხო რეაგირება
5. ჯანდაცვის სფეროს მართვის სრულყოფა და სექტორის ეფექტურობის გაზრდა

პირველი ამოცანის სტრატეგიული მიმართულებებია:

- ჰოსპიტალური სექტორის განვითარება
- პირველადი ჯანდაცვის განვითარება
- სამედიცინო დაზღვევის მქონე მოქალაქეების რიცხვის ზრდა
- მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის ზრდა
- სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის ზრდა
განსაკუთრებული საჭიროების მქონე პირებისათვის
- ჯანდაცვა პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში.

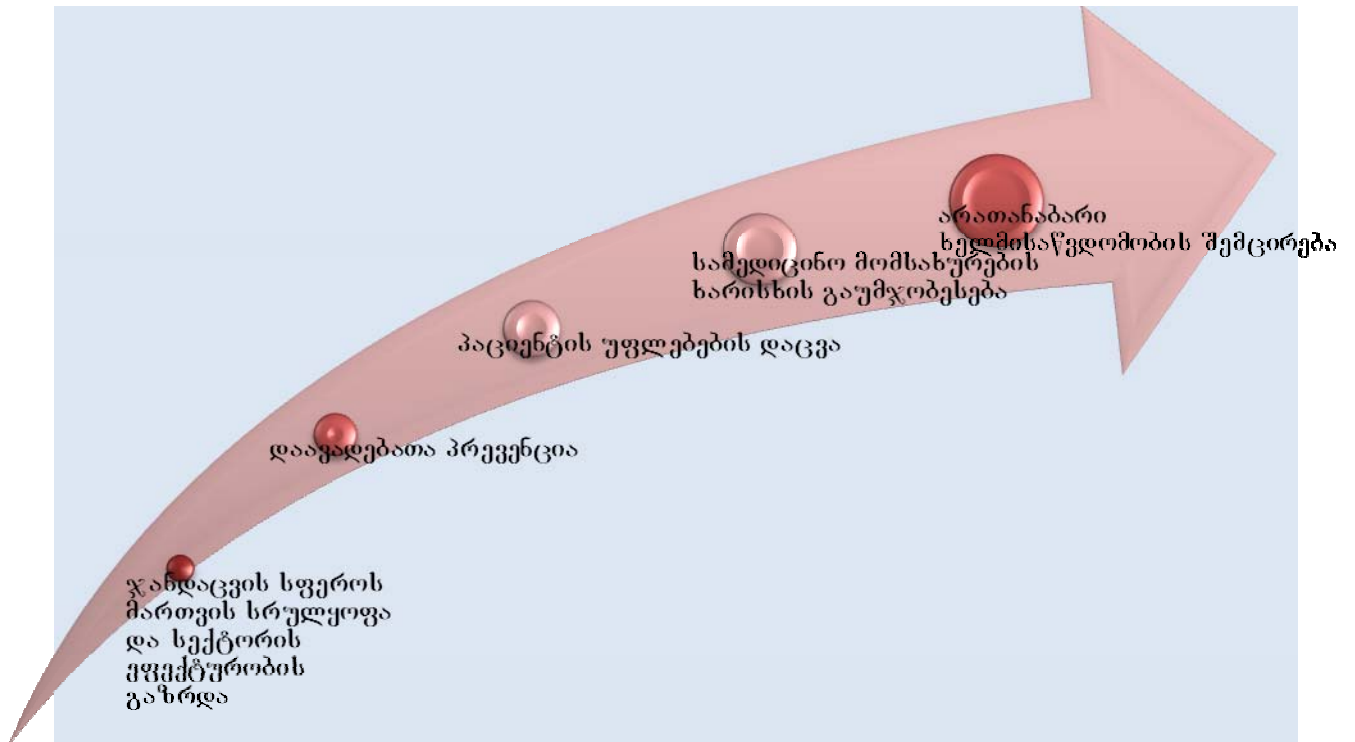
მეორე ამოცანის სტრატეგიული მიმართულებებია:

- ახალი სანებართვო პირობები სამედიცინო დაწესებულებებისათვის
- მოტივირებული და კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალი
- სასწავლო პროგრამებისა და კლინიკური ბაზების აკრედიტაცია
- ზედამხედველობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე
- მტკიცებულებებზე დამყარებული კლინიკური პრაქტიკის ხელშეწყობა
- პათოლოგიის სამსახურის შექმნა-განვითარება

მესამე ამოცანის სტრატეგიული მიმართულებებია:

- ახალი მედიაციის სერვისების განვითარება
- ელექტრონული პორტალი მოქალაქეებისათვის.

დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ ხარისხის გაუმჯობესების ღონისძიებები შეეხება ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლებისთვის ახალი სანებართვო პირობების შემუშავებას და დანერგვას, მოტივირებული და კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის შექმნას და მათი ცოდნის და უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებას სასწავლო პროგრამებისა და კლინიკური ბაზების აკრედიტაციით, სამედიცინო დაწესებულებებში ხარისხის კონტროლისა და რეგულირების მექანიზმების სრულყოფას, პათოლოგიის სამსახურის შექმნა-განვითარებას და საუკეთესო კლინიკურ გამოსავლებთან დაკავშირებული სამედიცინო ჩარევების პრაქტიკაში დანერგვის ხელშეწყობას.



სქემა № 21 სტრატეგიის ამოცანები

სტრატეგიული გეგმის თანახმად სამინისტრომ ხელი უნდა შეუწყოს ლაბორატორიების ხარისხის გარე კონტროლის სისტემის შექმნას და დანერგვას. მასში მონაწილეობა დაწესებულების აკრედიტაციის ერთ-ერთი აუცილებელი კრიტერიუმი იქნება. ჩამოყალიბდება სამედიცინო აპარატურისა და ტექნოლოგიების ხარისხზე ზედამხედველობის სისტემა. სამინისტრო განაგრძობს მედიკამენტების ხარისხის და უსაფრთხოების უზრუნველყოფისა და მათ რაციონალურ მოხმარებაზე ზედამხედველობის მექანიზმების სრულყოფას. მნიშვნელოვანია, რომ სტრატეგიული გეგმა ითვალისწინებს პაციენტის უფლებების დაცვას. დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ პაციენტის უსაფრთხოების და პაციენტის ინტერესების დაცვის არსებული მექანიზმები ამ ეტაპზე ნაკლებეფექტურია, რის გამოც ხშირია სამედიცინო მომსახურების ხარისხით მოსახლეობის უკმაყოფილება. შესაბამისად, საქართველოში პაციენტის ინტერესების დაცვის მექანიზმების უფრო ეფექტური ამოქმედება სადაზღვევო თუ სამკურნალო ურთიერთობებში დიდ მნიშვნელობას იძენს.

პაციენტების უფლებების დაცვა და სწორი რეალიზაცია სამედიცინო დაწესებულებებში წარმოადგენს პაციენტთა კმაყოფილების ზრდის ერთ-ერთ საშუალებას, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების ეფექტურ გზას. დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ საქართველოში ეტაპობრივად ამოქმედდება სამედიცინო დაწესებულებების ნებაყოფლობითი აკრედიტაციის სისტემა. აკრედიტაციის სტატუსი, როგორც ხარისხის მაჩვენებელი, გაზრდის სამედიცინო ბაზარზე აკრედიტებული დაწესებულების კონკურენტუნარიანობას. ამდენად, მოსალოდნელია რომ აკრედიტაციის კრიტერიუმების დასაკმაყოფილებლად ხარისხის მუდმივი გაუმჯობესება ნებისმიერი დაწესებულების მმართველი რგოლის ორგანული ინტერესი გახდეს.

2011-2015 წლების სტრატეგიული განვითარების გეგმაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის დასახული ზედამხედველობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სიახლეა საქართველოში ხარისხის ინიციატივების ევოლუციის პროცესში. აღნიშნული გამოწვევების ფონზე ნათლად იკვეთება სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტთა კმაყოფილების შეფასების რუტინული პროცესის დანერგვის აუცილებლობა. 2007 წლის ივლისიდან 2009 წლის ოქტომბრამდე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის წარმომადგენლების მიერ განხორციელდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების შეფასება ჯანდაცვის სხვადასხვა საკითხებთან მიმართებაში, მათ შორის სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან და შედეგებთან დაკავშირებით, შეფასებული იქნა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა, ეფექტურობა და შედეგიანობა და სხვა (203).

ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების ანგარიშში ასახული იქნა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების შემდეგი ძირითადი საკითხები:

- სამედიცინო დახმარების პროცესების საუკეთესო პრაქტიკის შესაბამისად რეფორმირება;
- კლინიკური პრაქტიკის გაუმჯობესებისათვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის გამოყენება;

- კლინიკური ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და კლინიკური გადაწყვეტილებების მხარდაჭერისათვის საინფორმაციო ტექნოლოგიების გაუმჯობესება;
- სამედიცინო დახმარების დროში კოორდინაცია პაციენტის მდგომარეობის, მომსახურების სახეობებისა და პირობების მიხედვით;
- მუშაობის ეფექტურობისა და მიღებული გამოსავლის შეფასების საზომთა ინკორპორაცია პროგრესის კონტროლისა და ანგარიშგებისათვის.

ანგარიშში წარმოდგენილია ასევე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების ქვეკომპონენტები. კერძოდ:

- ✓ კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების დანერგვა;
- ✓ პაციენტთა უსაფრთხოების გაუმჯობესება;
- ✓ კლინიკური ეფექტიანობის გაუმჯობესება;
- ✓ პაციენტების მოთხოვნების მიმართ სისტემის რეაგირებადობის გაუმჯობესება, მათ შორის პაციენტთა კმაყოფილების და მომსახურების გამოცდილების მონიტორინგი.

ანგარიშში დასაბუთებულია ბოლო ქვეკატეგორიის მნიშვნელობა. დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ შეფასების მოცემული ქვეკატეგორია აანალიზებს პაციენტების მიმართ ჯანდაცვის სისტემის გულისხმიერი დამოკიდებულების ცალკეულ კომპონენტებს, მაგალითად თუ როგორია პაციენტის კმაყოფილების დონე მიღებული სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა ასპექტებით. საქართველოში სამედიცინო მომსახურების სფეროში ჩატარებული კვლევები ფრაგმენტულად ასახავენ მოსახლეობის დამოკიდებულებას სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი და მათი კმაყოფილების დონეს. ჩატარებული კვლევების შედეგად გამოვლენილია, რომ მოსახლეობა უმეტესწილად კმაყოფილია სამედიცინო მომსახურების დონით (204-207).

2007 წელს საქართველოში ჩატარდა შინამეურნეობითა გამოკითხვა ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებისა და ჯანდაცვითი ხარჯების შესახებ (203). 2000 წელს ჩატარებული კვლევისაგან განსხვავებით, რომელიც არ მოიცავდა არც ერთ შეკითხვას სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განზომილებაში (208),

მოცემული კვლევა უკვე მოიცავდა პაციენტთა კმაყოფილებასთან დაკავშირებულ კითხვებს. კვლევის შედეგებმა გამოავლინა, რომ მოსახლეობის კმაყოფილების დონე მაღალია როგორც სოფლის მოსახლეობაში, ისე ქალაქის მოსახლეობაში. კმაყოფილების დონე განსაკუთრებით მაღალია ისეთ კატეგორიებში, როგორიცაა: მკურნალობის საჭიროების საკმარისი ახსნა (81%), ექიმის მიერ პაციენტთან გატარებული დროის ადეკვატურობა (91,2%), სამედიცინო დაწესებულებების სისუფთავე (93,3%), მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში პაციენტის ჩართულობა (83,1%). როგორც ვხედავთ, მოცემულ კატეგორიებში კმაყოფილების დონე 80% ან მასზე მეტია. პაციენტთა პროცენტი, რომელიც ენდობა მისთვის ჩვეულ კლინიკაში გაწეულ მომსახურებას რამდენადმე დაბალია და დაახლოებით 65%-ს შეადგენს. ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების ანგარიშში ასევე აღნიშნულია, რომ არანაკლებ მნიშვნელოვანია პაციენტთა კმაყოფილების კვლევა კლინიკური შედეგებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების კუთხით, თუმცა ამ მხრივ დაბრკოლებას წარმოადგენს ერთის მხრივ პაციენტთა უსაფრთხოების შესახებ მონაცემთა არარსებობა და მეორე მხრივ, არსებული მონაცემების სანდოობა და სარწმუნოობა. მაგალითად მონაცემები სამედიცინო შეცდომების შესახებ არ მიეწოდება ჯანდაცვის ცენტრალურ საინფორმაციო სისტემას, ხოლო საკეისრო კვეთების შემდეგ სამედიცინო ტრავმებისა და პერიტონიტების შესახებ მონაცემები სავარაუდოდ არ არის ზუსტი. ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების ანგარიშში მოცემულია რეკომენდაცია, რომლის თანახმად საქართველოში უნდა ტარდებოდეს ადამიანთა საჭიროებებზე, მოლოდინებსა და პრეფერენციებზე ჯანდაცვის სისტემის რეაგირების ხასიათის რეგულარული შეფასება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სფეროში არსებული დოკუმენტური ინფორმაციის ანალიზი და ლიტერატურის მიმოხილვა ადასტურებს, რომ, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესში ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკვანძო საკითხს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და მისი შეფასების საკითხები. გარდამავალ პერიოდში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული ძალისხმევა სამედიცინო მომსახურების მკაცრი

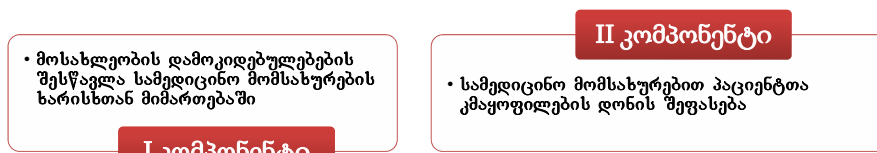
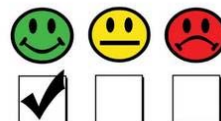
რეგულაციებისა და კონტროლის გზით (29) ნაწილობრივ ან სრულიად წარუმატებელი აღმოჩნდა (30). რეორიენტაციის საწყის ეტაპზე ხარისხის კონცეფცია სიღრმისეულად არ იყო გააზრებული, მომდევნო ეტაპზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მთავარ პარადიგმას სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდა წარმოადგენდა, უახლეს დოკუმენტში კი უფრო კონკრეტულად არის განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების სტრატეგიული მიმართულებები. საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და გაუმჯობესების დასახული სტრატეგიები მიზნად ისახავენ მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას სამართლიანობის პრინციპის დაცვით, რაც გულისხმობს ხელმისაწვდომ სამედიცინო მომსახურებას ყველა მოქალაქისათვის თანაბრად დისკრიმინაციის გარეშე, ჯანდაცვის სისტემის ისეთი მნიშვნელოვანი კომპონენტის გათვალისწინებით, როგორცაა „რეაგირება“, რაც გულისხმობს სისტემის უნარს სწორად უპასუხოს მოსახლეობისა და პაციენტების მოლოდინს, რომლის საფუძველს პიროვნების პატივისცემა და მომხმარებელზე/პაციენტზე ორიენტირება წარმოადგენს (203). საქართველოში ხარისხის უზრუნველყოფის ინიციატივების ევოლუციაში ნათლად იკვეთება პაციენტთა მხრიდან სამედიცინო მომსახურების უსაფრთხოებისა და ხარისხის მიმართ მათი დამოკიდებულებების, გამოცდილების შესწავლის და სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილების შეფასების მუდმივმოქმედი პროცესის დანერგვის აუცილებლობა. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების მოცემული ინდიკატორის სისტემატური და აქტიური გამოყენება ხელს შეუწყობს არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას, არამედ ამ სფეროში სამედიცინო მომსახურების ჰარმონიზაციას საერთაშორისო სტანდარტებთან, ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უფლებაზე და მისი გამოყენების თაობაზე ინფორმირებულობის დონის ამაღლებას, ქვეყანაში აქტიური სამოქალაქო საზოგადოებისა ჩამოყალიბებას, მაღალი ეთიკური ღირებულებებისა და დემოკრატიული პრინციპების დამკვიდრებას.

თავი 3. სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებაში მოსახლეობის დამოკიდებულების და მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილების კვლევა

3.1 კვლევის მიზანი, მასალები და მეთოდები

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებაში საქართველოს მოსახლეობის დამოკიდებულების შესწავლა და შეფასების გამოვლენა და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში ოჯახის ექიმისაგან მიღებული სამედიცინო მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილების დონის შეფასება; მიღებული შედეგების და საერთაშორისო კვლევების მონაცემების შედარებითი ანალიზი. კვლევა გაიყო ორ კომპონენტად. ორივე კომპონენტისთვის კითხვარები შერჩეული იქნა საერთაშორისო შედარების ჩატარების შესაძლებლობის ნიშნით.

კვლევის კომპონენტები



სქემა №22 კვლევის კომპონენტები

სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებაში საქართველოს მოსახლეობის დამოკიდებულების შესწავლისა და შეფასების გამოსავლენად

შემუშავდა კითხვარი, რომლის საფუძველად გამოყენებული იქნა ევროკომისიის კითხვარი „ევრობარომეტრი: პაციენტთა უსაფრთხოება და ჯანდაცვის ხარისხი“ (170), ხოლო პაციენტთა კმაყოფილების დონის შეფასება განხორციელდა სტანდარტიზებული საერთაშორისო კითხვარის „ევროპეპის“ გამოყენებით (210). კვლევის დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესს საერთაშორისო ინსტრუმენტების მეთოდოლოგიებთან ერთად საფუძველად დაედო ჯანმოს (WHO, 2000) რეკომენდაციებიც (173).

	I კომპონენტი	I კომპონენტი
მეთოდი	რაოდენობრივი	რაოდენობრივი
ტექნიკა	პირისპირ ინტერვიუ	პირისპირ ინტერვიუ
არეალი	თბილისი	დედაქალაქი, რეგიონალური ქალაქი, სოფელი
შერჩევის ზომა	500 ინტერვიუ	420 ინტერვიუ
სამიზნე ჯგუფი	მოსახლეობა	პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების პაციენტები
შერჩევის მეთოდი	შემთხვევითი	შემთხვევითი
მონაცემთა დამუშავების ინსტრუმენტი	SPSS-18	SPSS-18

სქემა №23 კვლევის მეთოდოლოგია

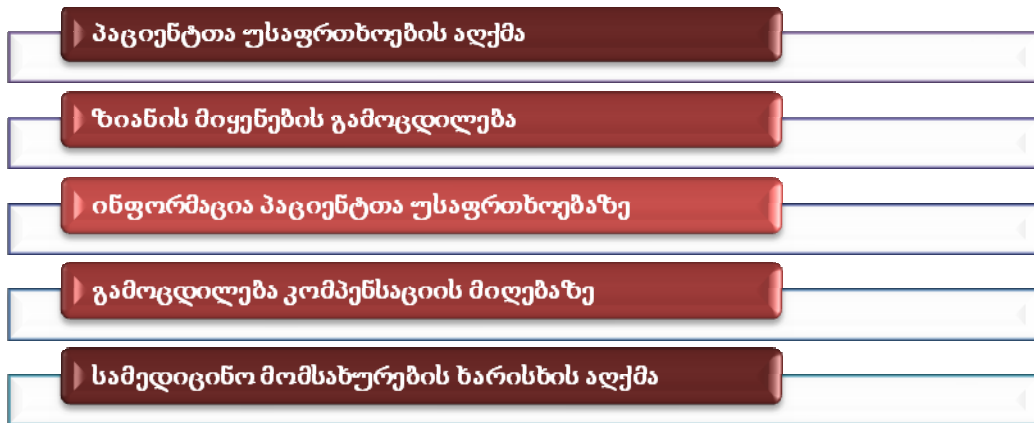
შედარებითი ანალიზისათვის დაიგეგმა 2009 წელს ორივე ზემოთ დასახელებული ინსტრუმენტის გამოყენებით ჩატარებული კვლევების შედეგების შესწავლა და გამოყენება.

კოდიფიცირებული კითხვარები შეტანილი იქნა და შემდეგ მონაცემთა დამუშავებისათვის გამოყენებული იქნა SPSS-ის XVIII ვერსია, ძირითადად აღწერითი სტატისტიკის ოპერაციები.

I კომპონენტი

სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებაში საქართველოს მოსახლეობის დამოკიდებულებისა და შეფასების გამოსავლენად და შემდეგ მიღებული შედეგების საერთაშორისო კვლევის მონაცემებთან შედარებისათვის შემუშავებული იქნა სპეციალური კითხვარი,

რომელიც დაეფუძნა ევროკომისიის კითხვარს და ამავე დროს კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე კითხვარში შეტანილი იქნა რამდენიმე დამატებითი შეკითხვა. ევრობარომეტრის საერთაშორისო კითხვარი მოიცავს ხუთ განზომილებას, რომლის შეკითხვები ეხება პაციენტთა უსაფრთხოებას და სამედიცინო მომსახურების ხარისხს როგორც საკუთარ ქვეყანაში, ისე ევროკავშირის სხვა ქვეყნებთან მიმართებაში.



სქემა №24 კითხვარის განზომილებები

ჩვენს კითხვარში ევრობარომეტრის საერთაშორისო კითხვარიდან შერჩეული იქნა ათი შეკითხვა. შეკითხვების ნაწილი საშუალებას გვაძლევს შევისწავლოთ მოსახლეობის დამოკიდებულება და ინფორმირებულობის დონე სამედიცინო მომსახურების უსაფრთხოების საკითხებთან მიმართებაში, ნაწილი კი საშუალებას გვაძლევს გამოვავლინოთ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება. კითხვარში შეტანილი იქნა დამატებითი შვიდი შეკითხვა, რაც საშუალებას გვაძლევს გამოვავლინოთ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე პაციენტთა უფლებების საკითხებთან დაკავშირებით და შევისწავლოთ დამოკიდებულება ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მოქალაქეთა მონაწილეობის შესახებ. კითხვარში შეტანილი იქნა ასევე შეკითხვები რესპოდენტთა დემოგრაფიული მონაცემების (ასაკი და სქესი) შესახებ.

შერჩევითი ერთობლიობის მოცულობის განსაზღვრა. 2009 წელს ჩატარებულ გამოკითხვაში ევროპის სხვადასხვა ქვეყანაში მონაწილეთა რაოდენობა მერყეობდა მოსახლეობის რაოდენობის პროპორციულად 500-1537

რესპონდენტის ფარგლებში. რადგან გამოკითხვის არეალად შერჩეული იქნა თბილისი, ამიტომ შერჩევითი ერთობლიობის მოცულობად განისაზღვრა 500 რესპონდენტი. აღნიშნული რაოდენობა აკმაყოფილებს რეპრეზენტატულობის მოთხოვნებს, რაც შეესაბამება ევრობარომეტრის მეთოდოლოგიას (ნაგულისხმებია დანაკარგებიც, დაახლოებით 20%-მდე). რესპონდენტთა შერჩევისათვის გამოყენებული იქნა შემთხვევითი შერჩევის მეთოდი. გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო თბილისის მოსახლეობამ. ყველა რესპონდენტს მიეწოდა ინფორმაცია გამოკითხვის მიზნების და გამოკითხვის შედეგების ანონიმურობის დაცვის შესახებ. გამოკითხვაში მონაწილეობის მიღებაზე უარი განაცხადა 59 რესპონდენტმა და გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო 441 რესპონდენტმა (პასუხების წილი 88,2%). უარის თქმის ძირითად მიზეზებს წარმოადგენდა დროის უკმარისობა.

საერთაშორისო შედარებისათვის გამოყენებული იქნა კვლევის შედეგები, რომელიც ჩატარებული იქნა 2009 წელს ევროპის რეგიონის 27 ქვეყანაში, მათ შორის ყოფილი აღმოსავლეთ ევროპის (ბულგარეთი, პოლონეთი, ჩეხეთის რესპუბლიკა, უნგრეთი, რუმინეთი, სლოვენია და სლოვაკია) და საბჭოთა კავშირის ქვეყნებშიც (ესტონეთი, ლიტვა, ლატვია).

II კომპონენტი

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში ოჯახის ექიმისაგან მიღებული სამედიცინო მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილების დონის შეფასება განხორციელდა სტანდარტიზებული საერთაშორისო კითხვარის „ევროპების“ გამოყენებით. აღსანიშნავია, რომ მოცემული კითხვარი სპეციალურად იქნა შემუშავებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში ოჯახის ექიმისაგან მიღებული სამედიცინო მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილების დონის შესაფასებლად. კითხვარი შემუშავდა ჯანდაცვის ხარისხის კვლევის ცენტრის მიერ ჩამოყალიბებული გუნდის მიერ, რომელშიც მკვლევარებთან ერთად ოჯახის ექიმებმაც მიიღეს მონაწილეობა. კვლევის მოცემულ ინსტრუმენტზე მუშაობა 1995-1998 წლებში განხორციელდა. ამის შემდეგ ინსტრუმენტი გამოყენებული იქნა კვლევების ჩასატარებლად ევროპის რეგიონის სხვადასხვა ქვეყანაში. 2002-2005 წლებში ის გამოყენებული იქნა

რამდენიმე საერთაშორისო პროექტშიც. ინსტრუმენტი გადასიჯული იქნა და განახლებული ვერსიის სახით კითხვარის გამოყენების სახელმძღვანელოსთან ერთად გამოქვეყნდა 2006 წელს. ჩვენს მიერ შესწავლილი იქნა ევროპების გამოყენებით სხვადასხვა ქვეყანაში, მათ შორის აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, ჩატარებული კვლევის შედეგები (210--230).

კვლევის ობიექტების შერჩევისათვის გამოყენებული იქნა შემთხვევითი შერჩევის მეთოდი ევროპების მეთოდოლოგიის შესაბამისად. სამედიცინო დაწესებულებები შერჩეული იქნა სტრატეფიცირების მეთოდის გამოყენებით მათი გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის გათვალისწინებით (დიდი ქალაქი, პატარა ქალაქი, სოფელი). კვლევაში ჩართული იქნა პაციენტები, რომლებმაც კვლევის ჩატარების პროცესში მიაკითხეს სამკურნალო დაწესებულებას. კვლევაში მონაწილეობის მიღების შეთავაზებას დებულობდა ყოველი მესამე პაციენტი. კვლევაში მონაწილეობა შეთავაზებული იქნა 420 პაციენტისათვის. ყველა პაციენტს მიეწოდა ინფორმაცია კვლევის მიზნების და გამოკითხვის ანონიმურობის და შედეგების კონფიდენციალობის (ოჯახის ექიმი არ გაეცნობოდა შევსებულ კითხვარს) შესახებ. პაციენტებს მიეწოდათ ასევე ინფორმაცია გამოკითხვაში მონაწილეობის მიღებაზე უარის თქმის შესაძლებლობის შესახებ. პაციენტებს მიეცათ შეთავაზება ექიმთან ვიზიტის შემდეგ მოსაცდელ ოთახში ეპასუხათ შეკითხვებზე. 38 პაციენტმა უარი განაცხადა კვლევაში მონაწილეობაზე და სულ 382 პაციენტმა მიიღო მონაწილეობა კვლევაში (პასუხების წილი 90,1%).

ევროპების საერთაშორისო ინსტრუმენტი მოიცავს ორ განზომილებას: კლინიკურ ქცევას, რომელსაც მოიცავს კითხვარის 17 შეკითხვა და ორგანიზაციულ საკითხებს, რომელსაც ეხება კითხვარის ექვსი შეკითხვა (ცხრილი №7).

ექვსი შეკითხვა ფოკუსირებულია ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობებსა და კომუნიკაციაზე, ხუთი შეკითხვა სამედიცინო მომსახურებაზე, ოთხი შეკითხვა ინფორმაციის მიწოდებაზე და მხარდაჭერაზე, ორი შეკითხვა მომსახურების ორგანიზაციულ საკითხებზე, კერძოდ უწყვეტობისა და

თანამშრომლობის შესაძლებლობაზე, ხოლო ბოლო ოთხი შეკითხვა – დაწესებულების ხელმისაწვდომობაზე.

ცხრილი №7 კითხვარის არქიტექტონიკა

შესწავლი სფერო		შეკითხვების რაოდენობა
1. კლინიკური ქცევა		სულ 17
<i>მათ შორის:</i>		
ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობები და კომუნიკაცია		6
სამედიცინო მომსახურება		5
ინფორმაციის მიწოდება და მხარდაჭერა		4
მომსახურების ორგანიზაციული საკითხები		2
2. დაწესებულების ორგანიზაციული ასპექტები		სულ 6
<i>მათ შორის:</i>		
უწყებობა და თანამშრომლობის შესაძლებლობა		2
დაწესებულების ხელმისაწვდომობა		4

კითხვარი მოიცავს დემოგრაფიულ მონაცემებს რესპოდენტთა ასაკისა და სქესის შესახებ. პასუხების რანჟირებისთვის გამოყენებული იქნა ლაიკერტის ხუთ ქულიანი სკალა (1-ძალიან ცუდი შეფასებიდან 5 - ძალიან კარგ შეფასებამდე).

შედარებითი ანალიზისათვის დაიგეგმა 2009 წელს ევროპის ინსტრუმენტის გამოყენებით ჩატარებული კვლევების შედეგების შესწავლა და გამოყენება (230). აღნიშნული კვლევა ჩატარებული იქნა ევროპის რეგიონის შემდეგ ქვეყნებში: ავსტრია, ბელგია, დანია, ფინეთი საფრანგეთი, გერმანია, ჰოლანდია, ნორვეგია, პორტუგალია, სლოვენია, ესპანეთი, შვეიცარია და ლიდი ბრიტანეთი. თუმცა საერთაშორისო შედარებისათვის საინტერესო იქნად მიჩნეული ევროპის წინა კვლევის შედეგების გამოყენებაც (213).

3.2 კვლევის შედეგები

I კომპონენტი

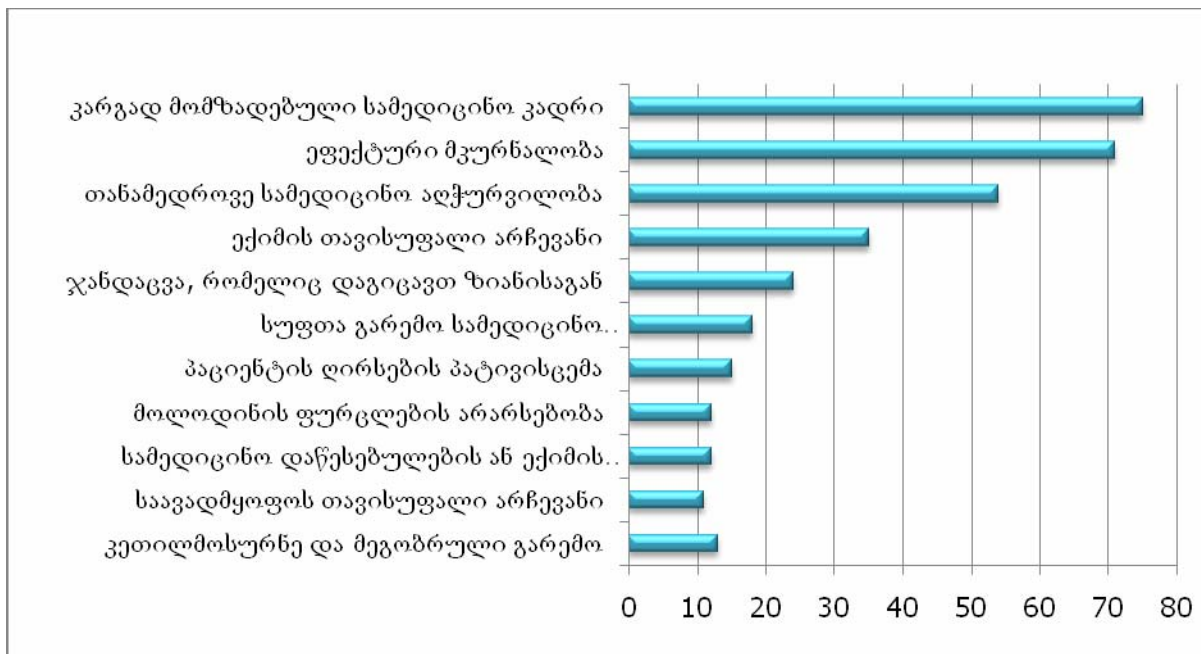
გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო სულ 441 რესპოდენტმა. კვლევაში ჩართული იქნა 15 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობა. რესპოდენტთა 64,8% შეადგინეს ქალებმა (n=286), ხოლო 35,2% მამაკაცებმა (n=155). რესპოდენტთა საშუალო ასაკმა შეადგინა 39,7 წელი. რესპოდენტთა დემოგრაფიული მახასიათებლები წარმოდგენილია ცხრილში (ცხრილი №8).

ცხრილი №8 რესპოდენტთა დემოგრაფიული მახასიათებლები

დამოუკიდებელი ცვლადები	n	%
სქესი		
ქალი	286	64,8
ამაკაცი	155	35,2
ასაკი		
15-24	152	31,6
25-39	190	50,3
40-54	70	18,1
>55	29	11,2

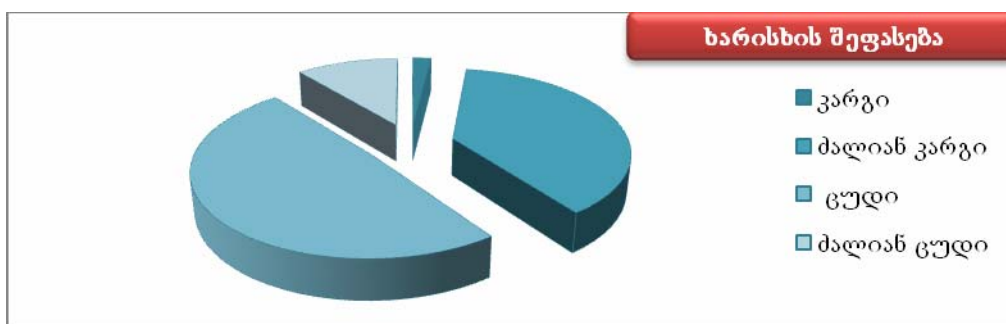
როგორც ჩატარებული კვლევის შედეგები გვიჩვენებს (სქემა №25), რესპოდენტთა უმეტესობას მიაჩნია, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ყველაზე მნიშვნელოვან კომპონენტებს წარმოადგენს კარგად მომზადებული სამედიცინო კადრი (75%), ეფექტური მკურნალობა (71%), თანამედროვე სამედიცინო აღჭურვილობა (54%) და ექიმის თავისუფალი არჩევანი (35%). რესპოდენტთა 24%-ს მიაჩნია რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხისათვის მნიშვნელოვანია ქვეყანაში არსებობდეს ჯანდაცვა, რომელიც პაციენტებს იცავს ზიანისაგან, ხოლო 18%-ს სუფთა გარემო სამედიცინო მომსახურების გამწვევ დაწესებულებაში. რესპოდენტები სამედიცინო მომსახურების ხარისხისათვის ნაკლებ მნიშვნელობას ანიჭებენ პაციენტის ღირსების პატივისცემას (15%), დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მოლოდინის ფურცლების არსებობას (12%), საავადმყოფოს ან ექიმის ტერიტორიულ სიახლოვეს (12%), კეთილგანწყობილ და

მეგობრულ გარემოს სამედიცინო დაწესებულებაში (11%), საავადმყოფოს თავისუფალ არჩევანს (11%).



სქემა №25 რესპონდენტთა აზრი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კომპონენტებზე

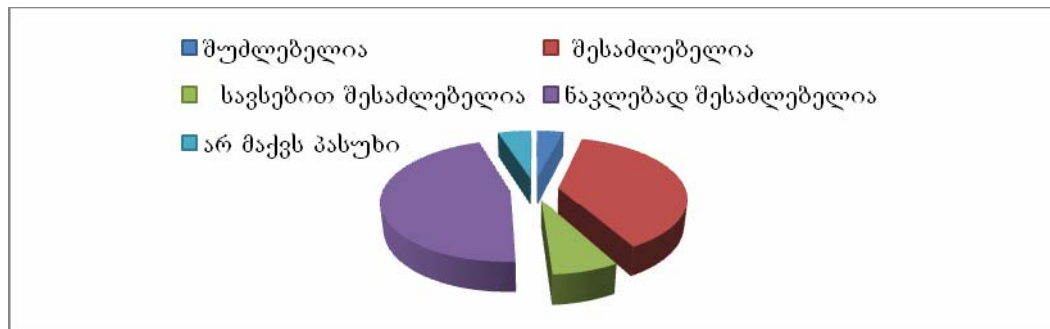
გამოკითხვის შედეგები გვიჩვენებენ, რომ ზოგადად სამედიცინო მომსახურების ხარისხი რესპონდენტთა 49% შეაფასა როგორც ცუდი (სქემა №26) და 38% როგორც კარგი, 11%, როგორც ძალიან ცუდი და 2% როგორც ძალიან კარგი.



სქემა №26 ჯანდაცვის ხარისხის შეფასება

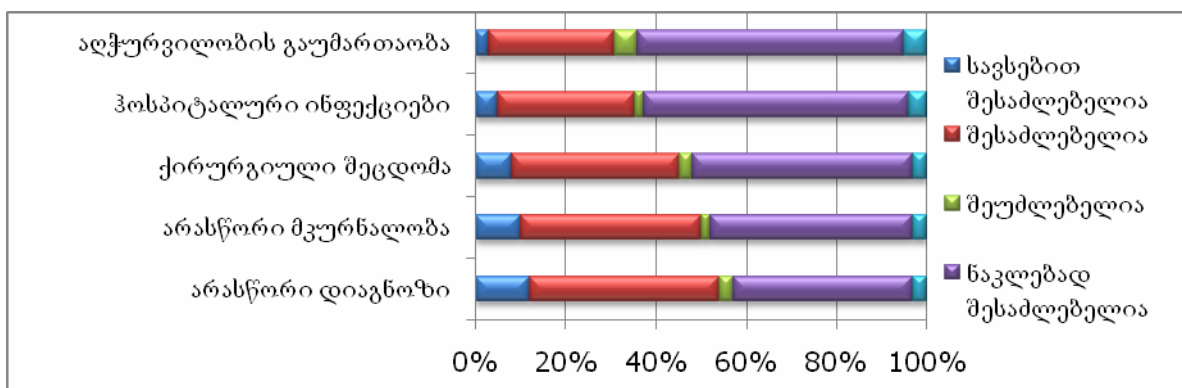
გამოკითხვის შედეგები გვიჩვენებენ, რომ რესპონდენტთა 38%-ს მიაჩნია, რომ როგორც ამბულატორულ, ისე პოსპიტალურ დონეზე სამედიცინო

მომსახურების მიღებისას შესაძლებელია ზიანის მიღება, ხოლო 7% თვლის რომ ეს სავსებით შესაძლებელია (სქემა №27).



სქემა №27 ზიანის მიღების რისკი

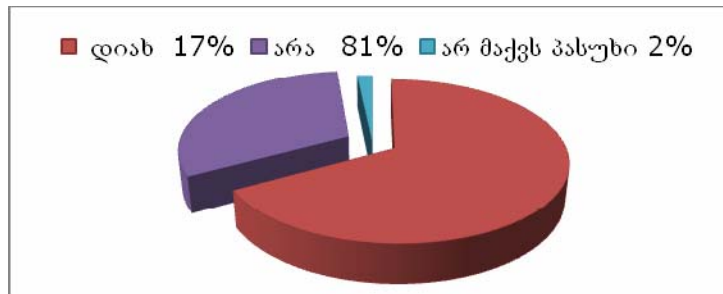
გამოკითხულ რესპონდენტთა მიერ ზიანის მიყენების შესაძლო მიზეზი (სქემა №28) შემდეგი სახით არის რანჟირებული: არასწორი დიაგნოზი (სავსებით შესაძლებელია 12%, შესაძლებელია 42%), არასწორი მკურნალობა (სავსებით შესაძლებელია 10%, შესაძლებელია 40%), ქირურგიული შეცდომა (სავსებით შესაძლებელია 8%, შესაძლებელია 37%), კოსპიტალური ინფექციები (სავსებით შესაძლებელია 5%, შესაძლებელია 30%), სამედიცინო აპარატურასთან და აღჭურვილობასთან დაკავშირებული გაუმართაობა (სავსებით შესაძლებელია 3%, შესაძლებელია 28%).



სქემა №28 ზიანის შესაძლო მიზეზები

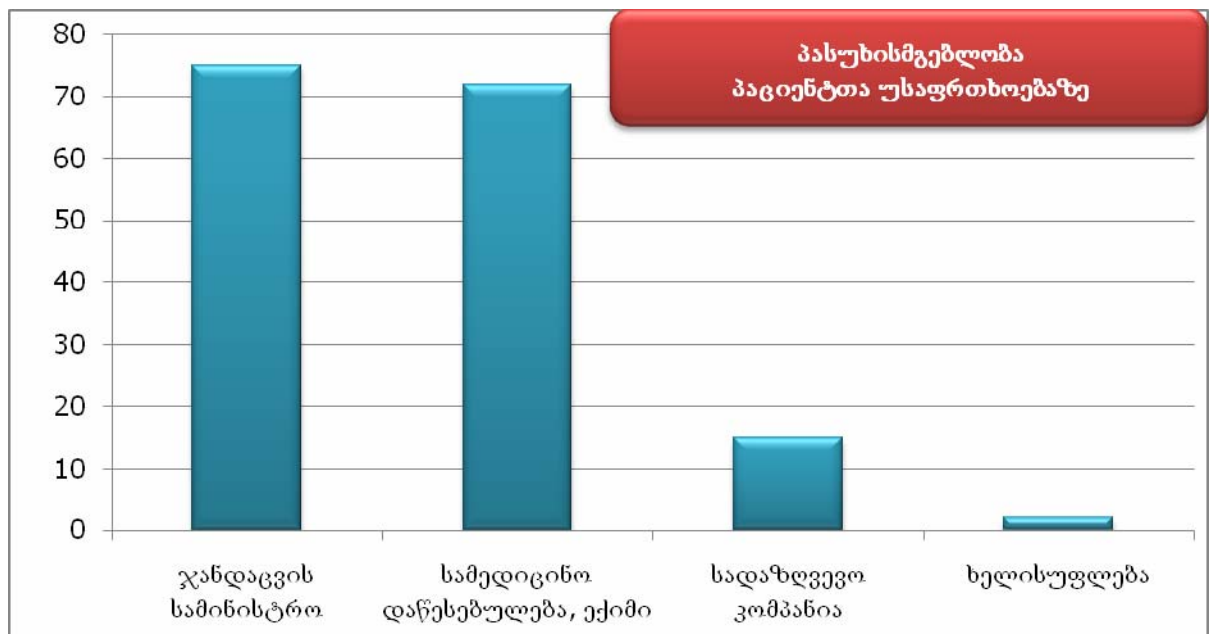
გამოკითხულ რესპონდენტთა 17%-მა აღნიშნა, რომ მას ან მისი ოჯახის წევრს მიაღდა ზიანი სამედიცინო მომსახურებისას (სქემა №29). დაზარალებული კონტიგენტიდან მხოლოდ 14%-მა გააკეთა შეტყობინება ზიანის მიყენების

შესახებ, რაც გამოიხატა კონკრეტული ინციდენტის შესახებ სამკურნალო დაწესებულების ადმინისტრაციისათვის (22%) ან/და უშუალოდ სამედიცინო პერსონალისთვის (48%) ინფორმაციის მიწოდებაში.



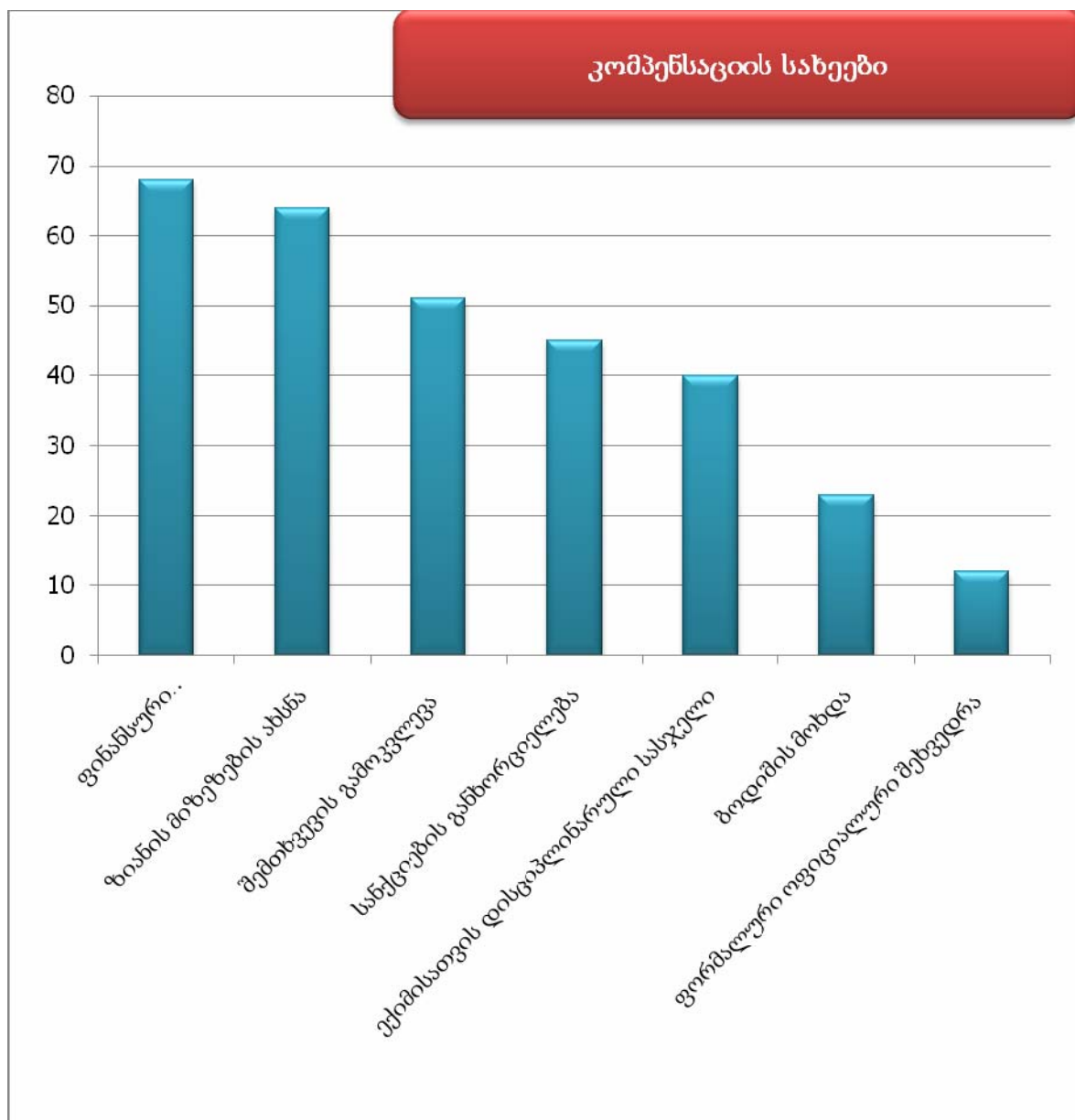
სქემა №29 ზიანის პირადი გამოცდილების არსებობა

რესპონდენტთა უმეტესობის აზრით აზრით საქართველოში პაციენტთა უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელ ორგანოს ჯანდაცვის სამინისტრო (75%) და სამედიცინო მომსახურების გამწვევი პირი ან დაწესებულება (პოსპიტალი/სამედიცინო ცენტრი/კლინიკა/ექიმი/ ფარმაცევტი) (72%) წარმოადგენს (სქემა №30).



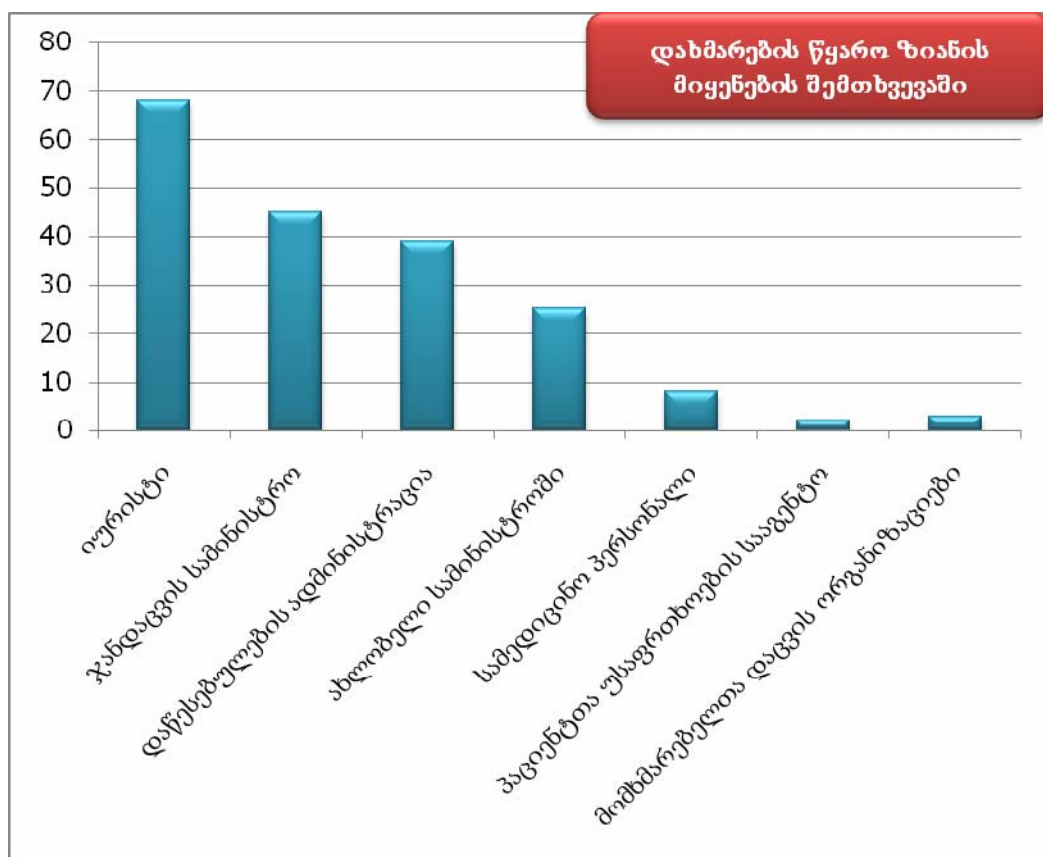
სქემა №30 პაციენტთა უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი ორგანოები

რაც შეეხება ზიანის მიყენების შემთხვევაში ანაზღაურების საშუალებებიდან ალტერნატივების შერჩევას, რესპონდენტთა 68% აღნიშნავს, რომ ზიანის მიყენების შემთხვევაში აირჩევა ფინანსურ კომპენსაციას, 64%-ს მიაჩნია, რომ მათთვის უფრო მეტად პრიორიტეტულია ზიანის მიზეზების შესახებ ინფორმაციის მოწოდება, ხოლო 51% თვლის, რომ მათთვის ყველაზე მეტად მნიშვნელოვანია შემთხვევის გამოკვლევა (სქემა №31).



სქემა №31 კომპენსაციის სახეების არჩევანი

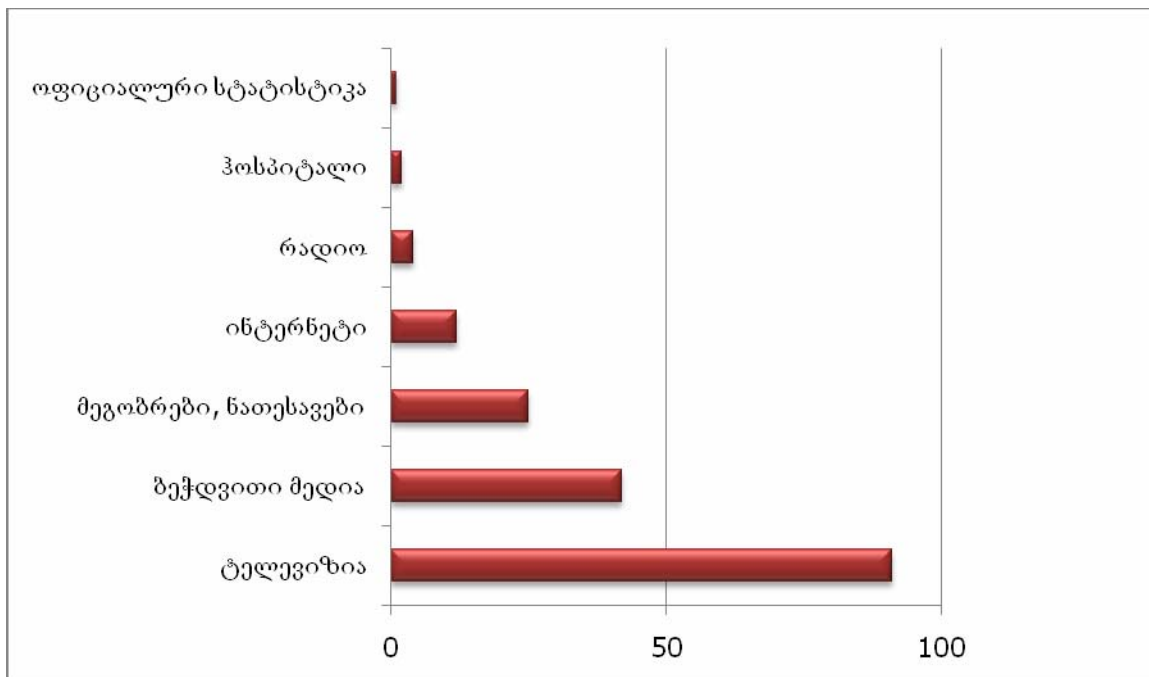
მკურნალობის პროცესში ზიანის მიყენების შემთხვევაში რესპონდენტებს მიაჩნიათ, რომ კომპენსაციის მიღებასთან დაკავშირებით მათ დახმარებისათვის შეიძლება მიმართონ იურისტს (68%), ჯანდაცვის სამინისტროს (45%), სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციას (39%), ნათესავს ან ნაცნობს, რომელიც მუშაობს ჯანდაცვის სამინისტროში (25%). რესპონდენტთა მხოლოდ 8% მიმართავენ უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების გამწვევ სამედიცინო პერსონალს, რესპონდენტთა 2% პაციენტთა უსაფრთხოების სააგენტოს, რესპონდენტთა 3% მომხმარებელთა დაცვის ორგანიზაციებს, და რესპონდენტთა 1% რეგიონალური ან ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებს (სქემა №32).



სქემა №32 მიმართვის ადრესატი ზიანის მიყენების შემთხვევაში

რესპონდენტების 91% აღნიშნავს, რომ ინფორმაციას მოსახლეობაში სამედიცინო დაწესებულებაში ან სამედიცინო პერსონალის მიერ ზიანის მიყენების შესახებ ღებულობენ ტელევიზიიდან, 42% ბეჭდვითი მედიისაგან, 21% მეგობრებისა და ოჯახის წევრებისაგან, 15% ინტერნეტით. პერსონალური გამოცდილება აღნიშნა-11%-მა. ინფორმაციას ზიანის მიყენების შემთხვევების

შესახებ რადიოთი დებულობს რესპონდენტთა 4%, ჰოსპიტლებიდან 2% და ოფიციალური სტატისტიკით-მხოლოდ 1% (სქემა №33).



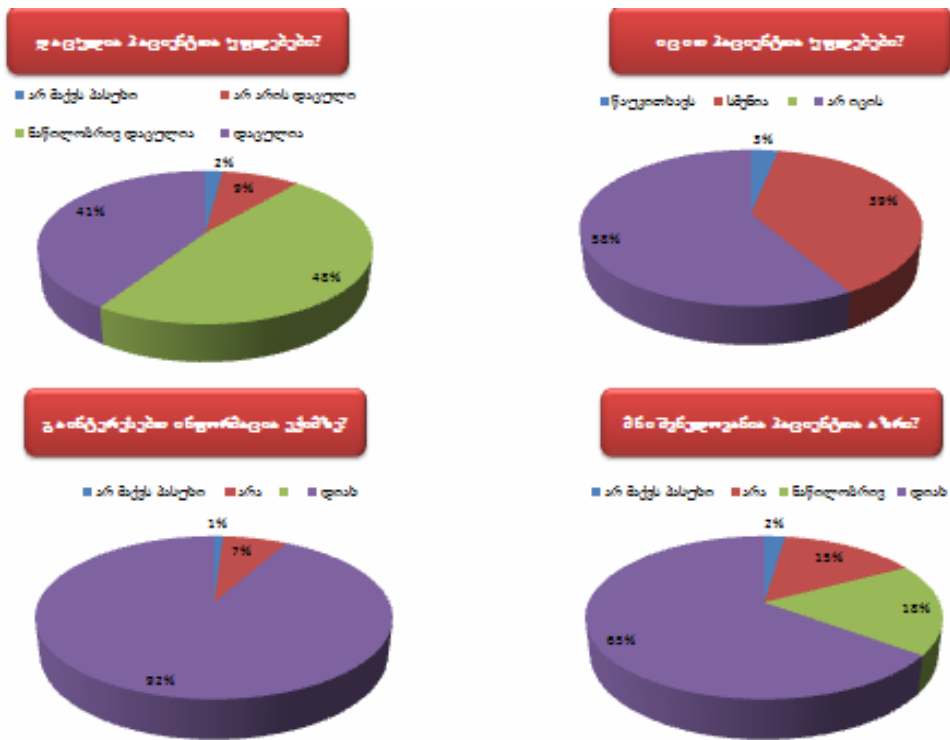
სქემა №33 ზიანის შესახებ ინფორმაციის მიღების ძირითადი წყაროები

რესპონდენტთა 41%-ს მიაჩნია, რომ სამედიცინო მომსახურებისას პაციენტთა უფლებები საქართველოში დაცულია, 48%-ს მიაჩნია, რომ მხოლოდ ნაწილობრივ არის დაცული, ხოლო 9%-ს მიაჩნია, რომ არ არის დაცული. თუმცა აღსანიშნავია, რომ დეტალურ ინფორმაციას პაციენტთა უფლებების შესახებ ფლობს რესპონდენტთა მხოლოდ 3%, უფლებების შესახებ სმენია - 38%-ს, ხოლო პაციენტთა უფლებების შესახებ ინფორმაცია არ აქვს რესპონდენტთა 59%-ს.

რესპონდენტებს მიაჩნიათ, რომ პაციენტთა უფლებების შესახებ ინფორმაციის ძირითადი წყარო შესაძლებელია იყოს ექიმი (58), მასმედია (14%), ინტერნეტი (5%), არასამთავრობო სექტორი (3%).

რესპონდენტთა 92% აღნიშნა, რომ სამედიცინო მომსახურების გამწვევ დაწესებულებაში მიმართვამდე ისურვებდა გაცნობოდა ინფორმაციას სამედიცინო მომსახურების გამწვევი პერსონალისა და/ან დაწესებულების შესახებ.

რესპონდენტთა 69% აღნიშნავს, რომ პაციენტის აზრი მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების კუთხით, 16%-სთვის ნაწილობრივ მნიშვნელოვანია, ხოლო 13% აღნიშნავს, რომ პაციენტის აზრი არ არის მნიშვნელოვანი (სქემა №34).



სქემა №34 პაციენტთა დამოკიდებულებები

თუმცა მზადყოფნა ჯანდაცვის პოლიტიკაში მონაწილეობა მიღებაზე გამოთქვა გამოკითხულთა მხოლოდ 27%-მა.

ჩვენთვის განსაკუთრებულ ინტერესს წარმოადგენდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ზოგადი შეფასება. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გამოვლენილი შეფასების ამსახველი მონაცემები დამუშავებული იქნა სხვადასხვა სტატისტიკური მეთოდით.

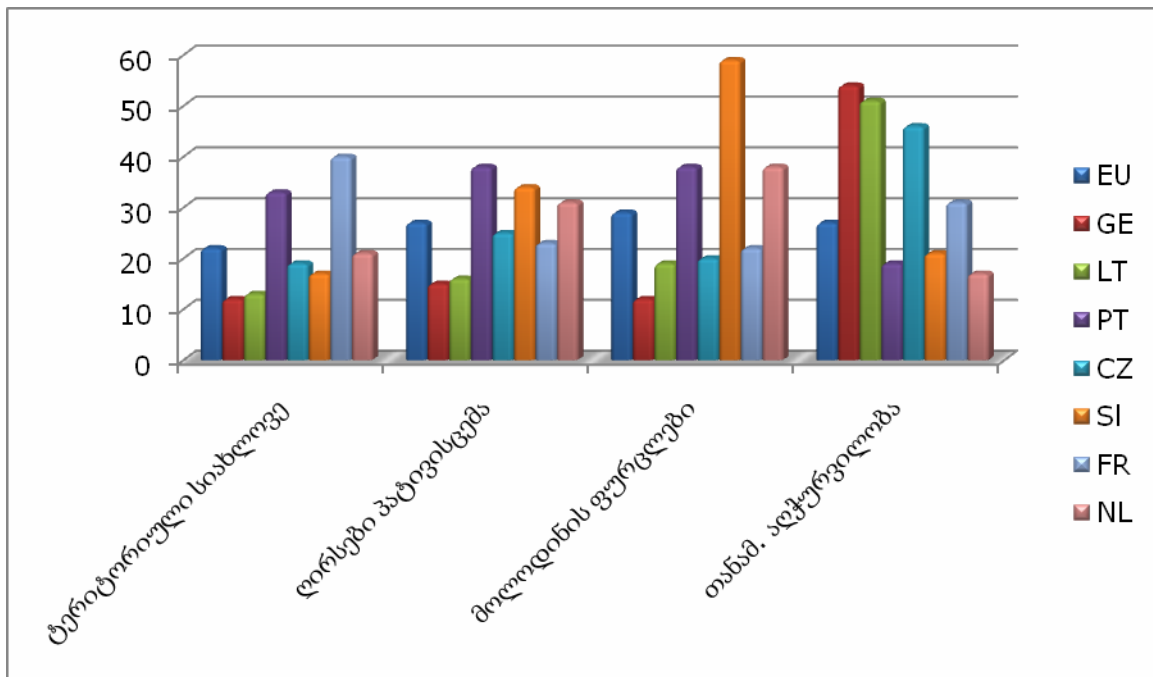
მულტივარიაციული ანალიზი გვიჩვენებს, რომ შეფასებაზე გარკვეულ გავლენას ახდენს არა მხოლოდ სქესი, არამედ ასაკიც.

სქესობრივი ჯგუფების მონაცემთა შორის სხვაობა აკმაყოფილებს სანდოობის მოთხოვნებს. მონაცემთა სანდოობა შემოწმებულია χ^2 კვადრატით და სპირმანის კოეფიციენტით. სათანადო მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილებში

№9–№10. კორელაცია სქესთან: χ^2 (df=4; N=441)=106,098 $p<0,000$; $r=0,365$; $p=0,000$. კორელაცია არსებობს, მონაცემები სანდოა. მონაცემები სქესობრივი ჯგუფების მიხედვით მოცემულია ცხრილში №11.

ასაკობრივი ჯგუფების მონაცემთა შორის სხვაობა აკმაყოფილებს სანდოობის მოთხოვნებს. მონაცემთა სანდოობა შემოწმებულია χ^2 კვადრატით და სპირმანის კოეფიციენტით. სათანადო მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილებში №12–№13. კორელაცია ასაკთან: χ^2 (df=12; N=441)=42,001 $p<0,000$; $r=0,136$; $p=0,004$. კორელაცია არსებობს, მონაცემები სანდოა. მონაცემები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით მოცემულია ცხრილში №14.

შედარებითი ანალიზი. საქართველოს მსგავსად ევროპის რეგიონის ქვეყნებში რესპონდენტთა უმეტესობას მიაჩნია, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ყველაზე მნიშვნელოვან კომპონენტებს კარგად მომზადებული სამედიცინო კადრი (52%) და ეფექტური მკურნალობა წარმოადგენს (39%). სხვადასხვა ქვეყნის რესპონდენტთა შეფასებებიდან საქართველოს მაჩვენებლები სხვადასხვა კრიტერიუმებში სხვადასხვა ქვეყნის მაჩვენებლებს უახლოვდება.

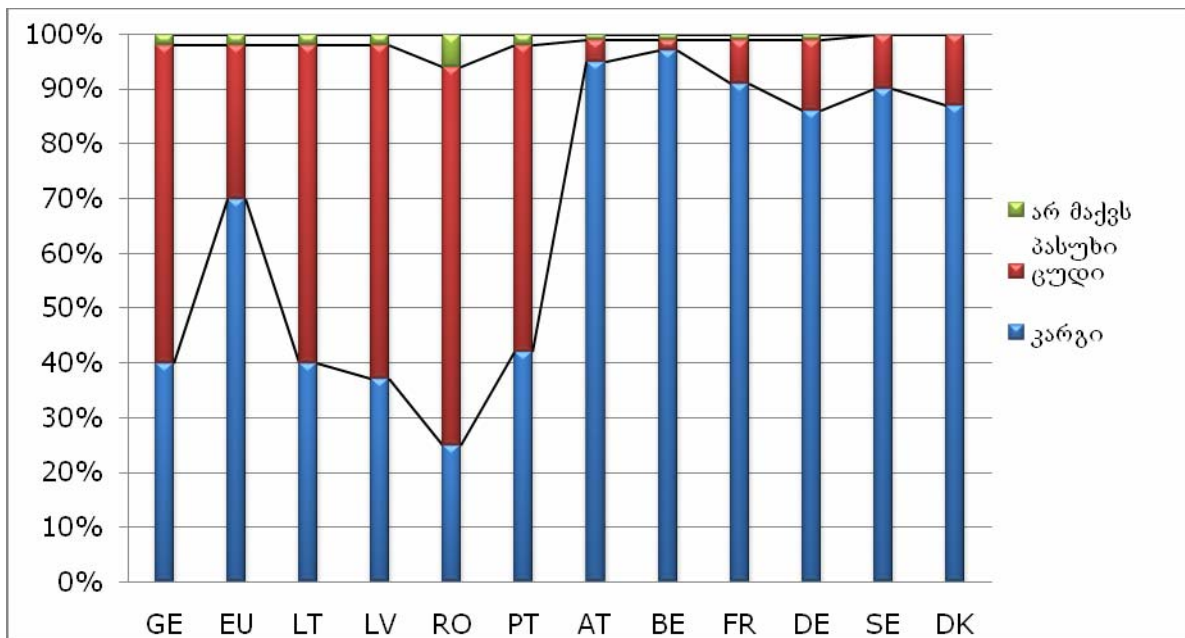


სქემა №35 რესპოდენტთა აზრი ჯანდაცვის ხარისხის კომპონენტებზე

მაგალითად, სამედიცინო მომსახურების პროცესში თანამედროვე სამედიცინო აღჭურვილობის როლის მნიშვნელობა და ტერიტორიული

სიახლოვის მნიშვნელობა აღნიშნა შესაბამისად რესპონდენტთა 54% და 12% საქართველოში, რესპონდენტთა 14%-მა ფინეთში, რესპონდენტთა 17%-მა პოლანდიაში და რესპონდენტთა 51% და 13% ლიტვაში, ხოლო რესპონდენტთა 55%-მა შვედეთში, რესპონდენტთა 40%-მა საფრანგეთში (სქემა №35). სამედიცინო მომსახურების გამწევ დაწესებულებაში სუფთა გარემოს მნიშვნელობა აღნიშნა რესპონდენტთა 18%-მა საქართველოში და 14% -მა პოლონეთში, ხოლო რესპონდენტთა 6%-მა შვედეთსა და ფინეთში (ცხრილი №15).

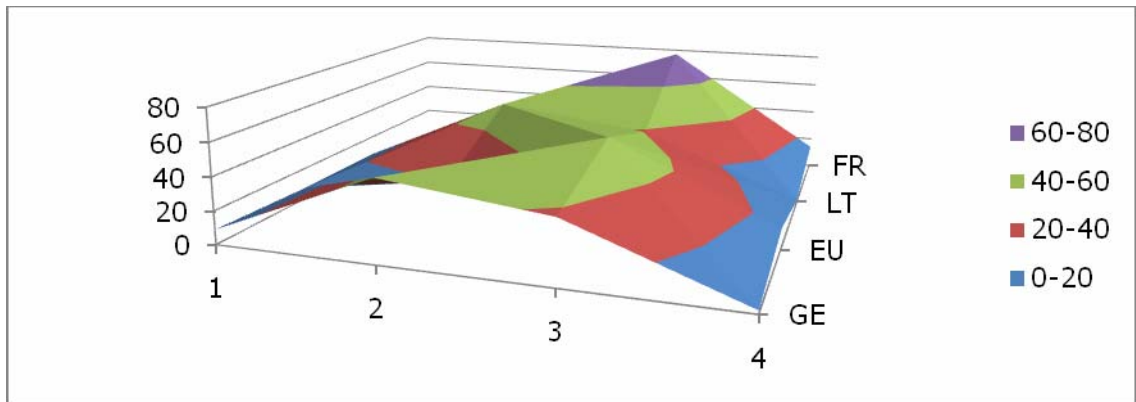
პაციენტის ღირსების პატივისცემაზე ყურადღება გაამახვილა რესპონდენტთა 15%-მა საქართველოში, რესპონდენტთა 16%-მა ლიტვაში, ხოლო რესპონდენტთა 34%-მა შვედეთში და 38%-მა პოლონეთში. მოლოდინის ფურცლების მნიშვნელობა აღნიშნა რესპონდენტთა 12%-მა საქართველოში, რესპონდენტთა 19%-მა ლიტვაში, ხოლო რესპონდენტთა 65%-მა ფინეთში, 59%-მა სლოვენიაში, 49%-მა დანიაში.



სქემა №36 ჯანდაცვის ხარისხის შეფასება

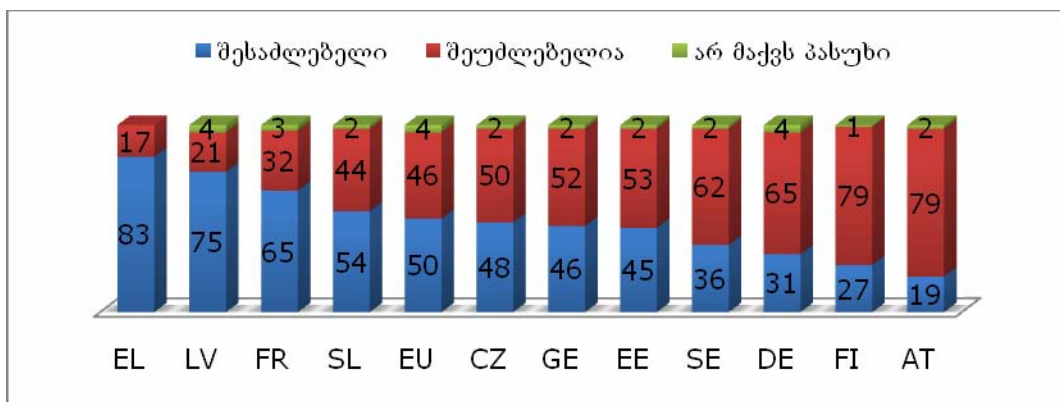
ევროპის რეგიონში ჩატარებული კვლევის შედეგებმა გამოავლინა, რომ ევროპაში საშუალოდ რესპონდენტთა 70% ჯანდაცვის ხარისხს კარგ შეფასებას აძლევს. (ცხრილი №16). ქვეყნების შეფასებებს შორის საკმაოდ ფართო დიაპაზონია: მაქსიმუმი ავსტრია-95% და მინიმუმი რუმინეთი 25% (სქემა №36).

საქართველოში ხარისხის შეფასება ამ ასპექტში ყველაზე მეტად ლიტვის მაჩვენებლებს უახლოვდება (სქემა №37).



სქემა №37 ჯანდაცვის ხარისხის შეფასება

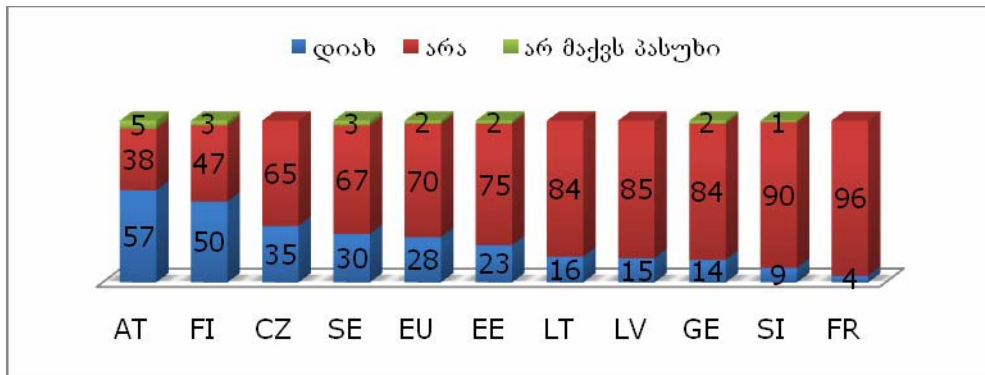
საერთაშორისო კვლევის შედეგების თანახმად ყველა ქვეყანაში რესპონდენტებს მიაჩნიათ, რომ როგორც ამბულატორულ, ისე პოსპიტალურ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიღებისას შესაძლებელია ზიანის მიღება (სქემა №38). საქართველოში ესტონეთის ანალოგიურად რესპონდენტთა 45%-ს მიაჩნია, რომ ზიანის მიღება შესაძლებელია. მოცემულ პუნქტშიც შეფასებების დიაპაზონი ქვეყნების მიხედვით მეტად ფართოა. საბერძნეთის და ლატვიის რესპონდენტებისათვის ზიანის რისკი მათ ქვეყანაში ბევრად მაღალია (შესაბამისად 83% და 75%), ვიდრე ფინეთის და ავსტრიის (შესაბამისად 19% და 27%) მოსახლეობის შეფასებებში.



სქემა №38 ზიანის მიღების რისკი

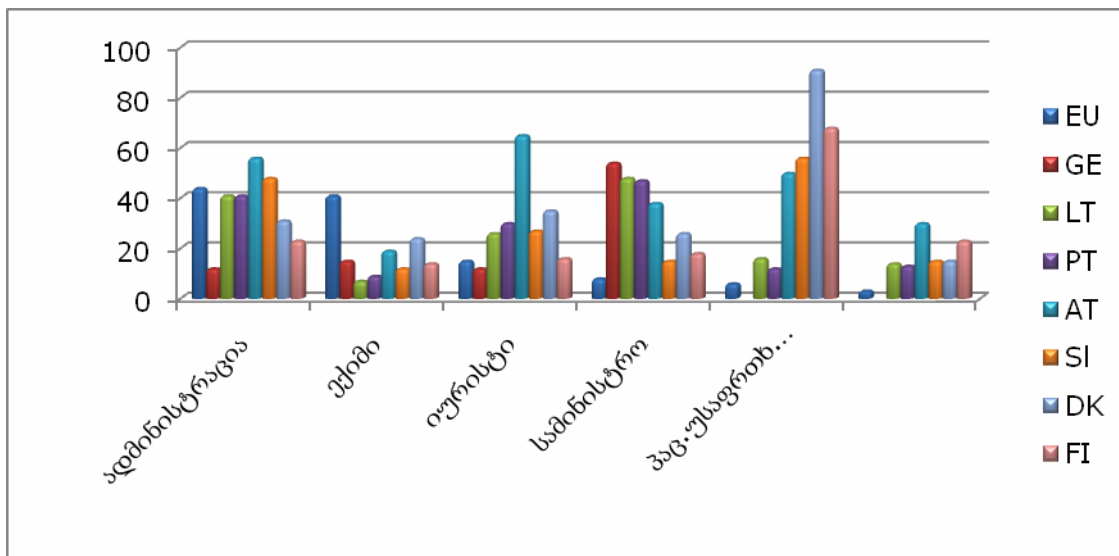
ევროპის ქვეყნებშიც დაზარალებული კონტიგენტიდან საშუალოდ მხოლოდ 28% გააკეთა შეტყობინება ზიანის მიყენების შესახებ (სქემა №39).

საქართველოში რესპონდენტთა გამოკითვის შედეგად მიღებული მაჩვენებელი (14%) უახლოვდება ლატვიის (15%), და ლიტვის (16%) მაჩვენებლებს და თითქმის სამჯერ აღემატება საფრანგეთის მაჩვენებელს (4%).



სქემა №39 ზიანის მიღების შეტყობინების მაჩვენებელი

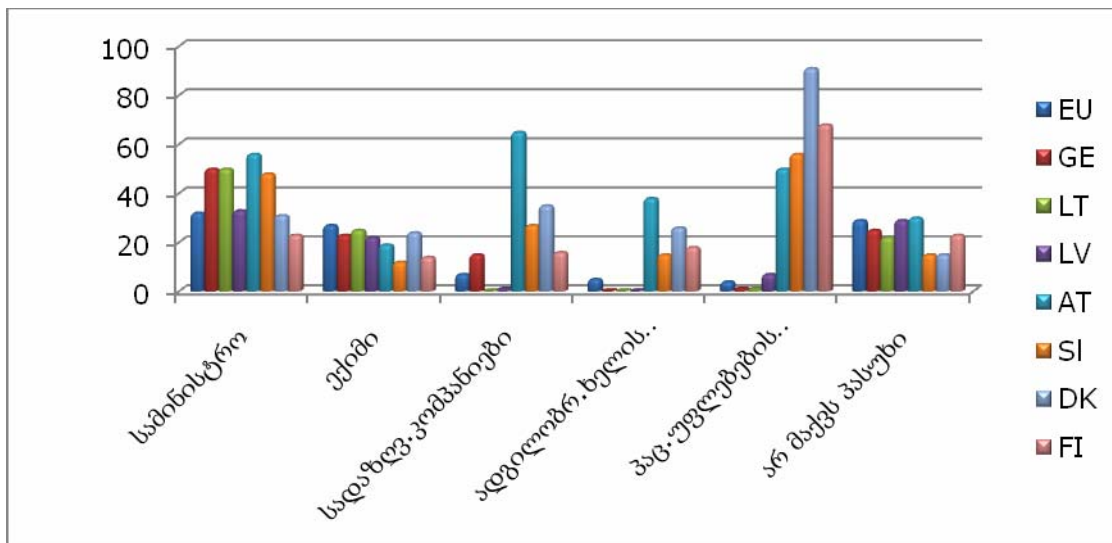
ევროპის რეგიონის ქვეყნებში საქართველოს მსგავსად ზიანის კონკრეტული ინციდენტის შესახებ ინფორმაცია რესპონდენტებმა (ან ოჯახის წევრებმა) მიაწოდეს უმთავრესად სამკურნალო დაწესებულების ადმინისტრაციას (საშუალოდ 44%) ან/და უშუალოდ სამედიცინო პერსონალს-41% (სქემა №40).



სქემა №40 ზიანის შეტყობინების გამოცდილება

საერთაშორისო კვლევის მონაცემების მიხედვით, რესპონდენტთა უმეტესობის აზრით აზრით, ისევე როგორც საქართველოში, პაციენტთა უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელ ორგანოდ ძირითადად ჯანდაცვის სამინისტრო

(33%) და სამედიცინო პერსონალი (27%) სახელდება (სქემა №41). გამოკითხულთა 29%-ს არ აქვს პასუხი (ცხრილი №17).

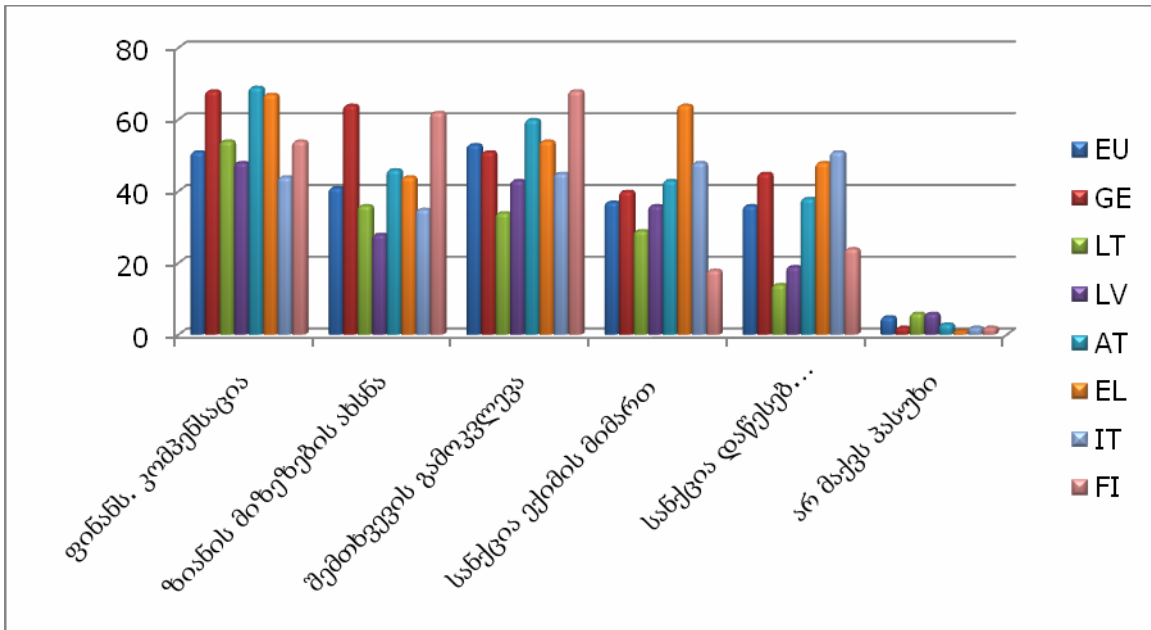


სქემა №41 პაციენტთა უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი ორგანოები

საერთაშორისო კვლევის შედეგები გვიჩვენებენ, რომ ზიანის მიყენების შემთხვევაში ანაზღაურების საშუალებებიდან რესპონდენტთა უმეტესობა ევროპაში (51%), საქართველოს მსგავსად, ირჩევს ფინანსურ კომპენსაციას. გამოკითხულთა 41%-ს მიაჩნია, რომ მათთვის უფრო მეტად პრიორიტეტული ზიანის მიზეზების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებაა, ხოლო 53% თვლის, რომ აუცილებელია შემთხვევის გამოკვლევა (სქემა №42).

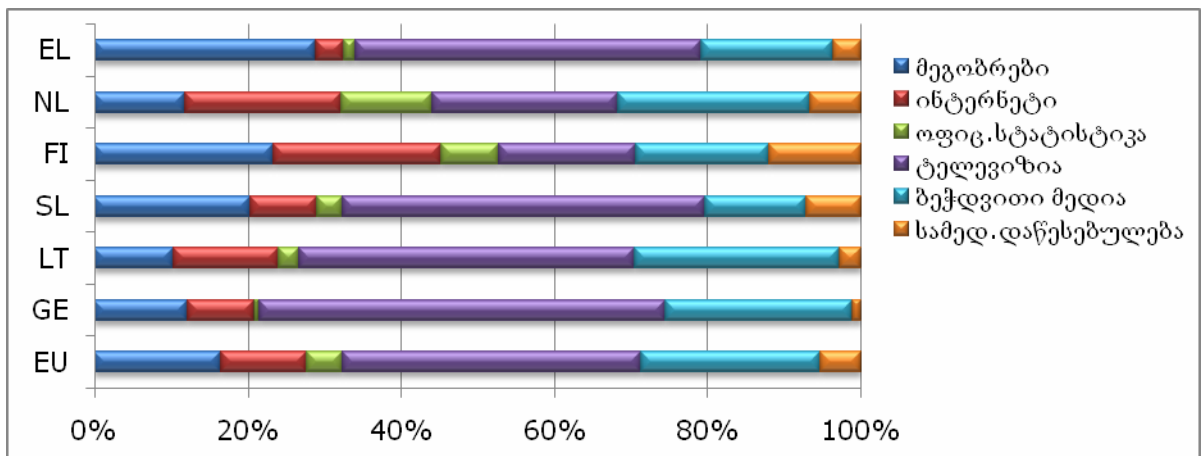
ზიანის ანაზღაურებისათვის უფლებამოსილ პირებად რესპონდენტებს საქართველოში ლატვიის და პოლონეთის მსგავსად იურისტი და ჯანდაცვის სამინისტრო მიაჩნიათ (ცხრილი №18).

საერთაშორისო კვლევის მონაცემების თანახმად, ევროპაში, ისევე როგორც საქართველოში, რესპონდენტების უმეტესობა (73%) აღნიშნავს, რომ ინფორმაციას ზიანის მიყენების შესახებ ძირითადად დებულობს ტელევიზიიდან, ბეჭდვითი მედიისაგან (44%) და ახლობლებისა და მეგობრებისაგან (31%).



სქემა №42 კომპენსაციის სახეების არჩევანი

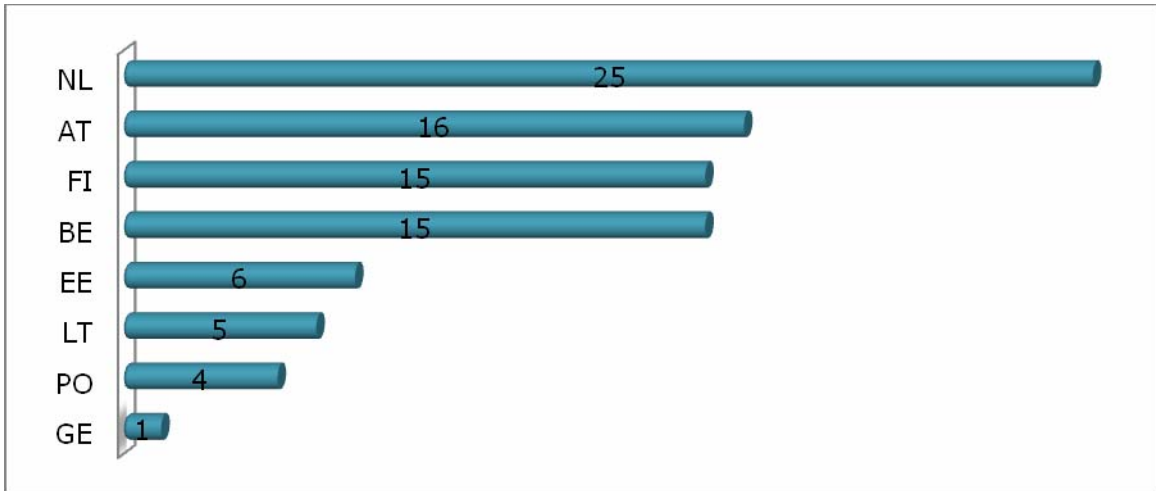
ოფიციალური სტატისტიკის და ჰოსპიტლებიდან მიღებული ინფორმაციის ხვედრითი წილის საშუალო მაჩვენებელი ყველაზე ნაკლებია, შესაბამისად უტოლდება 9%-ს და 10%-ს.



სქემა №42 ზიანის შესახებ ინფორმაციის მიღების ძირითადი წყაროები

ოფიციალური სტატისტიკის როლი ყველაზე კარგად იკვეთება ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა: პოლანდია (25%), ავსტრია (16%), ბელგია (15%), ფინეთი (15%). შედარებით დაბალია იგივე მაჩვენებლები აღმოსავლეთ ევროპის და

ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, თუმცა საქართველოში მოცემული მაჩვენებელი კიდევ უფრო დაბალია (სქემა №43).



სქემა №43 ოფიციალური სტატისტიკის ადგილი ზიანის მიყენების შემთხვევების აღრიცხვაში

ცხრილი №15 ჯანდაცვის ხარისხის შეფასების კრიტერიუმები, საქართველო, ევროპის რეგიონი

	GE	EU	AT	BE	DK	FI	FR	DE	NL	PT	SI	SE	ES	UK	EE	LV	LT	RO	CZ
საავადმყოფოს ან ექიმის ტერიტორიულ სიახლოვე	12	22	20	21	24	24	40	16	21	33	16	55	28	13	17	39	13	22	19
ექიმის თავისუფალი არჩევანი	35	22	22	33	12	15	24	29	20	16	22	14	23	12	27	26	28	26	26
პაციენტის ღირსების პატივისცემა	15	27	27	27	24	24	23	25	31	38	34	28	23	20	20	28	16	34	25
კარგად მომზადებული სამედიცინო კადრი	75	52	60	52	54	57	48	62	65	49	48	68	54	60	47	46	60	54	49
სუფთა გარემო სამედიცინო მომსახურების გამწვევ დაწესებულებაში	18	19	24	13	16	6	20	22	14	14	6	12	11	30	10	5	6	24	12
ეფექტური მკურნალობა	71	39	41	33	46	48	35	39	40	28	30	35	28	40	38	44	46	37	47
საავადმყოფოს თავისუფალი არჩევანი	11	14	14	26	19	7	20	15	14	12	12	7	10	14	11	13	16	15	14
ჯანდაცვა, რომელიც პაციენტებს იცავს ზიანისაგან	24	22	31	18	10	14	15	33	23	11	17	5	18	30	11	16	12	12	13
მოლოდინის ფურცლების არსებობა	12	29	15	19	49	65	22	13	38	38	59	39	47	28	35	7	19	12	20
კეთილგანწყობილი და მეგობრული გარემო	11	7	6	11	7	11	8	2	5	7	20	5	4	7	16	8	5	10	11
თანამედროვე სამედიცინო აღჭურვილობა	54	27	35	26	31	14	31	32	17	19	21	25	21	24	41	36	51	23	46

ცხრილი №16 ჯანდაცვის ხარისხის შეფასება, საქართველო, ევროპის რეგიონი

	GE	EU	AT	BE	DK	FI	FR	DE	NL
ბალიან კარგი	2	13	45	37	23	22	14	16	24
კარგი	38	57	50	60	64	72	77	70	67
ცუდი	49	21	4	2	11	6	7	11	8
ბალიან ცუდი	9	7	1	1	2	0	1	2	1
არ მაქვს პასუხი	2	2	0	0	0	0	1	1	0

	GE	PT	SI	SE	ES	UK	EE	LV	LT
ბალიან კარგი	2	3	5	34	12	24	5	2	1
კარგი	38	39	64	56	69	62	65	35	39
ცუდი	49	45	26	9	15	10	25	43	51
ბალიან ცუდი	9	11	4	1	2	3	3	19	7
არ მაქვს პასუხი	2	2	1	0	2	1	2	1	2

ცხრილი №17 რესპოდენტთა აზრით პაციენტთა უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი ორგანო,საქართველო, ევროპის რეგიონი

	GE	EU	AT	BE	DK	FI	FR	DE	NL	PT	SI	SE	ES	UK	EE	LV	LT	RO	CZ
ჯანდაცვის სამინისტრო	75	32	15	16	60	21	22	11	11	43	39	31	33	39	17	33	50	56	49
ჰოსპიტალი/სამედიცინო ცენტრი/კლინიკა/ექიმი/ფარმაცევტი	72	27	22	49	10	40	23	27	63	27	36	9	25	18	31	22	25	3	34
სადაზღვევო კომპანიები	15	7	10	17	0	1	4	19	5	0	11	0	4	1	7	1	0	7	5
ეროვნული მთავრობა	2	5	1	7	8	2	5	2	15	5	8	3	6	10	1	4	6	7	4
ადგილობრივი/ლოკალური ხელისუფლება	2	5	3	1	6	5	1	15	0	0	0	31	3	5	0	0	0	1	6
არასამთავრობო ორგანიზაციები	0	4	15	4	2	13	2	4	0	0	18	4	3	4	6	7	1	13	3
საკანონმდებლო სისტემა	0	4	37	20	0	4	2	5	0	1	1	2	2	1	1	3	1	2	1
სავაჭრო კავშირი	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0
ეროვნული პარლამენტი	2	0	1	0	3	2	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0
თვითონ პაციენტები	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	6	0	0	0	1	1	1	0	0
არ მაქვს პასუხი	25	29	33	20	19	28	45	34	14	30	13	36	27	32	38	29	22	29	16

ცხრილი №18 რესპოდენტთა აზრით ზიანის ანაზღაურებისთვის უფლებამოსილი პირები, საქართველო, ევროპის რეგიონი

	GE	EU	AT	BE	DK	FI	FR	DE	NL	PT	SI	SE	ES	UK	EE	LV	LT	RO	CZ
ჰოსპიტლის ადმინისტრაცია	39	37	56	46	31	23	42	28	31	41	44	48	51	38	29	41	39	51	53
ადგილობრივი/ლოკალური ხელისუფლება	1	1	27	14	18	16	7	15	13	11	4	28	15	20	6	6	8	8	12
პაციენტთა უსაფრთხოების ეროვნული სააგენტოსა და ზღვევო კომპანიები	1	29	50	34	91	68	27	30	31	12	36	56	23	23	43	16	34	20	23
იურისტი	68	48	65	53	35	16	49	75	60	30	47	27	31	41	21	26	50	23	50
ჯანდაცვის სამინისტრო	48	36	38	39	26	18	28	28	23	47	41	15	49	44	45	48	42	45	51
მომხმარებელთა დაცვის ორგანიზაციები	3	21	30	27	15	23	31	27	4	7	17	15	18	16	15	14	19	15	10
ახლოებული რომელიც მუშაობს ჯანდაცვის სამინისტროში	25	6	11	14	4	4	9	4	15	9	9	4	4	5	5	3	7	3	2
ექიმი/ ფარმაცევტი	8	12	19	27	24	14	19	10	15	9	23	12	6	19	16	7	12	6	9

II კომპონენტი

გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო სულ 382 პაციენტმა (პასუხების წილი 90,1%). კვლევაში ჩართული იქნა 18 წელზე მეტი ასაკის პაციენტები. რესპონდენტთა 59,9% შეადგინეს ქალებმა (n=229), ხოლო 40,1% მამაკაცებმა (n=229). რესპონდენტთა საშუალო ასაკმა შეადგინა 51,4 წელი (სტანდარტული გადახრა 14,78; მედიანა 57, ხოლო მოდა 58). ქალი რესპონდენტების საშუალო ასაკმა შეადგინა 49,5 წელი, სტანდარტული გადახრა 15,77. მამაკაცი რესპონდენტების საშუალო ასაკმა შეადგინა 54,3 წელი, სტანდარტული გადახრა 12,67.

რესპონდენტთა დემოგრაფიული მახასიათებლები წარმოდგენილია ცხრილში №19.

ცხრილი №19 რესპონდენტთა დემოგრაფიული მახასიათებლები

დამოუკიდებელი ცვლადები	n	%
სქესი		
ქალი	229	59,9
მამაკაცი	153	40,1
ასაკი		
18-39	121	31,6
40-65	192	50,3
>65	69	18,1
საცხოვრებელი ადგილი		
დედაქალაქი	117	30,6
ქალაქი	131	34,3
სოფელი	134	35,1

გამოკითხვის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ პაციენტები უმეტესწილად კმაყოფილები არიან მიღებული სამედიცინო მომსახურებით (ცხრილი №20).

რესპონდენტთა საშუალოდ 55,33% -მა მათ მიერ მიღებული სამედიცინო მომსახურება დაახასიათა როგორც კარგი.

ცხრილი №20 პაციენტთა კმაყოფილების დონე

№	შეკითხვები	1	2	3	4	5
	როგორ შეაფასებდით უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ექიმის ქცევას შემდეგ საკითხებთან მიმართებაში					
1	კონსულტაციის დროს გრძობთ რომ მას საკმარისი დრო აქვს თქვენთვის	0,79	1,31	8,11	44,76	45,03
2	ავლენს ინტერესს კონკრეტულად თქვენი შემთხვევის მიმართ	1,31	1,83	9,95	43,72	43,19
3	ქმნის გარემოს, სადაც თქვენ მას თავისუფლად შეგიძლიათ უამბოთ თქვენი პრობლემის შესახებ	1,05	2,36	4,97	29,84	61,78
4	ჩართული ხართ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში (სამედიცინო ჩარევების/ მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავების დროს)	2,09	12,57	35,34	16,23	33,77
5	გისმენთ	0,52	0,79	0,79	13,87	84,03
6	თქვენი პირადი მონაცემები და სამედიცინო ჩანაწერები კონფიდენციალურად ინახება	0,52	1,05	0,52	15,97	81,94
7	სწრაფად გიხსნით სიმპტომებს	1,31	2,88	14,92	30,11	50,78
8	გეხმარებათ, რომ თავი იგრძნოდ კარგად, რათა ჩართული იყოთ თქვენ ყოველდღიურ საქმიანობაში	1,05	0,79	8,11	36,91	53,14
9	ცდილობს ზედმიწევნით ჩაწვდეს თქვენ პრობლემებს	2,09	1,31	5,50	39,01	52,09
10	გიტარებთ ფიზიკურ გამოკვლევებს	1,57	2,35	7,33	17,02	71,73
11	გთავაზობთ სხვადასხვა პრევენციულ ღონისძიებებს (ვაქცინაცია, პროფილაქტიკური შემოწმებები და სხვა)	2,09	4,97	23,04	39,01	30,89
12	გიხსნით სამედიცინო გამოკვლევების, ჩარევების, მკურნალობის არსს და მიზანს	1,31	4,45	13,87	30,89	49,48
13	საკმარის ინფორმაციას გაწვდით თქვენი დაავადების და სიმპტომების შესახებ	1,05	2,09	2,88	19,11	74,87
14	გეხმარებათ ემოციების მართვაში, რომელიც დაკავშირებულია თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან	5,50	14,40	25,13	29,87	30,10
15	გიხსნით თუ რატომ არის მნიშვნელოვანი რომ შეასრულოთ მისი რჩევები	1,05	1,57	2,36	19,89	75,13
16	ახსოვს თუ რა გითხრათ წინა შეხვედრის/კონსულტაციის დროს	1,31	2,09	5,76	30,89	59,95
17	გაწვდით ინფორმაციას თუ რას უნდა ელოდეთ სხვა სპეციალისტების, ჰოსპიტალური ზრუნვის დროს ან/ და სერვისის სხვა მომწოდებლებისგან	2,88	6,02	13,35	36,13	41,62
18	სამედიცინო პერსონალის მზადყოფნა თქვენს მხარდაჭერაში (გარდა ექიმისა)	1,83	8,38	17,02	29,84	42,93
19	გინიშნავთ ექიმთან შეხვედრას/კონსულტაციას თქვენთვის მისაღებ დროს	2,09	9,95	14,92	30,11	42,93
20	გიწევთ სატელეფონო კონსულტაციას	2,36	3,67	12,04	19,63	62,30
21	გაძლევთ საშუალებას თქვენს ექიმს ესაუბროთტელეფონის საშუალებით	6,02	6,02	14,92	6,02	67,02
22	რამდენად მისაღებია დრო ექიმის მოსაცდელ ოთახში?	3,93	4,97	8,90	19,63	62,57

23	გადაუდებელი მდგომარეობის შემთხვევაში უზრუნველყოფენ სწრაფ დახმარებას	2,36	3,67	4,97	33,77	55,24
----	---	------	------	------	-------	-------

რესპოდენტთა საშუალოდ 58,29 %-მა მაღალი შეფასება მისცა ექიმ-პაციენტის ურთიერთობებს, 51,73%-მა მაღალი შეფასება მისცა სამედიცინო მომსახურების დონეს, 57,39%-მა - პაციენტთა ინფორმაციულ მხარდაჭერას, 50,78%-მა ორგანიზაციული ასპექტების დონეს, ხოლო 55,5%-მა ხელმისაწვდომობის დონეს. საშუალო მაჩვენებლები და დიაპაზონი წარმოდგენილია 21-ე ცხრილში.

ცხრილი №21 საშუალო მაჩვენებლები და დიაპაზონი

GE	ზოგადი საშუალო შეფასება	ექიმ-პაციენტის ურთიერთობების ასპექტი	სამედიცინო მომსახურების დონე	პაციენტთა ინფორმაციული მხარდაჭერა	ორგანიზაციული ასპექტები	ხელმისაწვდომობა
საშუალო მაჩვენებელი	55,33	58,29	51,73	57,40	50,79	55,50
დიაპაზონი	30,10-84,03	33,77-84,03	30,89-71,73	30,10-74,87	41,62-59,95	42,93-67,02

კლინიკური ქცევისა და ორგანიზაციული საკითხების მაჩვენებლების შედარებითი ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ორგანიზაციული საკითხები პაციენტების მიერ მცირე უპირატესობით უფრო დადებითად არის შეფასებული, კერძოდ, კლინიკური ქცევით კმაყოფილების დონის საშუალო მაჩვენებელია 55,27, ხოლო ორგანიზაციული საკითხებით კმაყოფილების დონე - 55,5.

უმაღლესი შეფასება მიღებული აქვთ შეკითხვებს: „გისმენთ ყურადღებით“ (84,03%), „ინახავს ჩანაწერებს და თქვენს მონაცემებს კონფიდენციალურად“ (81,94%), „გეხმარებათ გაიგოთ მისი რჩევების მნიშვნელობა“ (75,13%), „გისწინით თქვენი სიმპტომებისა და დაავადების შესახებ, რაც თქვენ გაინტერესებთ“ (74,87%), „გიტარებთ ფიზიკურ გასინჯვას“ (71,73%).

ორ პოზიტიურ შეფასებაში (კარგი და საუკეთესო) ყველაზე მაღალი შეფასება მიიღეს შემდეგმა შეკითხვებმა:

„ინახავს ჩანაწერებს და თქვენს მონაცემებს კონფიდენციალურად“ (97,91% საუკეთესო და კარგი, ხოლო 1,57% ცუდი და ძალიან ცუდი);

„გისმენთ ყურადღებით” (97,90% საუკეთესო და კარგი, ხოლო 2,1,% ცუდი და ძალიან ცუდი);

„გისხნით თქვენი სიმპტომებისა და დაავადების შესახებ, რაც თქვენ გაინტერესებთ”(95,02% საუკეთესო და კარგი, ხოლო 2,62% ცუდი და ძალიან ცუდი);

„გეხმარებათ, რომ მარტივად მოუყვეთ თქვენი პრობლემების შესახებ” (91,62% საუკეთესო და კარგი, ხოლო 3,41% ცუდი და ძალიან ცუდი).

კმაყოფილების ყველაზე მაღალი ინდექსით მაქსიმუმ 5 ქულიანი სკალით პაციენტთა ერთობლიობაში აღინიშნა შეკითხვა „გისმენთ ყურადღებით” (4,80), ხოლო ყველაზე დაბალი ინდექსით შეკითხვა „გეხმარებათ თქვენს ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ემოციური პრობლემების დაძლევაში” (3,60).

შეკითხვები ყველაზე დაბალი შეფასებებით	
ინახავს ჩანაწერებს და თქვენს მონაცემებს კონფიდენციალურად	97,91
გისმენთ ყურადღებით	97,90
გისხნით თქვენი სიმპტომებისა და დაავადების შესახებ, რაც თქვენ გაინტერესებთ	95,02
გეხმარებათ, რომ მარტივად მოუყვეთ თქვენი პრობლემების შესახებ	91,62
გრთავთ დაავადებასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღების	33,77
გთავაზობთ მომსახურებას დაავადებათა პრევენციისათვის	30,89
გეხმარებათ თქვენს ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ემოციური პრობლემის დაძლევაში	30,10

სქემა № 44 შეკითხვები ყველაზე დაბალი შეფასებებით

როგორც ჩატარებული კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, ყველაზე დაბალი შეფასებები მიიღეს შეკითხვებმა (სქემა №44): „გეხმარებათ თქვენს

ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ემოციური პრობლემების დაძლევაში” (30,10%); „გთავაზობთ მომსახურებას დაავადებათა პრევენციისათვის” (30,89); „გრთავთ მკურნალობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში” (33,77).

მულტივარიაციული ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ზემოთ ჩამოთვლილი შეკითხვების შეფასებაზე გარკვეულ გავლენას ახდენს სქესი და ასაკი, ხოლო საცხოვრებელ ადგილთან მიმართებით კორელაცია არ გამოვლინდა.

დაავადებასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღებაზე პაციენტთა შეფასებაში გამოვლენილია კავშირი ასაკსა და შეფასებას შორის. ასაკობრივი ჯგუფების მონაცემთა შორის სხვაობა აკმაყოფილებს სანდოობის მოთხოვნებს. მონაცემთა სანდოობა შემოწმებულია χ^2 კვადრატით და სპირმანის კოეფიციენტით. სათანადო მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილებში №22-№23. კორელაცია ასაკთან: χ^2 (df=8; N=382)=42,935 $p < 0,000$; $r = 0.316$; $p < 0,05$; (N=382). კორელაცია არსებობს, მონაცემები სანდოა. კორელაცია სქესთან: χ^2 (df=4; N=382)=19,582 $p < 0,01$; $r = 0.17$; $p = 0.734$. და საცხოვრებელ ადგილთან არ გამოვლინდა χ^2 (df=4; N=382)=8,818 $p < 0,06$; $r = - 0.123$; $p = 0.016$. სათანადო მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილებში №24–№27.

დაავადებათა პრევენციისათვის შეთავაზებული სამედიცინო მომსახურების შეფასებისას გამოვლენილია კავშირი ასაკსა, სქესსა და შეფასებას შორის. მონაცემთა შორის სხვაობა აკმაყოფილებს სანდოობის მოთხოვნებს. მონაცემთა სანდოობა შემოწმებულია χ^2 კვადრატით და სპირმანის კოეფიციენტით. კორელაცია ასაკთან: χ^2 (df=8; N=382)=42,067 $p < 0,010$; $r=0.184$; $p < 0.000$; (N=382). სათანადო მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილებში №28–№29. კორელაცია არსებობს, მონაცემები სანდოა. კორელაცია სქესთან: χ^2 (df=4; N=382)=19,582 $p < 0,001$; $r = 0.190$; $p < 0.000$). სათანადო მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილებში №30–№31. კორელაცია არსებობს, მონაცემები სანდოა. კორელაცია საცხოვრებელ ადგილთან არ გამოვლინდა χ^2 (df=4; N=382)=6,290 $p < 0,179$; $r = 0.080$; $p = 0.117$. სათანადო მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილებში №32–№33.

ემოციური პრობლემის დაძლევისასთან დაკავშირებულ შეფასებისას გამოვლენილია კავშირი ასაკსა, სქესსა და შეფასებას შორის. მონაცემთა შორის

სხვაობა აკმაყოფილებს სანდოობის მოთხოვნებს. მონაცემთა სანდოობა შემოწმებულია χ^2 კვადრატით და სპირმანის კოეფიციენტით. კორელაცია ასაკთან: χ^2 (df=8; N=382)=18,128 $p<0,020$; $r=0.172$; $p < 0.001$; (N=382). სათანადო მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილებში №34–№35. კორელაცია არსებობს, მონაცემები სანდოა. კორელაცია სქესთან: χ^2 (df=4; N=382)=27,134 $p<0,000$; $r = 0.143$; $p = 0.005$. სათანადო მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილებში №36–№37. კორელაცია არსებობს, მონაცემები სანდოა. კორელაცია საცხოვრებელ ადგილთან არ გამოვლინდა χ^2 (df=4; N=382)=3,895 $p<0,420$; $r = 0.059$; $p = 0.253$. სათანადო მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილებში №38–№39.

შედარებითი ანალიზი. 2009 წელს ევროპის მეთოდოლოგიის გამოყენებით კვლევა ჩატარებული იქნა რვა ქვეყანაში: ავსტრიაში, ბელგიაში, საფრანგეთში, გერმანიაში, ჰოლანდიაში, სლოვენიაში, შვეიცარიაში და დიდ ბრიტანეთში, რაც მიზნად ისახავდა ათი წლის განმავლობაში პაციენტთა კმაყოფილების დონის ცვლილებების ასახვას. თუმცა წინა კვლევამ ზემოთ დასახელებული ქვეყნების გარდა გაცილებით მეტი ქვეყანა მოიცავდა, მათ შორის დანია, ფინეთი, ისლანდია, ისრაელი, ნორვეგია, პორტუგალია და ესპანეთი.

ცხრილი №40 პაციენტთა კმაყოფილების პოზიტიური შეფასებები.

	GE	AT	BE	FR	DE	NL	SI	SW	UK
1.	97.9	94.1	95.4	96.6	91.2	91.9	96.6	97.0	95.1
2.	89.0	94.8	96.1	89.9	93.4	87.5	89.6	98.0	84.0
3.	97.9	90.5	94.6	90.6	88.0	89.4	94.0	95.3	90.1
4.	72.8	92.5	90.2	88.1	92.5	85.6	91.9	94.6	83.8
5.	91.1	88.9	94.9	88.8	84.8	86.9	92.0	94.4	87.5
6.	80.4	88.6	93.8	91.3	86.3	87.3	89.7	93.6	86.1
7.	89.8	87.4	95.0	88.1	86.3	87.8	88.1	95.1	89.0
8.	91.6	89.4	92.9	90.5	87.3	85.1	85.1	93.9	89.4
9.	93.9	88.6	93.0	89.7	84.7	88.3	88.9	96.2	83.3
10.	88.7	88.4	93.6	89.0	82.4	86.8	91.3	94.4	85.4
11.	73.0	91.7	91.4	88.4	90.4	83.8	89.9	97.4	76.0
12.	90.0	88.1	93.5	89.4	83.4	84.6	90.2	93.6	84.9
13.	86.9	90.7	93.9	89.9	87.6	82.5	77.1	95.2	86.1
14.	95.0	87.8	93.1	86.5	83.7	83.1	90.0	92.2	82.1
15.	50.0	87.7	93.7	86.2	83.0	84.5	83.9	92.7	83.3
16.	69.9	88.5	86.8	90.3	83.2	87.6	86.7	90.3	79.9
17.	80.9	83.6	92.3	88.1	75.3	84.2	92.8	89.0	87.0
18.	73.0	92.7	95.6	90.6	95.0	73.0	83.3	94.9	65.4
19.	90.8	85.9	91.1	91.2	78.3	82.0	88.9	90.5	79.4

20.	77.7	80.7	87.8	87.5	79.8	78.9	86.2	89.6	76.7
21.	59.9	85.3	89.5	86.0	79.9	78.1	83.0	91.1	72.6
22.	81.9	81.8	94.3	86.4	83.8	71.2	87.6	87.5	68.6
23.	82.2	63.9	73.3	70.3	66.7	71.6	75.4	82.9	72.9

ყურადღებას იპყრობს განსხვავებები დემოგრაფიულ მონაცემებს შორის. საქართველოში რესპონდენტთა დაახლოებით 60% შეადგინეს ქალებმა, მაშინ როდესაც რვიდან შვიდ ქვეყანაში (გერმანიის გარდა) რესპონდენტთა უმეტესობა მამაკაცებია. საქართველოში რესპონდენტთა საშუალო ასაკმა შეადგინა 51,4 წელი, ხოლო რვავე ქვეყანაში რესპონდენტთა საშუალო ასაკმა შეადგინა 65 წელი. საქართველოში პასუხების წილმა შეადგინა 90,1%, ევროპეებით ჩატარებულ საერთაშორისო კვლევაში პასუხების მაქსიმალური წილი აღინიშნა დიდ ბრიტანეთში – 81,0%, მინიმალური გერმანიაში – 52,2%.

ცხრილი №41 შეფასებები ლაიკერტის სკალის IV პუნქტის მიხედვით

	GE	AT	BG	DK	FI	FR	DE	NL	NO	PT	SL	ES	SW	ST	UK
1	44.76	28	25	40	52	28	30	33	33	47	41	47	33	28	33
2	43.72	30	30	40	43	35	30	32	34	37	34	37	29	31	31
3	29.84	31	23	39	46	34	30	33	32	35	35	35	31	32	29
4	16.23	36	30	39	50	36	30	33	33	32	34	43	34	33	31
5	13.87	27	23	39	50	37	27	33	29	32	26	10	29	25	29
6	15.97	19	14	21	48	33	21	26	23	31	21	8	28	21	24
7	30.11	39	41	41	50	38	38	40	37	46	30	27	33	42	36
8	36.91	38	34	42	49	36	35	41	37	44	33	15	35	37	36
9	39.01	26	32	37	45	35	27	38	32	35	32	9	32	30	32
10	17.02	31	30	37	51	39	30	39	36	36	34	13	31	34	32
11	39.01	31	23	31	38	30	38	27	28	32	26	10	24	35	25
12	30.89	28	28	40	49	38	31	36	31	38	32	13	32	29	33
13	19.11	32	30	41	48	35	30	35	33	38	30	13	30	29	33
14	29.87	33	33	34	44	32	30	29	30	40	33	19	27	34	27
15	19.89	33	31	46	52	37	31	37	36	38	33	14	32	36	32
16	30.89	33	30	44	46	36	31	37	36	46	33	15	30	34	333
17	36.13	32	32	38	45	33	32	34	33	38	35	13	31	32	32

18	29.84	38	28	39	58	33	27	34	28	32	31	16	29	24	32
19	30.11	28	27	34	52	36	27	29	25	34	25	14	28	20	29
20	19.63	27	28	28	43	36	21	32	25	29	21	6	28	21	28
21	6.02	33	24	32	45	35	30	35	28	34	21	7	25	28	27
22	19.63	41	32	37	41	22	39	36	33	29	34	19	32	33	33
23	33.77	31	22	31	50	32	25	33	26	38	27	13	31	19	29

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის ანალოგიურად, საერთაშორისო კვლევის შედეგები ადასტურებენ, რომ პაციენტები პოზიტიურად აფასებენ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში ოჯახის ექიმისაგან მიღებულ სამედიცინო მომსახურებას. ცხრილში №40 წარმოდგენილია მხოლოდ პოზიტიური შეფასებები.

ცხრილი №42 შეფასებები ლაიკერტის სკალის V პუნქტის მიხედვით

	GE	AT	BG	DK	FI	FR	DE	NL	NO	PT	SL	ES	SW	ST	UK
1	45,03	34	65	35	21	34	61	54	45	40	51	40	52	68	47
2	43,19	62	60	39	17	32	61	50	50	54	46	54	48	64	46
3	61,78	60	69	36	16	37	59	49	48	59	52	59	44	62	52
4	33,77	54	58	34	18	26	57	58	46	44	55	46	45	58	44
5	84,03	65	70	40	31	37	65	56	56	62	69	81	56	72	55
6	81,94	77	83	76	45	48	73	69	68	64	77	87	61	75	67
7	50,78	52	43	33	22	19	45	35	44	28	64	52	46	44	31
8	53,14	55	54	32	18	24	53	38	46	36	61	70	42	54	33
9	52,09	65	57	42	24	25	64	44	50	57	60	80	51	60	46
10	71,73	60	59	42	26	27	61	44	44	51	57	76	49	59	43
11	30,89	54	59	37	18	31	18	49	39	49	58	77	51	49	49
12	49,48	62	62	38	24	31	58	48	48	48	57	76	48	63	46
13	74,87	57	61	34	27	34	60	48	45	47	62	75	51	64	46
14	30,10	58	54	33	16	28	54	46	39	46	54	67	43	56	44
15	75,13	55	59	33	17	27	55	43	42	47	58	77	48	53	44
16	59,95	57	57	29	20	28	54	40	38	39	57	75	48	55	39
17	41,62	58	51	30	18	24	53	41	38	32	54	75	42	57	40

18	42,93	48	51	40	30	32	64	50	55	20	58	67	58	68	37
19	42,93	64	57	37	26	31	67	49	52	22	60	67	55	77	33
20	62,30	67	59	25	16	38	74	40	31	30	71	69	39	75	39
21	67,02	51	62	27	14	32	57	37	26	33	72	64	40	63	24
22	62,57	23	22	22	9	14	31	25	25	11	26	44	33	46	17
23	55,24	63	65	50	24	37	70	52	57	28	62	74	53	77	42

საშუალო მაჩვენებლების შედარება გვიჩვენებს, რომ საქართველოში კმაყოფილების დონის საშუალო მაჩვენებლები ბევრად ნაკლებია ევროპის რეგიონის ქვეყნების მაჩვენებლებთან შედარებით, დიაპაზონის ქვედა ზღვარიც საგრძნობლად დაბალია. საქართველოსთვის საშუალო მაჩვენებელი 55,33, ხოლო შვეიცარიისთვის 93,0, ბელგიისთვის 92,0, სლოვენისთვის 87,9. საქართველოსთვის დიაპაზონის ქვედა ზღვარია 30,10, შვეიცარიისთვის 82,9, ბელგიისთვის 73,3, სლოვენისთვის 75,4.

ცხრილი №43 პოზიტიური/ნეგატიური შეფასებები ლაიკერტის სკალის მიხედვით

	GE	AT	BG	DK	FI	FR	DE	NL	NO	PT	SL	ES	SW	ST	UK
1	89,76/2,10	62/7	90/1	75/7	73/4	62/7	91/2	87/3	78/6	87/3	92/1	87/3	85/3	96/1	80/4
2	86,91/3,14	92/1	90/2	79/5	60/8	67/6	91/2	82/5	84/4	91/2	80/8	91/2	77/6	95/1	77/7
3	91,62/3,41	91/2	92/1	75/6	62/8	71/7	89/2	82/5	80/6	94/2	87/4	94/2	75/6	94/1	81/5
4	50,0/14,66	90/2	88/2	73/6	68/8	62/5	87/2	81/4	79/6	76/6	89/3	89/1	79/6	91/1	75/7
5	97,90/1,31	92/3	93/1	79/6	81/3	74/4	92/1	89/3	85/4	94/1	97/1	91/4	85/4	97/0	84/4
6	97,91/1,57	96/1	97/1	97/0	93/1	81/2	94/1	91/1	91/3	95/1	98/0	96/1	89/2	96/1	91/2
7	80,89/4,19	91/1	84/3	74/8	72/5	57/8	83/3	75/6	81/5	74/4	94/1	89/6	79/6	86/2	67/8
8	90,05/1,84	93/1	88/3	74/7	67/6	60/5	88/2	79/5	83/3	80/3	94/1	85/7	77/6	91/1	69/7
9	91,10/3,40	93/2	89/1	79/6	69/6	60/9	91/2	82/4	82/4	92/2	92/2	89/5	83/4	90/1	78/7
10	88,75/3,92	91/3	89/3	79/6	77/4	66/8	91/3	83/5	80/6	87/2	91/1	89/6	80/5	93/1	75/8
11	69,90/7,06	85/6	82/6	68/15	56/17	61/13	56/17	76/9	67/14	79/6	84/6	87/6	75/10	84/5	74/10
12	80,37/5,76	90/2	90/2	78/5	73/7	69/9	89/2	84/4	79/6	86/3	65/3	89/5	80/5	92/2	79/5
13	93,98/3,14	89/3	91/2	75/6	75/5	69/6	90/2	83/4	78/7	85/3	92/2	88/7	81/5	93/2	79/6
14	59,97/19,90	91/2	87/4	67/10	60/10	60/12	84/4	75/9	69/11	86/4	87/5	86/8	70/10	90/2	71/10
15	95,02/2,62	88/4	90/3	79/4	69/5	64/5	86/4	80/5	78/5	85/3	91/2	91/6	80/4	89/2	76/5

16	90,84/3,40	90/3	87/3	73/9	66/10	64/17	85/4	77/5	74/8	85/2	90/2	90/5	78/6	89/2	72/7
17	77,75/8,90	90/3	83/5	68/11	63/12	57/11	85/4	75/9	71/11	70/9	89/3	88/6	73/9	89/2	72/8
18	72,77/10,21	86/4	79/6	79/5	88/1	65/7	91/2	84/4	83/5	52/16	89/4	83/6	87/2	92/2	69/9
19	73,04/12,04	92/2	84/5	71/13	78/5	67/7	94/1	78/8	77/10	56/26	85/7	81/9	83/6	97/1	62/17
20	79,93/6,03	94/2	87/4	53/22	59/13	74/5	95/1	72/11	56/23	59/17	92/2	75/14	67/15	96/1	67/15
21	73,04/12,04	84/6	86/5	59/20	59/15	67/8	87/4	72/10	54/26	67/12	93/3	71/23	65/18	91/3	51/25
22	82,20/8,90	74/12	54/18	59/15	50/8	36/32	70/8	61/13	58/17	40/32	60/13	63/18	65/11	79/7	50/21
23	89,01/6,03	94/1	87/5	81/8	74/7	69/11	95/1	85/4	63/6	66/15	89/4	87/8	84/4	96/1	71/11

მართალია შედარებითი ანალიზისთვის გამოყენებული იქნა 2009 წელს ჩატარებული კვლევის მონაცემები, მაგრამ იქიდან გამომდინარე, რომ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და პაციენტთა კმაყოფილების კვლევებს ხანგრძლივი „ანამნეზი“ არ აქვთ, საინტერესოდ იქნა მიჩნეული ევროპეის ინსტრუმენტით ჩატარებული 2000 წელს გამოქვეყნებულ მონაცემებთან შედარებაც (ცხრილი №41 – ცხრილი №44).

ცხრილი №44 შეფასების საშუალო მაჩვენებლები

ქვეყანა	ზოგადი საშუალო შეფასება	ექიმი – პაციენტის ურთიერთობის ასპექტი	სამედიცინო მომსახურების დონე	პაციენტთა ინფორმაციული მხარდაჭერა	ორგანიზაციული ასპექტები	ხელმისაწვდომობა
GE	55,33	58,29	51,73	57,40	50,79	55,49
AT	56,57	58,67	57,20	58,0	57,50	52,57
BE	58,13	67,50	54,40	59,0	54,0	52,67
DK	36,70	43,33	37,20	34,50	29,50	33,50
FI	21,61	24,67	21,60	21,0	19,0	19,83
FR	30,26	35,67	25,20	30,0	26,0	30,67
DE	57,13	62,67	48,20	56,75	53,50	60,50
NL	46,30	56,00	42,0	46,25	40,50	42,17
NO	44,87	52,17	44,60	43,50	38,0	41,0
PT	41,17	53,83	44,20	47,0	35,50	24,0
SL	58,30	58,33	60,0	57,75	55,50	58,17
ES	67,48	61,17	71,0	73,75	75,0	64,17

SE	47,96	51,0	47,80	47,50	45,0	46,33
SW	61,70	66,50	53,20	59,0	56,0	67,67
UK	41,91	51,83	40,40	45,0	39,50	32,0

ყველა ქვეყანაში შეკითხვას „ინახავს ჩანაწერებს და თქვენს მონაცემებს კონფიდენციალურად” ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი შეფასება აქვს მიღებული. ამასთანავე ყველაზე მაღალი შეფასება 91% პაციენტებმა მიანიჭეს ისლანდიაში, ყველაზე დაბალი საფრანგეთში- 45%.

ყველაზე დაბალი შეფასება ევროპის თითოეულ ქვეყანაში (საქართველოს გარდა) და ზოგადად ყველა ქვეყანაში აქვს შეკითხვას: „თუ რამდენად მისაღებია მოლოდინის დრო მოსაცდელ ოთახში”, კერძოდ, 9%- ფინეთში, 44% - ესპანეთში.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევა საერთაშორისო კვლევის შედეგების ანალოგიურად ადასტურებს გარკვეული კორელაციების არსებობას ასაკსა და შეფასებას შორის, თუმცა კორელაცია სქესსა და შეფასებას შორის გამოვლენილი არ იქნა.

3.3 კვლევის შედეგების განხილვა

I კომპონენტი

როგორც ჩატარებული კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, გამოკითხულ რესპონდენტებს მიაჩნიათ, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი უპირატესად დაკავშირებულია სამედიცინო პერსონალთან, მის კვალიფიკაციასა და კომპეტენციასთან.

რესპონდენტებისათვის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პრიორიტეტებია კარგად მომზადებული სამედიცინო კადრები, ეფექტური მკურნალობა, თანამედროვე სამედიცინო აღჭურვილობა და ექიმის თავისუფალი არჩევანი.

ყოველ მეოთხე რესპონდენტს მიაჩნია რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხისათვის მნიშვნელოვანია ქვეყანაში არსებობდეს ჯანდაცვა, რომელიც პაციენტებს იცავს ზიანისაგან. სუფთა გარემო სამედიცინო მომსახურების გამწვევ დაწესებულებაში მნიშვნელოვანია ყოველი მეხუთე რესპონდენტისათვის.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისათვის ნაკლები პრიორიტეტები აქვს მინიჭებული პაციენტის ღირსების პატივისცემას, დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის მოლოდინის ფურცლების არსებობას, საავადმყოფოს ან ექიმის ტერიტორიულ სიახლოვეს, კეთილგანწყობილ და მეგობრულ გარემოს სამედიცინო დაწესებულებაში, საავადმყოფოს თავისუფალ არჩევანს.

საერთაშორისო კვლევაში მონაწილე ევროპის რეგიონის ყველა ქვეყნებისათვის კარგად მომზადებული სამედიცინო კადრები ასევე პრიორიტეტს წარმოადგენს, თუმცა ჩვენს კვლევაში სამედიცინო კადრების მნიშვნელობას განსაკუთრებით მაღალი შეფასება აქვს, რაც აღემატება ყველა სხვა ქვეყნის მაჩვენებელს. მოცემული მაჩვენებელი ყველაზე მეტად სლოვენიის მაჩვენებელს უახლოვდება. (საქართველო-75, სლოვენია 68).

ეფექტური მკურნალობა საქართველოს მსგავსად პრიორიტეტს წარმოადგენს ლატვიისათვის და ჩეხეთის რესპუბლიკისათვის. თანამედროვე სამედიცინო აღჭურვილობაზე საქართველოს მსგავსად ლატვიის მოსახლეობას აქვს აქცენტი გაკეთებული, ხოლო ექიმის თავისუფალ არჩევანზე - ლატვიის და დანიის მოსახლეობას. ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, რომელიც პაციენტებს იცავს ზიანისაგან და სუფთა გარემო სამედიცინო მომსახურების გამწვევ დაწესებულებაში საქართველოსთვის უფრო პრიორიტეტული აღმოჩნდა, ვიდრე ყოფილი საბჭოთა კავშირის და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებისათვის. ამ მაჩვენებლებით საქართველო შესაბამისად ჰოლანდიის და დანიის მაჩვენებლებს უფრო უახლოვდება.

პაციენტის ღირსების პატივისცემას და საავადმყოფოს ან ექიმის ტერიტორიულ სიახლოვეს საქართველოში ევროპის რეგიონის სხვა ქვეყნებთან, მათ შორის ყოფილი საბჭოთა კავშირის და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებთან შედარებით, ნაკლები მნიშვნელობა აქვს მინიჭებული. რაც შესაძლებელია

შესაბამისად აიხსნას პაციენტთა უფლებების სფეროში ცოდნის ნაკლებობით, და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემის არარსებობაში (გამოკითხვაში მხოლოდ თბილისის მოსახლეობა იღებდა მონაწილეობას).

სამედიცინო დაწესებულებაში კეთილგანწყობილი და მეგობრული გარემოს მიმართ და საავადმყოფოს თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობის მიმართ საქართველოში გამოკითხულ რესპონდენტებს დამოკიდებულება დაახლოებით ისეთივე აქვთ, როგორც ყოფილი საბჭოთა კავშირის და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში.

ზოგადად ჯანდაცვის ხარისხი საქართველოში რესპონდენტების მხოლოდ 2%-მა შეაფასა როგორც ძალიან კარგი, ევროპის რეგიონის ქვეყნებისათვის ანალოგიური მონაცემის საშუალო მაჩვენებელი შეადგენს 13-ს, თუმცა ჯანდაცვის სისტემა ანალოგიურად არის შეფასებული ლატვიის მოსახლეობის მიერ, რესპონდენტთა მხოლოდ 1%-მა შეაფასა როგორც ძალიან კარგი საკუთარი ჯანდაცვის ხარისხი - რუმინეთში და ლიტვაში.

როგორც კარგი ჯანდაცვის ხარისხი შეაფასა რესპონდენტთა 38%-მა, რაც ასევე ნაკლებია ევროპის რეგიონის ქვეყნებისათვის ანალოგიური მონაცემის საშუალო მაჩვენებელთან (57%) შედარებით, თუმცა უფრო მეტია რუმინეთის და ლატვიის მოსახლეობის შეფასებებთან შედარებით.

ჯანდაცვის ხარისხის პოზიტიური შეფასება მიუახლოვდა 40-ს, რაც უტოლდება შეფასებებს ლიტვაში და პორტუგალიაში; შეფასებები უფრო მაღალია რუმინეთის და ლატვიის მოსახლეობის შეფასებებთან შედარებით.

საქართველოში ცუდი შეფასება მისცა ჯანდაცვის ხარისხს გამოკითხულთა ნახევარმა, ძალიან ცუდი ყოველმა მეათე რესპონდენტმა.

ქვეყნებს შორის შეფასებების მნიშვნელოვანი განსხვავებები სამედიცინო მომსახურების პოზიტიურ შეფასებაში (97% ბელგია და 28% ბულგარეთი) მიუთითებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონეებს შორის უთანასწორობის შემცირების აუცილებლობაზე.

თუმცა, მიუხედავად შეფასებებს შორის არსებული განსხვავებების ფართო დიაპაზონისა, მაინც იკვეთება გარკვეული მსგავსება სამედიცინო მომსახურების

ხარისხის შეფასებაში აღმოსავლეთ ევროპის და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის (სქემა №45).

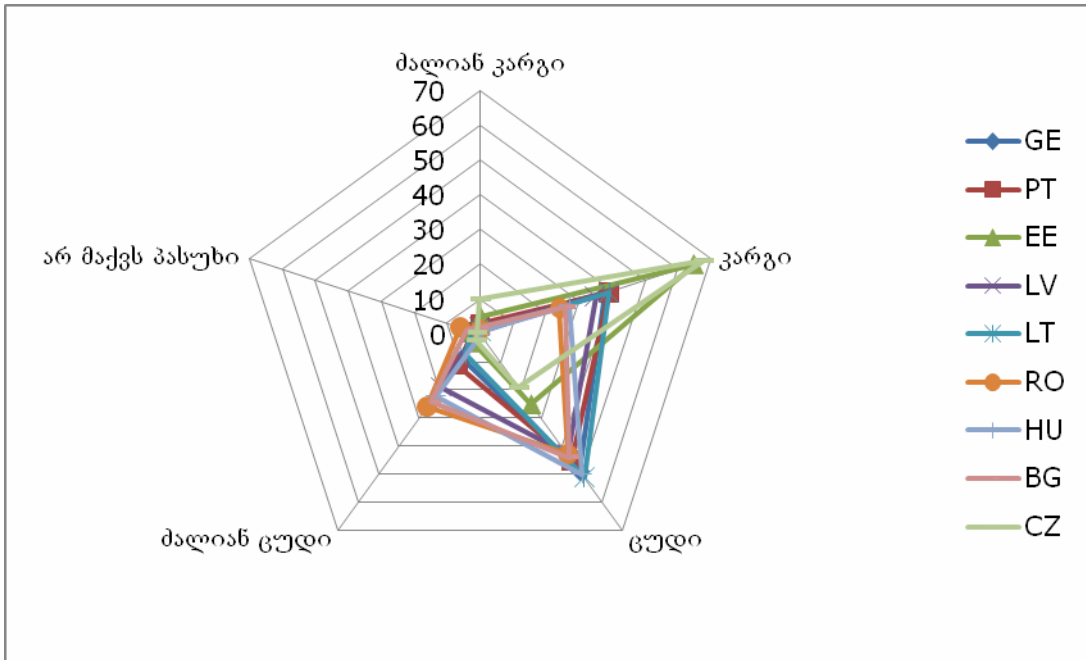
მსგავსება იკვეთება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონცეფციის და უზრუნველყოფის სტრატეგიის ხანგრძლივი გამოცდილების მქონე ქვეყნებშიც (სქემა №46).

საინტერესოა, რომ 2011 წელს ევრობარომეტრის მეთოდოლოგიის გამოყენებით ჩატარდა პაციენტთა ჩართულობის ხარისხობრივი კვლევა.

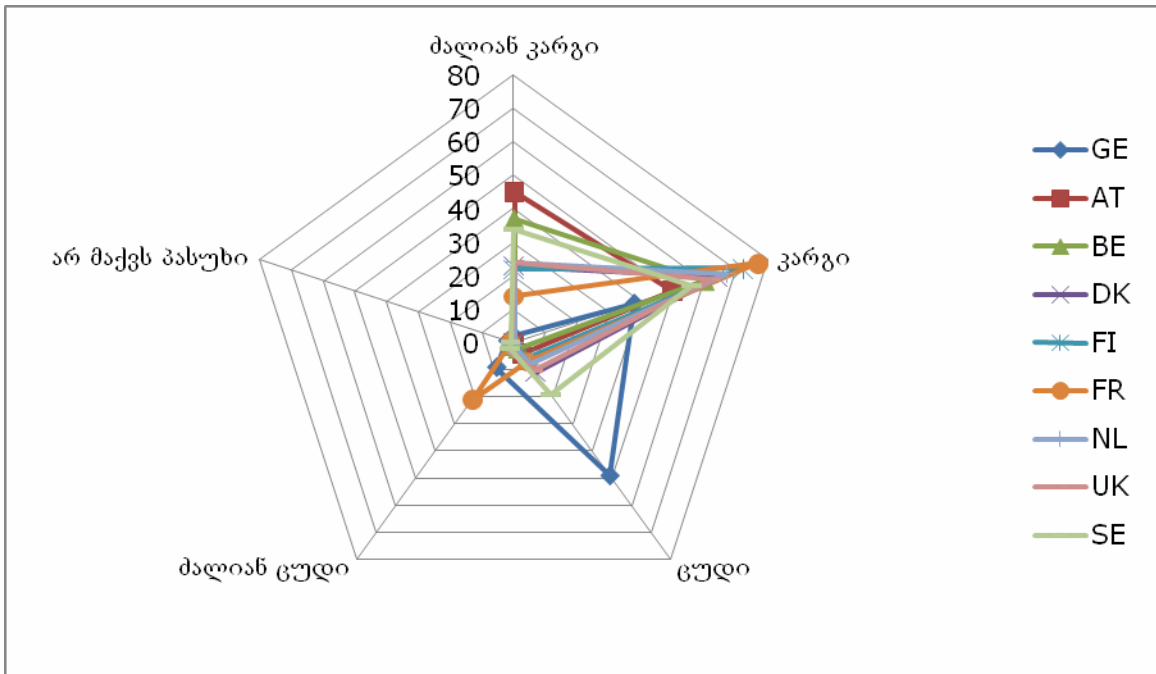
ევროსაბჭოს მიერ გამოქვეყნებულ ანგარიშში აღნიშნულია, რომ კვლევის შედეგებმა გამოავლინა გარკვეული სხვაობა დამოკიდებულებასა და შეფასებაში ისეთ საკითხებთან დაკავშირებით, როგორცაა: გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პაციენტთა ჩართულობა, სამედიცინო მომსახურება, ურთიერთობა ექიმსა და პაციენტს შორის ე.წ. „აღმოსავლეთის“ (მათ შორის ჩეხეთის რესპუბლიკა, უნგრეთი, ლატვია, პოლონეთი, რუმინეთი, სლოვაკეთი) და „დასავლეთის“ ქვეყნებს შორის.

სტატისტიკური ანალიზის შედეგად გამოიკვეთა გარკვეული კორელაცია დემოგრაფიულ მონაცემებსა და შეფასებას შორის. როგორც ჩატარებული კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, ახალგაზრდები და ქალები ჯანდაცვის ხარისხს უფრო დაბალ შეფასებას აძლევენ.

ევრობარომეტრის კვლევის შედეგებმა გამოავლინა კორელაცია ასაკსა და შეფასებას შორის. ყველაზე დაბალი შეფასება აღინიშნა 25-39 ასაკობრივ ჯგუფში, სქესთან კორელაცია გამოვლენილი არ იქნა.



სქემა №45 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება აღმოსავლეთ ევროპის და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში



სქემა №46 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში

როგორც ჩატარებული კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, გამოკითხულ რესპონდენტებს მიაჩნიათ, რომ სამედიცინო მომსახურებისას ზიანის მიღება შესაძლებელია და უპირატესად ზიანის მიღებაც სამედიცინო პერსონალის კომპეტენციასა და კვალიფიკაციას უკავშირდება. საქართველოში გამოკითხულ რესპონდენტებს მიაჩნიათ, რომ ზიანის მიყენების შესაძლო მიზეზი ყველაზე ხშირად შესაძლოა იყოს არასწორი დიაგნოზი და/ან არასწორი მკურნალობა.

საერთაშორისო კვლევის შედეგები გვიჩვენებენ, რომ ევროპაში საშუალოდ რესპონდენტთა ნახევარი თვლის რომ შესაძლებელია ზიანის მიღება საკუთარ ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურებისას. ბელგიაში, სადაც ხარისხს უმაღლესი შეფასება აქვს მიცემული რესპონდენტების მიერ (97%), რესპონდენტების 7% მაინც თვლის, რომ ზიანის მიღება სავსებით შესაძლებელია, ხოლო 45% თვლის, რომ ზიანის მიღება შესაძლებელია. საქართველოს მაჩვენებლები ყველაზე მეტად ჩეხეთის მაჩვენებლებს უახლოვდება.

რესპონდენტთა დაახლოებით მხოლოდ მეხუთედი აღნიშნავს, რომ მას ან მისი ოჯახის წევრს მიაღვა ზიანი, თუმცა მხოლოდ 14%-მა გააკეთა შეტყობინება, რაც ნიშნავს, რომ ზიანის შემთხვევების უმეტესობა რჩება აღრიცხვის გარეშე. გარდა ამისა, კვლევის შედეგები გვიჩვენებენ, რომ შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ პაციენტებმა არ იციან რომელ ორგანოებს მიმართონ ზიანის მიყენების შემთხვევაში. პაციენტთა უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი ორგანოს შესახებ საქართველოში გამოკითხულ რესპონდენტებს ჯანმრთელოს დაცვის სამინისტრო და უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების გამწვევი დაწესებულება/პერსონალი მიაჩნიათ. მაჩვენებლები უახლოვდება დანიის, რუმინეთის, ლატვიის, ჩეხეთის მაჩვენებლებს. დაბალია ინფორმირებულობის დონე პაციენტთა უსაფრთხოების სფეროში მოღვაწე ორგანიზაციების შესახებ. რესპონდენტთა თითქმის მეხუთედმა აღნიშნა, რომ არ იცის რომელია პაციენტთა უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი ორგანო. ვფიქრობთ, ისახება სპეციალური ორგანოს არსებობის აუცილებლობა, სადაც მოხდება ზიანის შემთხვევების შეტყობინების მიღება, და ისეთი საშუალების (მაგალითად ვებ-გვერდი) მოძებნა, სადაც მოხდება ზიანის შემთხვევების

გარჩევა, რაც ხელმისაწვდომი იქნება სამედიცინო პერსონალისთვის და ნებისმიერი დაინტერესებული პირისთვისაც.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ზიანის მიყენების შესახებ სტატისტიკის არარსებობას ადასტურებს კვლევის შედეგებიც. რესპონდენტთა უმეტესებისათვის ზიანის შესახებ ინფორმაციის ძირითად წყაროს ტელევიზია წარმოადგენს. ოფიციალური სტატისტიკის როლს ინფორმაციის წყარობს შორის კვლევის შედეგებში შესაბამისად მხოლოდ 1% უჭირავს.

ზიანის ანაზღაურების მხარდაჭერისთვის უფლებამოსილ ორგანოებად საქართველოში მიაჩნიათ უპირველეს ყოვლისა იურისტი, ისევე როგორც ავსტრიაში, პოლანდიაში, ბელგიაში, ლატვიასა და ჩეხეთის რესპუბლიკაში. მეორე ადგილზე რესპონდენტები ჯანდაცვის სამინისტროს ასახელებენ, ისევე როგორც ჩეხეთის რესპუბლიკაში, ლატვიაში, ესტონეთში, ესპანეთში. ჰოსპიტლის ადმინისტრაციისაგან მხარდაჭერის შესაძლებლობას რესპონდენტები საქართველოსა და ლატვიაში ზუსტად ერთნაირად აფასებენ.

ზიანის მიყენების შემთხვევაში რესპონდენტებისათვის ფინანსური კომპენსაციის მიღებასთან ერთად მნიშვნელოვანია ზიანის მიყენების მიზეზებში გარკვევა და შემთხვევის გარჩევა.

კონტექსტიდან ამოვარდნილს გავს შეფასება შეკითხვაზე მიმართავთ თუ არა ზიანის ანაზღაურების მხარდაჭერისთვის ნათესავს ან ახლობელს, როემლიც მუშაობს ჯანდაცვის სამინისტროში. საქართველოში რესპონდენტთა მეოთხედი პოზიტიურად განიხილავს ამ შესაძლებლობას. ევროპის რეგიონის ქვეყნებში შეფასების მაჩვენებელი ოთხჯერ ნაკლებია საქართველოს მაჩვენებელზე, თუმცა საერთოდ გაოცებას იწვევს ევროპის რეგიონის ქვეყნებისათვის ანალოგიური შეკითხვის დასმა.

როგორც ჩატარებული კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, გამოკითხული რესპონდენტების თითქმის ნახევარს მიაჩნია, რომ პაციენტთა უფლებები ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე მხოლოდ ნაწილობრივ არის დაცული, თუმცა დეტალურ ინფორმაციას პაციენტთა უფლებების შესახებ ფლობს მხოლოდ 3%. პაციენტთა უფლებების შესახებ ინფორმაციის მიღების სასურველ წყაროდ რესპონდენტებს მიაჩნიათ სამედიცინო პერსონალი.

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უფლებით სარგებლობა გულისხმობს ამ უფლების ცოდნას და ინფორმაციას ამ უფლების ფლობისა და მისი გამოყენების თაობაზე. უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტთა უფლებების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ასამაღლებლად საქართველოში მნიშვნელოვან როლს განსაკუთრებით არასამთავრობო სექტორი ასრულებს, გამოიცა რამდენიმე პუბლიკაცია ქართულ ენაზე. მაგრამ როგორც ჩანს, ამ მიმართულებით მუშაობაში უფრო აქტიურად სამედიცინო მომსახურების გამწვევი დაწესებულებებიც უნდა ჩაერთონ. მნიშვნელოვანი რესურსი, რომელიც შეიძლება გამოყენებული იქნას ინფორმირებულობის დონის ასამაღლებლად, არის კლინიკური ეთიკის კომიტეტები ან ხარისხის უზრუნველყოფის სამსახურები.

რესპონდენტთა უმეტესობამ აღნიშნა, რომ სამედიცინო მომსახურების გამწვევ დაწესებულებაში მიმართვამდე ისურვებდა სამედიცინო მომსახურების გამწვევი პერსონალის და/ან დაწესებულების შესახებ ინფორმაციის გაცნობას, რაც მიუთითებს სამედიცინო პერსონალის რეესტრის შექმნის აუცილებლობას ქვეყანაში.

ყოველმა მესამე რესპონდენტთა აღნიშნა, რომ პაციენტის აზრი მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების მიზნით, რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს პაციენტთა მომსახურებით კმაყოფილების დონის შეფასების მნიშვნელობაზე და მიღებულ შედეგებზე რეაგირების აუცილებლობაზე. თუმცა სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობის მიღებაზე გამოთქვა ძალიან მცირე რაოდენობამ.

ჰიპოთეზის შესაბამისად ჩატარებული კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხით კმაყოფილების დონე და ინფორმირებულობის დონე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კომპონენტებთან მიმართებაში (უსაფრთხოება, ზიანის შემთხვევები, ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უფლება) დაბალია. საქართველოში ჩატარებული კვლევის შედეგები უახლოვდება ევრობარომეტრის 2009 წლის კვლევაში მიღებულ ყოფილი საბჭოთა კავშირის და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს.

II კომპონენტი

მოცემული კვლევა წარმოადგენს საერთაშორისო ინსტრუმენტი ევროპეით ჩატარებულ პაციენტთა კმაყოფილების პირველ კვლევას საქართველოში. მოცემული ინსტრუმენტის გამოყენებით ჩატარებული კვლევების უმეტესობაში მიღებულია პაციენტთა კმაყოფილების მაღალი დონე. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგებიც მიუთითებენ, რომ პაციენტები ზოგადად დადებითად არიან განწყობილები პირველადი სამედიცინო დახმარების დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიმართ, როგორც კლინიკური, ისე ორგანიზაციული სფეროს ყველა მიმართულებით (ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობები და კომუნიკაცია, სამედიცინო მომსახურება, ინფორმაცია და მხარდაჭერა, მომსახურების უწყვეტობა და თანამშრომლობა, ხელმისაწვდომობა).

საშუალოდ რესპოდენტთა 55,33% -მა მათ მიერ მიღებული სამედიცინო მომსახურება დაახასიათა როგორც საუკეთესო. მიღებული შედეგები შეესაბამება საქართველოში ჩატარებული კვლევების შედეგებს (ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებისა და ჯანდაცვითი ხარჯების შესახებ ჩატარებული შინამეურნეობათა გამოკითხვა; სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა; საკონსულტაციო-დიაგნოსტიკური ცენტრების მარკეტინგული კვლევა). თუმცა ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგებით კმაყოფილების დონე რამდენადმე დაბალია.

კვლევის შედეგების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ექიმთა კლინიკური უნარები პაციენტთა მიერ შეფასებულია დადებითად, განსაკუთრებით მოსმენის და კონფიდენციალობის უნარი. მიუხედავად ექიმის შეზღუდული დროისა, პაციენტების უმეტესობას სჯერა, რომ ექიმებს მოსმენის კარგი უნარი აქვთ და ისინი გულდასმით უსმენენ პაციენტებს, ამავე დროს პაციენტთა უმეტესობა დარწმუნებულია, რომ მისი მონაცემები ექიმის მიერ კონფიდენციალურად ინახება.

საერთაშორისო კვლევის შედეგები გვიჩვენებენ, რომ ევროპის რეგიონის ქვეყნებში მაღალი შეფასებები აქვთ შეკითხვებს: „გეხმარებათ თქვენს ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ემოციური პრობლემების დაძლევაში“ „გთავაზობთ მომსახურებას დაავადებათა პრევენციისათვის“,

„ერთავთ მკურნალობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში“, მაშინ როდესაც საქართველოში ზემოთაღნიშნულმა შეკითხვებმა ყველაზე დაბალი შეფასება მიიღო. მოცემული შედეგები შეესაბამება ყოფილი საბჭოთა სივრცის ქვეყნებში, სლოვენიაში, თურქეთში ჩატარებული კვლევების შედეგებს (228,229).

ვფიქრობთ, მოცემული შედეგების ახსნა შესაძლებელია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ხანგრძლივი დროის განმავლობაში დამკვიდრებული მკურნალობაზე, ექიმზე ორიენტირებული, ავტორიტარული პატერნალური ტრადიციებით. გასათვალისწინებელია, რომ ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში ქვეყანაში არ არსებობდა არც ეთიკური და არც სამართლებრივი რეგულაციის მექანიზმები.

საბჭოთა პერიოდში საქართველოშიც მოქმედებდა ერთიანი კანონი ყველა რესპუბლიკისათვის ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, სადაც არ იყო ასახული არც პაციენტთა უფლებები და არც სამედიცინო ეთიკის პრინციპები. მოცემულ მოდელში პაციენტი წარმოადგენდა სისტემის არა სუბიექტს, არამედ ზემოქმედების ობიექტს, რომლის ემოციურ მდგომარეობას არავინ არ აქცევდა ყურადღებას. პაციენტს არ ჰქონდა არჩევანის გაკეთების უფლება, ხოლო ექიმები უპირატეს ყურადღებას აქცევდნენ მკურნალობას და არა დაავადებათა პრევენციას.

ჯანდაცვის სისტემას უპირატესად კორპორატიული ხასიათი ჰქონდა და ის არ კონტროლდებოდა საზოგადოების მხრიდან. საბჭოთა მოდელმა დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდგომ პერიოდში დატოვა ჯანდაცვის სისტემა სამართლებრივი რეგულაციების არარსებობით, პაციენტების მიმართ პატერნალური დამოკიდებულებით და ჯანდაცვისაგან მოქალაქეების იზოლაციის და ინდიფერენტულობის ტრადიციებით.

დღეისათვის ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობები ემყარება პაციენტზე ორიენტირებულ მიდგომას. მაგრამ მიუხედავად ამისა განვლილი პერიოდი, როგორც ჩანს, არ არის საკმარისი დრო ექიმსა და პაციენტს შორის დამკვიდრებული დამოკიდებულებების კარდინალური ცვლილებების განსახორციელებლად.

კმაყოფილების დაბალი დონე მიუთითებს პრობლემებზე, რომელზეც უნდა გამახვილდეს ყურადღება სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების თვალსაზრისით. ვფიქრობთ, პაციენტზე ორიენტირებული და პაციენტის ავტონომიაზე დაფუძნებული კონცეფციის გავრცობა და გაძლიერება ცოტა ხანში შეამცირებს ვარიაციას ევროპის რეგიონის ქვეყნებსა და საქართველოს შორის.

კვლევას გარკვეული შეზღუდვები აქვს. რესპოდენტთა შედარებით მცირე რაოდენობის გამო კვლევის შედეგებს ვერ განვაგრძობთ საქართველოს მიუღწეველ მოსახლეობაზე. მიუხედავად ამისა, კვლევის შედეგები აღწერენ სამედიცინო მომსახურებით კვლევაში მონაწილე პაციენტთა კმაყოფილების ძირითად ტენდენციებს, გამოავლენენ საკვანძო საკითხებს და კიდევ ერთხელ მიუთითებენ ანალოგიური კვლევების ჩატარების აუცილებლობაზე.

4. საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების გზები

4.1 დასკვნები

- ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე უფლების ჩამოყალიბებისა და ისტორიული ევოლუციის პროცესში იკვეთება თანამედროვე ტენდენცია: მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ უფლებების დეკლარირება, არამედ ამ უფლებების რეალიზაციის პროცესში საზოგადოების წევრებისათვის, მომხმარებლებისათვის, პაციენტებისათვის

უფლებამოსილების მინიჭება, რათა ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების სხვადასხვა საფეხურზე მოხდეს მათი აქტიური ჩართვა.

- ხარისხის კონცეფციის ევოლუციის პროცესშიც ნათლად იკვეთება სამედიცინო მომსახურების პროცესში მომხმარებლების/პაციენტების უფლებამოსილების და ინფორმირებულობის დონის ამაღლების, ხედვის ჩამოყალიბების, სურვილებისა და საჭიროებების გათვალისწინების, მოლოდინთან შესაბამისობის, კმაყოფილების შესწავლის საჭიროება.
- ევროპის რეგიონის ქვეყნებში დანერგილი ხარისხის სტრატეგიები ერთმანეთისაგან განსხვავდება, თუმცა პაციენტთა ჩართულობის გაძლიერების აუცილებლობა ყველა ქვეყანაში საყოველთაოდ აღიარებულია. პაციენტთა კმაყოფილების შეფასების მიმართულებით არსებული გამოცდილების შესწავლა ადასტურებს, რომ მიუხედავად განსხვავებული მიდგომებისა და მეთოდოლოგიისა, პარადიგმა ყველა ქვეყანაში უცვლელია: პაციენტების შეხედულება, აზრი, გამოცდილება გამოყენებული უნდა იყოს ჯანდაცვის სამედიცინო სერვისების ხარისხის განვითარებისა და გაუმჯობესებისათვის.
- სახელმწიფოებრივი ჩამოყალიბების პროცესში საქართველოში ჯანმრთელობაზე უფლების სფეროში მნიშვნელოვანი პროგრესია მიღწეული, ჩამოყალიბებულია ჯანდაცვის საკანონმდებლო სივრცე. მოცემულ ეტაპზე, მსოფლიოში მიმდინარე ტენდენციების შესაბამისად, აქცენტები გადატანილი უნდა იქნას საქართველოს მოქალაქეების აქტიური მონაწილეობით ამ უფლებების რეალურ ცხოვრებაში დაცვისა და რეალიზების საკითხებზე.
- ჩატარებული კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, რომ გამოკითხულ რესპონდენტებს მიაჩნიათ, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი უპირატესად სამედიცინო პერსონალთან, მათ კვალიფიკაციასა და კომპეტენტურობასთან არის დაკავშირებული.
- ცუდი შეფასება ჯანდაცვის ხარისხს მისცა ყოველმა მეორე რესპონდენტმა, ძალიან ცუდი – ყოველმა მეათე რესპონდენტმა. გამოკითხულ რესპონდენტებს მიაჩნიათ, რომ სამედიცინო მომსახურებისას

ზიანის მიღება შესაძლებელია და უპირატესად ზიანის მიღება ისევ სამედიცინო პერსონალის კომპეტენციასა და კვალიფიკაციას უკავშირდება. ზიანის მიყენების შემთხვევაში პაციენტთა მხოლოდ მცირე ნაწილი აკეთებს შეტყობინებას. რესპონდენტთა მეოთხედმა არ იცის რომელ ორგანოს უნდა მიმართოს ზიანის მიყენების შემთხვევაში. სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ზიანის მიყენების შესახებ სტატისტიკის არარსებობას ადასტურებს კვლევის შედეგებიც. რესპონდენტთა უმეტესობისათვის ზიანის შესახებ ინფორმაციის ძირითად წყაროს ტელევიზია წარმოადგენს.

- გამოკითხული რესპონდენტების თითქმის ნახევარს მიაჩნია, რომ პაციენტთა უფლებები ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე მხოლოდ ნაწილობრივ არის დაცული, თუმცა დეტალურ ინფორმაციას პაციენტთა უფლებების შესახებ ფლობს ძალიან მცირე ნაწილი. პაციენტთა უფლებების შესახებ ინფორმაციის მიღების სასურველ წყაროდ რესპონდენტებს მიაჩნიათ სამედიცინო პერსონალი.
- ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უფლებით სარგებლობა გულისხმობს ამ უფლების ცოდნას და ინფორმაციას ამ უფლების ფლობისა და მისი გამოყენების თაობაზე. პაციენტთა უფლებების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ასამაღლებლად შესაძლებელია გამოყენებული იქნას კლინიკური ეთიკის კომიტეტები ან ხარისხის უზრუნველყოფის სამსახურები.
- საქართველოში სამედიცინო მომსახურების სისტემა საკმაოდ დიდი რაოდენობით რესურსებს მოიცავს, როგორც დაწესებულებების, ისე სამედიცინო პერსონალის კუთხით, თუმცა სამედიცინო მომსახურების სერვისების მოხმარების, სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობის მაჩვენებლები არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს, რაც გავლენას ახდენს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობაზე, კლინიკურ შედეგებსა და ხარისხზე.
- რესპონდენტთა უმეტესობამ აღნიშნა, რომ სამედიცინო მომსახურების გამწევ დაწესებულებაში მიმართვამდე ისურვებდა სამედიცინო

მომსახურების გამწვევი პერსონალის და/ან დაწესებულების შესახებ ინფორმაციის გაცნობას. სამედიცინო მომსახურების სისტემის სტატისტიკური მონაცემების პარალელურად ქვეყანაში უნდა არსებობდეს მონაცემთა ერთიანი ბაზა (რეესტრი), რომელიც მოიცავს ინფორმაციას ქვეყანაში მოქმედი ყველა სამედიცინო მომსახურების გამწვევი დაწესებულების და მოქმედი სამედიცინო პერსონალის შესახებ.

- საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესში ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკვანძო საკითხს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის საკითხები. თუმცა თუკი რეორიენტაციის საწყისს ეტაპზე ხარისხის კონცეფცია სიღრმისეულად არ იყო გააზრებული, უახლეს სამთავრობო დოკუმენტში უფრო კონკრეტულად არის განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების სტრატეგიული მიმართულებები, მოსახლეობისა და პაციენტების მოლოდინზე, პიროვნების პაციენისცემასა და მომხმარებელზე/პაციენტზე ორიენტირებაზე აქცენტებით.
- ყოველმა მესამე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ პაციენტის აზრი მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების მიზნით, თუმცა სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობის მიღებაზე გამოთქვა ძალიან მცირე რაოდენობამ.
- მიმდინარე ეტაპზე უფლებებზე დამყარებული მდგრადი განვითარების ხელშეწყობისათვის აქტიური სამოქალაქო საზოგადოების ჩამოყალიბებას პროფესიული ასოციაციების მხრიდანაც ინიცირება და მხარდაჭერა სჭირდება.
- ჩატარებული კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, რომ პაციენტები ზოგადად დადებითად არიან განწყობილები პირველადი სამედიცინო დახმარების დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიმართ, როგორც კლინიკური, ისე ორგანიზაციული სფეროს ყველა მიმართულებით. კვლევის შედეგები აღწერენ სამედიცინო მომსახურებით კვლევაში მონაწილე პაციენტთა კმაყოფილების ძირითად ტენდენციებს და გამოავლენენ საკვანძო საკითხებს (ექიმი-პაციენტის ურთიერთობა, პაციენტის ავტონომია,

გადაწყვეტილების მიღებაში მონაწილეობის მიღება, პრევენცია და მკურნალობა, პაციენტის ემოციური მდგომარეობა), რომელზეც უნდა გამახვილდეს ყურადღება სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების თვალსაზრისით.

- პაციენტთა კმაყოფილების შესწავლა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის გარანტიას წარმოადგენს. საქართველოში პაციენტთა კმაყოფილების შესწავლის რუტინული დანერგვა, ხელს შეუწყობს არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას, არამედ ამ სფეროში საქართველოს პარმონიზაციას საერთაშორისო სტანდარტებთან, ქვეყანაში აქტიური სამოქალაქო საზოგადოების ჩამოყალიბებასა და დემოკრატიული პრინციპების დამკვიდრებას.
- მიგვაჩნია, რომ პაციენტთა კმაყოფილების შესწავლის რუტინული სახით დანერგვას როგორც სტაციონარული, ისე ამბულატორული ტიპის დაწესებულებებში, სავალდებულო ხასიათი უნდა მიეცეს. ჩვენს მიერ შემუშავებულ იქნა სპეციალური კითხვარები როგორც სტაციონარული, ისე ამბულატორული მომსახურებით პაციენტთა კმაყოფილების დონის შესაფასებლად (დანართი №3).

4.2 რეკომენდაციები

ჩატარებული კვლევისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის, სამედიცინო მომსახურების შედეგების შეფასებისა და პაციენტთა კმაყოფილებაზე არსებული ლიტერატურაზე დაფუძნებით შემოთავაზებული რეკომენდაციებია:

- შემუშავდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ეროვნული სტრატეგია;
- დაინერგოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სისტემა;
- ამოქმედდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის აკრედიტაციის პროცესი.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ეროვნული სტრატეგიის შემუშავების პროცესში უნდა განისაზღვროს:

- ✓ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის პოლიტიკა და ქვეყნის ხედვა ხარისხის უზრუნველყოფის თაობაზე;
- ✓ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დანერგვაში დაინტერესებული მხარეები;
- ✓ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დანერგვისათვის აუცილებელი სამართლებრივი ბაზა.

მოცემულ ეტაპზე პროცესს სავალდებულო ხასიათი უნდა მიეცეს და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ გამოყენებული უნდა იქნას პროცესების ამოქმედებისათვის „Top-down“ მიდგომა.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ეროვნული სტრატეგიის შემუშავების პროცესში უნდა განისაზღვროს:

- ✓ ორგანიზაციები, რომლებიც მონაწილეობას მიიღებენ ამ პროცესებში, როგორც ეროვნულ დონეზე, ისე სამედიცინო მომსახურების პროცესში მონაწილე ერთეულების დონეზე;
- ✓ მეთოდები, რომელიც გამოყენებული იქნება პროცესის პრაქტიკული ამოქმედებისათვის;
- ✓ რესურსები, როგორც ადამიანური, ისე მატერიალური, რომელიც საჭირო გახდება პროცესის იმპლემენტაციის პროცესში.

სამედიცინო მომსახურების სისტემაში აკრედიტაციის პროცესის დანერგვის მიზნით მიზანშეწონილია ჩამოყალიბდეს ექსპერტთა სამუშაო ჯგუფი. პირველი ეტაპის სამუშაოებად შეიძლება განისაზღვროს:

- აკრედიტაციის კონცეფციის შემუშავება;
- სამუშაო ვერსიის სპეციალისტებისათვის და ფართო საზოგადოებისათვის გაცნობა;
- საზოგადოების ჩართულობის ხელშეწყობა;
- საბოლოო ვერსიის ჩამოყალიბება;
- აკრედიტაციის კონცეფციის დამტკიცება.

ექსპერტთა ჯგუფის მიერ უნდა განისაზღვროს მუშაობის მიმართულებები, აკრედიტაციის სისტემის ორგანიზაციული სტრუქტურა, მონაწილე ერთეულები (სააგენტო, საბჭო, კომიტეტი, სამსახური), პასუხისმგებლობები და მოვალეობები.

აკრედიტაციის პროცესის დაწყებამდე უნდა შემუშავდეს აკრედიტაციის სტანდარტები, სტანდარტებზე დაყრდნობით სამედიცინო მომსახურების პროცესში ჩართული სამედიცინო დაწესებულებებისათვის კი - აკრედიტაციის თვითშეფასების ფორმა.

თვითშეფასების პროცესში დაწესებულებები შეიძლება გამოავლინონ არსებული პრობლემები, გაანალიზონ მათი წარმოქმნის მიზეზები და მოძებნონ მათი გადაჭრის გზები. შესაბამისად თვითშეფასების პროცესი დაწესებულების დონეზე გააუმჯობესებს მომსახურების ხარისხს. გარდა ამისა მოცემული მექანიზმი შესაძლებელია გამოყენებული იქნას დაწესებულებების შედარებისთვისაც.

სტანდარტებს შორის მნიშვნელოვანია ყურადღება მიექცეს სტანდარტს, რომელიც ორიენტირებული იქნება პაციენტზე/მომხმარებელზე. სტანდარტი უნდა მოიცავდეს ისეთ საკითხებს, როგორცაა: პაციენტთა უფლებების, ღირსებისა და პატივისცემის დაცვა; ინფორმაციის მიწოდება ექიმისა და სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანისა და პაციენტთა უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი ორგანოების შესახებ, აგრეთვე ზიანის მიყენების შემთხვევაში კომპენსაციის მიღების შესაძლებლობის თაობაზე; ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის ეთიკური ასპექტები.

პროცესის ამოქმედებამდე ბუნებრივია უნდა გაიწეროს აკრედიტაციის პროცედურა (სამედიცინო მომსახურების გამწვევი დაწესებულების მიერ შევსებულ თვითშეფასების ანგარიშის ფორმასთან ერთად სააკრედიტაციო განაცხადის წარდგენა; აკრედიტაციის ექსპერტთა ჯგუფის მიერ აკრედიტაციის მაძიებელ დაწესებულებაში ვიზიტის განხორციელება; დასკვნის შედგენა და აკრედიტაციის მაძიებელ დაწესებულებაში დაინტერესებული პირებისათვის გაცნობა; აკრედიტაციის საბჭოზე საკითხის განხილვა; გადაწყვეტილების მიღება და გამოქვეყნება).

გარე შეფასება გამოყენებული უნდა იქნას ხარისხის გაუმჯობესების უწყვეტი პროცესებისათვის.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონცეფციის დანერგვისა და სრულფასოვანი ამოქმედებისათვის აუცილებელია შემუშავდეს სპეციალური მასალა, მათ შორის სახელმძღვანელო მასალები, დამხმარე სახელმძღვანელოები, გლოსარიუმები და ა.შ.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების პროცესში უზრუნველყოფილი უნდა იქნას მომხმარებლების/პაციენტების აქტიური ჩართვა. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მიმართ მოსახლეობის დამოკიდებულებებისა და პაციენტთა კმაყოფილების დონის შესწავლას სისტემატური ხასიათი უნდა მიეცეს. მონაცემები პაციენტთა, მოლოდინების, პრიორიტეტების შესახებ მოპოვებული უნდა იქნას ყველა დონეზე. დაწესებულებების დონეზე შესაძლებელის შემუშავებული იქნას პაციენტთა უკუკავშირის ფორმები მომსახურების სპეციფიკის გათვალისწინებით,

პროცესის გეგმაზომიერად და ეფექტურად ჩატარების მიზნით აუცილებელია შემუშავდეს და ჩატარდეს სპეციალური ტრენინგები, როგორც სამედიცინო მომსახურების გამწვევი დაწესებულებებისათვის, ისე უშუალოდ აკრედიტაციის პროცესში მოსაწვევი საექსპერტო ჯგუფებისათვის.

მოცემული პროცესების შედეგად უნდა დაინერგოს სამედიცინო მომსახურების პროცესში მონაწილე ერთეულებისა და სამედიცინო პერსონალის ელ. რეესტრი, სადაც თითოეული მოქალაქისათვის ხელმისაწვდომი იქნება ინფორმაციის მიღება სამედიცინო დაწესებულებების, აკრედიტაციის შედეგების

შესახებ, ექიმების, ექთნებისა და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალების საქმიანობის შესახებ.

უნდა განისაზღვროს წახალისების ფორმები აკრედიტაციის პროცესში მონაწილე დაწესებულებებისათვის, ჩაუტარდეს ორგანიზება აკრედიტაციის პროცესში გამოვლენილი საუკეთესო დაწესებულებების, პრაქტიკის დაჯილდოვების ცერემონიას.

უნდა განხორციელდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სფეროში კვლევების ჩატარების, ეროვნული და საერთაშორისო კონფერენციების ჩატარების ხელშეწყობა.

მიზანშეწონილია ეროვნული ბიულეტენების გამოცემა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სფეროში განხორციელებული აქტობების და მიღწეული შედეგების ასახვისათვის.

და ბოლოს, აუცილებელია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სფეროში საერთაშორისო თანამშრომლობის გაძლიერება, მათ შორის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სფეროს ისეთ კომპეტენტურ ორგანოებთან, როგორცაა ISQA, ჯანმო და სხვ.

საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონცეფციის შემუშავების და აკრედიტაციის დანერგვის პროცესში პაციენტთა/მომხმარებელზე ორიენტირება წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების საერთაშორისო სტანდარტებთან ეროვნული სამედიცინო მომსახურების ჰარმონიზაციის საშუალებას და ხარისხის უზრუნველყოფისა და გაუმჯობესების მექანიზმების განვითარების ხელშეწყობას საქართველოში.

Resume

In the middle of the XX century in addition to clinical outcome quality management principles was introduced. Quality assessment studies usually measure the structure, process and outcome of medical services. Evaluation of patients' satisfaction with medical care has received increasing emphasis due to the possibility to measure not only an important component of care - outcomes, but to assess care from the patient's unique perspective. In Central, Eastern Europe and former soviet countries the concept of quality of Medical Services and patient satisfaction is relatively recent. After the collapse of the Soviet Union, Georgia restored political independence. Georgia, like many former Soviet Republics, inherited a highly centralized and inefficient model of health care. The government of Georgia has carried out several reform initiatives for building more effective and patient-centered health care system.

Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia prepared the draft of the national health policy and elaborated strategic plan for 2011-2015 years. Assuring and improving the quality of medical services were defined as one of the priorities. Key challenges for improving quality of health care services include incorporating performance and outcome measurements for improvement and accountability.

The overall aim of the thesis was to focus on the Perspective of Quality Medical Services Development in Georgia and survey has been conducted with the main objectives of exploring population's perceptions regarding their attitudes toward the healthcare quality and safety (first block) and evaluating the patients satisfaction with PHC medical services (second block).

Half of the respondents rate the healthcare as fairly bad and 38% - fairly good. For the majority of respondents the main criteria of high quality medical services are well trained medical staff and treatment that works. 38% of the respondents feel they could be harmed by healthcare and 17% of respondents claim that they have experienced an adverse event with healthcare, but these events were largely (86%) unreported. The majority of respondents feel that the harm can be done through incorrect, missed or delayed diagnoses or medication related errors (wrong prescription or wrong dose etc). Half of the respondents consider that patients' rights to get high quality medical services are protected partly. The majority of respondents consider that main source of information concerning the patient's rights should be provided by medical personal.

The results of second block of survey indicate that patients generally rated positively the level of general practice care in all domain of clinical behavior and organization of care (doctor-patient relationship, medical care, information and support, organization of care and accessibility). A mean of 55,33 % respondents rated level of care as excellent. The observed level of satisfaction reported in this study corresponds to previously reported dates by Health Utilization and Expenditure Survey findings in Georgia though it is comparably low.

Physician's clinical skills were evaluated positively, especially listening, keeping patient's records and data confidential. 84,03% of patient believed that in spite of the lack of time physician is a good listener and 81,94% of patient believed that physician keeps patient's records and data confidential.

Helping the patients to deal with emotional problems related to his or her health status, offering patients services for preventing diseases and involving patients in decisions about his or her medical care are ranked in European countries highly, whereas the same items have got lower rates in our study. These aspects seem to be similar with funding in Former Soviet countries.

Patients' opinions are an important tool in evaluation quality of medical care. The study identified that patients generally rated positively the level of general practice care, however some aspects of clinical behavior and organization of care need to be improved.

The study had some limitation: due to the small number of respondents and facilities involved in evaluation of the level of primary health care quality, the study cannot be viewed as representative for country as a whole. Therefore, we may consider that the results of this study describe observed general tendencies of the population and patients participating in our survey, reveal specific key factor for improvement in medical care and underline the importance of future research of population attitude regarding quality and safety and patients' satisfaction in Georgia.

Dissatisfaction with items shows an importance area for improvement the process of reformation health care services in Georgia.

Health Care Policy maker and Medical Care provider should pay more attention to the population's and patients' opinion and introduce medical care quality evaluation and patients satisfaction study towards achieving main goals: to protect health, rights and dignity of patients in order to assure high quality in Health Care.

შემოკლებათა განმარტებანი

AEZQ – Agency for Quality in Medicine (Germany) – მედიცინაში ხარისხის სააგენტო (გერმანია)

ANAES – Agency for Accreditation and Evaluation of Health Care (France) – ჯანდაცვის შეფასების და აკრედიტაციის სააგენტო (საფრანგეთი)

ANDEM – National Agency for the Development of Medical Evaluation (France) – სამედიცინო შეფასების განვითარების ეროვნული სააგენტო (საფრანგეთი)

BQS – Federal Office for Quality Assurance (Germany) – ხარისხის უზრუნველყოფის ფედერალური ოფისი (გერმანია)

CAF – Common Assessment Framework (Finland) –ერთიანი შეფასების ჩარჩო (ფინეთი)

CFREU – Charter of Fundamental Rights of the European Union – ევროკავშირის ფუნდამენტური უფლებების ქარტია

CMT – Centre for Medical Technology Assessment (Linköping University, Sweden) – სამედიცინო ტექნოლოგიის შეფასების ცენტრი (შვედეთი)

CMW – International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families – მიგრანტი მუშებისა და მათი ოჯახის წევრების უფლებების დაცვის საერთაშორისო კონვენცია

CEDAW – Committee on the Elimination of Discrimination against Women – კონვენცია ქალთა დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ

COE – Council of Europe – ევროპის საბჭო

CHRB – Convention on Human Rights and Biomedicine: Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine – კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ:

CESCR – Committee on Economic, Social and Cultural Rights – ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტი

CRPD – Convention on the Rights of Persons with Disabilities – კონვენცია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების შესახებ

CRC – Convention on the Rights of the Child – ბავშვთა უფლებათა კონვენცია

CHAI – Commission Health Audite and Inspection – ჯანდაცვის აუდიტის და ინსპექციის კომისია

EC– The European Commission – ევროკომისია

ESC – European Social Charter – ევროპის სოციალური ქარტია

ESQH – European Society for Quality in Healthcare – ჯანდაცვის ხარისხის ევროპის საზოგადოება

EU – European Union – ევროკავშირი

ECHR –The European Convention on Human Rights: Formally Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms – ევროპის ადამიანის უფლებების კონვენცია: ევროპის კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ძირითადი თავისუფლებების შესახებ

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations –ჯანდაცვის ორგანიზაციების აკრედიტაციის საბჭო

HKZ – Foundation for Harmonisation of Quality Review in Health Care and Welfare (Netherlands) – ჯანდაცვის და კეთილდღეობის ხარისხის შეფასების ჰარმონიზაციის ფონდი (ნიდერლანდები (ჰოლანდია))

HRC – Human Rights Committee – ადამიანის უფლებათა კომიტეტი

IAPO – International Alliance of Patients’ Organizations – პაციენტთა ორგანიზაციების საერთაშორისო ალიანსი

ICCPR – International Covenant on Civil and Political Rights – საერთაშორისო პაქტი სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებათა შესახებ

IOM – Institute of Medicine – მედიცინის ინსტიტუტი

ISO – International Organization for Standardization – სტანდარტიზაციის საერთაშორისო ორგანიზაცია

ISQua – International Society for Quality in Health Care – ჯანდაცვის ხარისხის საერთაშორისო საზოგადოება

ICESCR – International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ

LQS – Regional Offices for Quality Assurance (Germany) – ხარისხის უზრუნველყოფის რეგიონალური ოფისი (გერმანია)

NBHW National Board of Health and Welfare (Sweden) – ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის ეროვნული საბჭო (შვედეთი)

NCAS – National Clinical Assessment Service (England (United Kingdom)) – კლინიკების შეფასების ეროვნული სამსახური (ინგლისი (გაერთიანებული სამეფო))

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development – ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია

STAKES – National Research and Development Centre for Welfare and Health (Finland) – ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის განვითარების და კვლევის ეროვნული ცენტრი (ფინეთი)

TEO – National Authority for Medico-Legal Affairs (Finland) – სამედიცინო-სასამართლო საკითხების ეროვნული სამსახური

TQM – Total quality management – ხარისხის გოტალური მართვა

WHO – World Health Organization – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

WMA – World Medical Association – მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია

UEMS – Union Europeenne des Medicines Specialistes – ექიმ-სპეციალისტთა ევროპული კავშირი

UN – United Nations – გაერო

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization – გაერთიანებული ერების საგანმანათლებლო, სამეცნიერო და კულტურული ორგანიზაცია

UDHR – Universal Declaration of Human Rights – ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია

UNCHR – United Nations Commission on Human Rights – გაეროს ადამიანის უფლებათა კომისია

UNHRC – The United Nations Human Rights Council – გაეროს ადამიანის უფლებათა საბჭო

USAID – United State Agency for International Development – საერთაშორისო განვითარების შეერთებული შტატების სააგენტო

ქვეყნების აბრევიატურები (ISO ქვეყნების კოდებზე დაყრდნობით)

- AT Austria - ავსტრია
- BE Belgium - ბელგია
- BG Bulgaria - ბულგარეთი
- CY Cyprus - კვიპროსი
- CZ Czech Republic - ჩეხეთი
- DK Denmark- დანია
- EE Estonia - ესტონეთი
- FI Finland - ფინეთი
- FR France - საფრანგეთი
- DE Germany - გერმანია
- EL Greece - საბერძნეთი
- HU Hungary - უნგრეთი
- IE Ireland - ირლანდია
- IT Italy - იტალია
- LV Latvia - ლატვია
- LT Lithuania - ლიტვა
- LU Luxembourg - ლუქსემბურგი
- MT Malta – მალტა
- NL Netherlands - ნიდერლანდები (ჰოლანდია)
- PL Poland - პოლონეთი
- PT Portugal - პორტუგალია
- RO Romania - რუმინეთი
- SK Slovakia - სლოვაკეთი
- SI Slovenia - სლოვენია
- ES Spain - ესპანეთი
- SE Sweden - შვედეთი
- TR Turkey - თურქეთი
- GB United Kingdom - გაერთიანებული სამეფო (დიდი ბრიტანეთი)

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის 2011-2015 წწ. სახელმწიფო სტრატეგია. თბილისი. 2011.
2. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;26(12):1743-1748.
3. Wenzel R. Assessing Quality Health Care: Perspectives for clinicians. Williams & Wilkins, USA. 1992; 1-535.
4. Wilensky, G.R.F., Jencks S.F. The Health Care Quality Improvement Initiative. A New Approach to Quality Assurance in Medicare. JAMA.1992; 268(7): 900-903.
5. Ngo-Metzger Q., Telfair J. et al. Cultural Competency and Quality of Care: obtaining the patients perspective. The Commonwealth Fund pub. No. 963. 2006; 1-40.
6. Fiscella K., Meldrum S. et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? J.Med.Care. 2004; 42(11):1049-1055.
7. Wilson L. and Goldschmidt P. Quality Management in Health Care. McGraw Hill Book Company, Sydney. 1995; 1-731.
8. Cleary P.D. and McNeil B.J. Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry 1988; 25:25-36.
9. Williams S., Weinman J., Dale J. and Newman S. Patient expectations:What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? Fam Pract. 1995; 12: 193–201.
10. Baker R. Development of a questionnaire to assess patient's satisfaction with consultation in general practice. B
11. r J Gen Pract. 1990; 40: 487–490.
12. Kravitz R.L. Patient's expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. MCRR. 1996; 53: 3–25.
13. Kelson M. Consumers Involvement Initiatives in Clinical Audits and Outcomes. Review of Development and Issues in the Identifications of Good Practice. London. Department of Health Clinical Outcomes Group. 1996.
14. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Miibank Memorial Fund.1966; 44:166-206.
15. Locker, D. and Dunt, D., Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Social Science and Medicine. 1978; 12: 283-292.
16. Ware, J., A. Davies-Avery and A. Stewart. The Measurement and Meaning of Patient Satisfaction. Health and Medical Care Services Review. 1978; 1: 2-15.
17. Maxwell R. Quality Assessment in health. Br.Med.J. 1984; 288:1470-1472.

18. Põlluste, K. R. Kalda and Lember, M. Primary health care system in transition: the patient's experience. *International Journal of Quality of Health Care*. 2000; 12(6):503-509.
19. Kersnik, Janko. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *International Journal of Quality in Health Care*. 2000; 12(2): 143-147.
20. Zebiene, Egle et al. Agreement in patient-physician communication in primary care: a study from Central and Eastern Europe. *Patient Education and Counseling*. 2008; 73(2):246-250.
21. Tähepõld, H. et al. Patient Expectations from Consultation with Family Physician. *Croatian Medical Journal*. 2006; 47(1): 148-154.
22. Marcinowiczi, L. et al. The patient's view of the acceptability of the primary care in Poland. *International Journal of Quality of Health Care*. 2008; 20(4): 277-283.
23. Harutyunyan, Tsovinar; Demirchyan, Anahit; Thompson, Michael E and Petrosyan, Varduhi. Patient satisfaction with primary care in Armenia: good rating of bad services? *Journal Health Services Management Research*. 2010; 23(1): 12-17.
24. ურუშაძე რ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. თავი XVII სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა. თბილისი. 2002; 326-336.
25. ჩხეცია თ. სამედიცინო დახმარების ხარისხის შეფასება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო დახმარების, ფარმაცევტული საქმიანობისა და ნარკოტიკების ლეგალურ ბრუნვაზე კონტროლის ინსპექცია. თბილისი. 2004; 1-104.
26. გეგეშიძე ნ. და ალადაშვილი პ. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის სამსახურის მოქმედების პრინციპები და კონცეფციები თანამედროვე მოთხოვნების პირობებში. "Caucasus medical herald" #15, July 2009.
27. სასანია ი., მირზიკაშვილი ნ., შავშიშვილი ნ. მომხმარებლის კმაყოფილების კვლევა. *J. Health Sciences Management and Public Health*. 2003, Vol.4, 2: 73-78.
28. სასანია ი. ჯანდაცვის ხარისხის სტრუქტურა და მისი გაზომვის საშუალებები, 2010. (ხელმისაწვდომია: http://psidiscourse.ge/files/files/21_june/discussion_doc_1.pdf);
29. ვერულავა თ. ჯანდაცვის სერვისების სტრატეგიული შესყიდვა (ხელმისაწვდომია: <http://heconomic.wordpress.com/2010/07/22/tengiz-verulava-15/>);
30. Gamkrelidze A., Atun R., Gotsadze G. and MacLehose L. Health Care Systems in Transition. *European Observatory on Health Systems and Policies*. WHO. 2002; 4(2): 1-72.

31. Chanturidze T, Ugulava T, Durán A, Ensor T and Richardson E. Georgia: Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO. 2009; 11(8):1-116.
32. Universal Declaration of Human Rights, 1948.
33. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966.
34. The European Convention on Human Rights, 1950
35. Convention on Human Rights and Biomedicine: Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine, 1997.
36. საქართველოს კონსტიტუცია, 1995.
37. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, 1995.
38. საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, 2001.
39. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2000.
40. საქართველოს კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ, 1997.
41. Human Rights in Patients Care: A Recourse Guide. OSI, 2009;
42. Human Rights in Patients Care: A Practitioner Guide. OSGF, 2011(
http://www.osgf.ge/files/publications/2011/English_PG.pdf);
43. ჯავაშვილი გ., კიკნაძე გ. და ბარკალაია ა. საქართველოს კანონმდებლობა ადამიანის უფლებების შესახებ ბიომედიცინის სფეროში საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება, თბილისი. 2001; 1-94.
44. სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის და სამედიცინო ეთიკის კომისიები. თბილისი. 2003; 1: 108.
45. კიკნაძე ნ. და სხვ. ჯანდაცვა და ადამიანის უფლებები. კურიკულუმი. თბილისი, ფონდი ღია საზოგადოება- საქართველო. 2010; 1-160.
46. კვაჭაძე მ. და სხვ. წიგნი პაციენტებისათვის „ადამიანის უფლებები და ჯანდაცვა“. ფონდი ღია საზოგადოება- საქართველო, თბილისი. 2011; 1-132.
47. თალაკვაძე ა. და სხვ. ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმოხილვა და სამართლებრივი ანალიზი. ფონდი ღია საზოგადოება- საქართველო, თბილისი. 2011; 1-95.
48. ასლანიშვილი კ. და სხვ. ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. პრაქტიკული სახელმძღვანელო იურისტებისათვის. ფონდი ღია საზოგადოება - საქართველო, თბილისი, 2011.
49. Gruskin S. What are Health and Human Rights? The Lancet, vol. 363, no. 329, 2004;
50. Toebes B. The Right to Health and the Privatization of National Health Systems. J. Health and Human Rights. 2007; Vol.9, no 1: 102-127.
51. Tarantola D. A perspective on the history of health and human rights: from the Cold War to the Gold War. J Public Health Policy. 2008; 29(1):42-53.

52. Doyal L., Needs, rights, and equity: more quality in healthcare rationing. *J. Qual Health Care.* 1995; 4(4): 273–283.
53. De Negri Filho A., A human rights approach to quality of life and health: Applications to public health programming. *J. Health and Human Rights.* 2008; Vol. 10, 1.
54. Braveman P., Social Conditions, Health Equity and Human Rights. *J. Health and Human Rights.* 2010; Vol. 12, 2.
55. Constitution of the World Health Organization,
56. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
(http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf);
57. WMA Declaration of Ottawa on Child Health,
58. European Social Charter, COE, 1996.
59. Patients' Rights in the European Union
60. Ljbljana Charter on Reforming Health Care in Europe. WHO, 1996.
61. COE Recommendations for Ministers of Health. COE, 1997.
62. WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient
63. A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. WHO, 1994.
64. European Charter of Patients' Rights (Basic Document). Active Citizenship Network, 2000.
65. Convention on Human Rights and Biomedicine: Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine, COE, 1997.
66. Health 21. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen, 1998. (35)
67. The UN Millennium Development Goals. (<http://www.un.org/millenniumgoals>);
68. Charter of Fundamental Rights of the European Union, 2000
69. European Commission DG Health and Consumer Protection. Luxemburg Declaration on Patients Safety, 2005.
70. European Union of Medical Specialists (UEMS). Promoting Good Medical Care, 2001.
71. The World Health Report. Health System improving performance. WHO, 2000
72. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. European Commission, Brussels, 2007.
73. Declaration on Patient-Centered Healthcare, IAPO, 2007.
74. The world health report - Health systems financing: the path to universal coverage. WHO, 2010.
75. Convention on the Rights of the Child, 1994.
76. Convention on the Elimination of Discrimination against Women, 1996.
77. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2009.

78. International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families, 1994.
79. ამყოლაძე გ., ამყოლაძე თ., გიორგიშვილი ნ. და ლომსაძე-კუჭავა მ. კონკურენტუნარიანობა. ხარისხისა და პროექტის მენეჯმენტი. საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი. თბილისი. 2009.
80. ლიბრაძე ნ. და სამსონია ნ. ხარისხის მენეჯმენტი ენერგეტიკასა და ტელეკომუნიკაციაში. თექნიკური უნივერსიტეტი. თბილისი. 2009.
81. სულაბერიძე მ. პროექტის მენეჯმენტის საფუძვლები თბილისი, 2008
82. ხარისხის უზრუნველყოფის შიდა ინსტიტუციური მექანიზმები. გამკველევი. თბილისი. 2009.
83. Crosby P.B., Quality without tears. McGraw-Hill, New-York. 1984.
84. Juran J.M., The Quality trilogy. QualityProgress. 1986; 19 (8):19-24.
85. Deming W.E. Out of Crisis. Cambridge University Press, Cambridge. 1986.
86. Noriaki K., Seraku N., Takahashi F. and Tsuji S.1 Attractive quality and must-be quality . J. of the Japanese Society for Quality Control. 1984; 14 (2): 39.
87. Department of Health and Social Security. NHS Management inquiry (The Griffiths Managment Report). London. 1983.
88. The Patient's Charter. Department of Health. HMSO, London. 1991.
89. Bagott R. Health and Health Care in Britain. Palgrave Macmillan, London. 2004.
90. The New NHS: Moderne, Dependable. Department of Health. The stationary Office, London. 1997.
91. Henderson E. Managing for Quality. Open University Press, Milton Keines. 1998.
92. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC, Institute of Medicine. 2001.
93. Agency for Health care research and quality, AHRQ. USA. 1990.
94. Ovretveit J. Health Service Quality. Blacwell Science, Oxford. 1992.
95. Kendall L. and Lissauer R. The Future Health Worker, IPPR, London. 2003.
96. ვასაძე ო., ჯანელიძე ც. და კობალაძე ლ. ჯანდაცვის მენეჯმენტის განმარტებითი ლექსიკონი. თბილისი. 2002; 1-237.
97. Williamson J. Formulating priorities for quality assurance activity: Description of its method and its application. JAMA. 1978; 239:631-637.
98. Ruelas E. and Frenk J. Framework for the analysis of quality assurance in transition: the case of Mexico. AustClin Rev. 1989; 9(1):9-16.
99. Oakland J. Total Quality Management. Butterworth-Heinemann, Oxford. 1993.
100. Wall D.K. and Pryect M.M. Quality Management 2000. Precept Press, Chicago, Illinois. 1997; 1: 189.

101. Moris B. Total Quality Management. *Intern. J. of Health Care Quality Assurance*. 2(3):4-6.
102. McSherry R. and Pearse P. *Clinical Governance: A guide to Implementation for Health Care Professionals*. Blackwell Science, Oxford. 2002.
103. Sale D. *Quality Assurance: A pathway to excellence*. Macmillan, London. 2000.
104. Pillinger, J. *Quality in social public services*, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2001.
105. Spencer E, Walshe K. *Quality Improvement Strategies in Healthcare Systems of the European Union, Deliverable 1. The MARQuIS Project*. European Commission. 2005.
106. Spencer E, Walshe K. *Health Care Quality Strategies in Europe. A survey of quality improvement policies and strategies in health care systems of member states of the European Union, Deliverable 6. The MARQuIS Project*. European Commission. 2005.
107. Legido-Quigley H, McKee M, Walshe K, et al. How can quality of care be safeguarded across the European Union? *BMJ*. 2008;336:920–923.
108. Bertinato L et al. *Cross Border Health Care in Europe*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. 2005.
109. Schweiger B, Pueringer U, Abbuhl BE, et al. *Quality policy in health care systems of the EU Accession Candidates, Status quo and perspectives*. Vienna: Federal Ministry of Social Security and Generations. 2001.
110. Legido-Quigley H et al. Patient mobility in the European Union. *BMJ*. 2007; 334:188–190.
111. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E. *Quality of care, patient orientation, information to patients and professionals*. London, London School of Hygiene & Tropical Medicine. 2005.
112. Valepyn P. *Integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen [Integrated quality in health care institutions]. Wetgeving gezondheidszorg met commentaar [Health Care Legislation with Comments]*. Kortrijk-Heule, UGA. 2005.
113. Busse R, Riesberg A. *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory and Health Systems and Policies. 2004.
114. Hofmarcher M, Rack H. *Health care systems in transition: Austria*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2001.
115. Offermanns G. KTQ – the new quality model for Austria? *Qualitas. Journal for Quality in Austrian Healthcare*. 2007; 4–9.
116. Swedish Medical Products Agency. 2007. [web site]. Uppsala, Swedish Medical Products Agency. (<http://www.lakemedelsverket.se>)
117. Ödegård, S. From punishment to prevention? Medical errors reported in Sweden 1989–93. *Safety Science Monitor*. 1999; 3(1)-10.

118. Sandier, S, Paris, V, Polton, D. France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 6(2). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2004.
119. De Pourville G. Quality of care initiatives in the French context. *International Journal of Quality in Health Care*. 1997; 9:163–170.
120. Engels EL. Chained without borders? Part A- Explorative research on transnational care-chains between the Netherlands and Belgium. University of Maastricht. 2003.
121. NIHR Health Technology Assessment Programme. Southampton, National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA), University of Southampton. 2007.
122. Ducinskiene D et al. Awareness and practice of patient's rights law in Lithuania. *BMC International Health and Human Rights*. 2006; 6(10).
123. Lombarts M.J. et al. Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: results of the MARQuIS project. *J. Qual Saf Health Care*. 2009; 18:128-137.
124. Belbanco T. Quality of care through the patient's eyes, *BMJ* 1996; 313:832-833.
125. Kravitz RL. Measuring patients' expectations and requests. *Ann Intern Med*. 2001; 134(9): 881-888.
126. Coulter A. and Ellins J. How engaged are people in their health care? Findings of a national telephone survey, The Health Foundation. 2005.
127. Coulter A. and Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients, *BMJ*. 2007;335:24-27.
128. Coulter A., Fitzpatrick R., and Davis L. Patient and Public Perspectives on Health Care Performance, report prepared for the Commission for Health Improvement. 2002.
129. Danielsen, K., Garratt, A. M. et al. Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: A survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2007; 35:170-77.
130. Bate P. & Robert G. Bringing user experience to healthcare improvement: The concepts, methods and practices of experience-based design, Radcliffe, London. 2007.
131. Lindhardt T. et al. Collaboration between relatives of elderly patients and nurses and its relation to satisfaction with the hospital care trajectory, *ScandJ. of CarScienc*. 22 ,507 – 519.
132. Patient assessments of a hypothetical medical error: effects of health outcome, disclosure, and staff responsiveness. *BMJQS*. 2006; 15(2): 136-141.
133. The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study *BMJQS*. 2010; 19(4): 298-303.
134. Differences of the quality of care experience: the perception of patients with either network or conventional health plans *FamPract*. 2011; 28(4): 406-413.
135. Quality and Coordination of Care for Patients With Multiple Conditions: Results From an International Survey of Patient Experience *Eval Health Prof*. 2010; 33(3): 343-364.
136. Improving access to primary care: the impact of a quality-improvement strategy *BMJQS*. 2010; 19(3): 248-251.

137. Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research
FamPract. 2008.
138. Chronically ill Australians' satisfaction with accessibility and patient-centredness
Int J Qual Health Care. 2008; 20(2): 105-114.
139. Conditions for patient participation and non-participation in health care. Nurs Ethics.
2006; 13(5): 503-514.
140. Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe
J Health Serv Res Policy. 2011; 16(suppl_2): 38-47.
141. Phi Linh Nguyen Thi, Briancon, S., Empereur, Guillemin, F., Factors determining
inpatient satisfaction with care, Social Science and Medicine. 2002; 54: 493-504.
142. Sweeney J. et al. Development of the Irish National Patient Perception of Quality of
Care Survey, International Journal for Quality in Health Care. 2003; 15: 163-168.
143. Tate, P. Ideas, concerns and expectations, Medicine 2005; 33(2): 26-27.
144. Mowen J. C, Licata J. W, McPhail J. Waiting in the emergency room: how to
improve patient satisfaction, Journal of Health Care Marketing. 1993; 13(2): 26-33.
145. Characteristics of the emergency and urgent care system important to patients: a
qualitative study J. Health Serv. Res. Policy. 2008; 13(suppl_2): 19-25.
146. Measuring patients' experiences and views of the emergency and urgent care system:
psychometric testing of the urgent care system questionnaire BMJQS. 2011; 20(2): 134-
140.
147. Yarnold P. R. et al. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency
departments, Journal of Behavioral Medicine. 1998; 21(6): 545-563.
148. Tran T. P. et al. Provision of clinically based information improves patients' perceived
length of stay and satisfaction with EP, American J. of Emerg. Med. 2002; 20: 506-509.
149. Spaite, D. W. et al. Rapid process redesign in a university-based emergency department:
decreasing waiting time intervals and improving patient satisfaction. Annals of
Emergency Medicine. 2002; 39(2):168-177.
150. Wellstood K. et al. "Unless you went in with your head under your
arm": Patient perceptions of emergency room visits. JSocSci&Med.2005; 61(11):2363-
2373.
151. Young GJ, Meterko M. and Desai KR. Patient satisfaction with hospital care: effects of
demographic and institutional characteristics. J Med Care. 2000; 38(3): 325-334.
152. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool.
J.FamPract. 2001; 50(2): 161-71.
153. Ivarsson B. et al. Patients' experiences of support while waiting for cardiac surgery. A
critical incident technique analysis. Europ J Cardiovascular Nursing. 2004; 3(2):183-191.
154. Khayat, K., Patient Satisfaction surveys as a market research tool for general practices,
British Journal of General Practice. 1994; 44:215-219.

155. Thomas, L. H. et al. Obtaining Patients' Views of Nursing Care to Inform the Development of a Patient Satisfaction Scale. *Int. Journal for Quality in Health Care*. 1995;7(2) 153-163.
156. Ottosson B. et al. Patient satisfaction after expenditure cutback and intervention to improve nursing care at a surgical clinic. *International Journal for Quality in Health Care*. 43 – 53.
157. Hjoerleifsdottir E. et al. Satisfaction with care in oncology outpatient clinics: psychometric characteristics of the Icelandic EORTC IN-PATSAT32 version. *JClinNursing*.19:1784-94.
158. Hjörleifsdottir E. Icelandic patients in oncology outpatient care: Distress, coping and satisfaction with care. *Bulletin from the Department of Health Sciences, Lund University*, 165.
159. Isern A.E. and al. Aesthetic outcome, patient satisfaction, and health-related quality of life in women at high risk undergoing prophylactic mastectomy and immediate breast reconstruction. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 11
160. Factors that influence cancer patients' overall perceptions of the quality of care. *Int J Qual Health Care*. 2006; 18(4): 266-274.
161. Eklund M. Satisfaction with Daily Occupations: a tool for client evaluation in mental health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003; 17(4): 339-346.
162. Johansson H. and Eklund M. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003; 17(4): 346-350.
163. Eklund M. Determinants of satisfaction with community-based psychiatric services: A cross-sectional study among schizophrenia outpatients. *Nordic J. of Psychiatry*. 2001; 55(6): 413-418.
164. Robertsson O. et al. Patient satisfaction compared with general health and disease-specific questionnaires in knee arthroplasty patients. *J of Arthroplasty*. 2001; 16(4): 476-482.
165. Robertsson O. Patient satisfaction after knee arthroplasty: a report on 27,372 knees operated on between 1981 and 1995 in Sweden. *JActaorthopaedicaScand*.2000;71(3):262-7.
166. Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study *Hum Reprod*. 2010; 25(10): 2516-2526.
167. Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients *Hum Reprod*. 2010; 25(1): 142-149.
168. Pantoja T. et al. Patients' perspective in Chilean primary care: a questionnaire validation study. *Intern J Qual in Health Care*. 2009; 21(1): 51 –57.
169. Jenkinson C. et al. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *IntJQualHealth Care*.2002;14(5):353-358.

170. Marshall GN, Hays RD. The Patient Satisfaction Questionnaire Short-form (PSQ-18). RAND, Santa Monica; 1994.
171. Special Eurobarometer. Patients Safety and Quality of Health Care. European Commission. Brussel, Belgium; 2010.
172. Oltedal S. et al. The NORPEQ patient experiences questionnaire: Data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. *Scand J Publ H.* 2007; 35(5): 540-547.
173. White B. Measuring Patient Satisfaction: How to Do It and Why to Bother. *FamPract Man.* 1999; 6(1): 40-44.
174. Client Satisfaction Evaluation. WHO, Geneva. 2000.
175. Grogan S. et al. Development of a questionnaire to measure patients' satisfaction with general practitioners' services. *Br J Gen Pract.* 1995; 45(399): 525-529.
176. Ramsay J. et al. The general practice assessment survey (GPAS): test of data quality and measurement properties. *FamPract.* 2000; 17(5): 372-379.
177. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *JfFamPract.* 2001; 50(2): 161-71.
178. Patients' experiences and satisfaction with out-of-hours GP home visiting provided by a GP cooperative *FamPract.* 2011; 28(1): 88-92.
179. Capturing users' experience of UK out-of-hours primary medical care: piloting and psychometric properties of the Out-of-hours Patient Questionnaire *BMJQS.* 2007; 16(6): 462-468.
180. Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in The Netherlands: development of a postal questionnaire *FamPract.* 2006; 23(4): 437-443.
181. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices *FamPract.* 2006; 23(1): 137-147.
182. Elderly patients' and GPs' views on different methods for patient involvement: an international qualitative interview study *FamPract.* 2005; 22(2): 184-191.
183. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe *FamPract.* 2005; 22(2): 215-222.
184. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care *BMJQS.* 2002; 11(4): 358-364.
185. Primary Care Clinic Size and Patient Satisfaction in a Military Setting *American Journal of Medical Quality.* 2003; 18(6): 251-255.
186. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37 000 patients treated by 73 hospitals *Int. J. Qual Health Care.* 2011; 23(3): 278-283.
187. Patient-reported conformity of informed consent procedures and participation in clinical research *QJM.* 2011; 104(2): 151-159.

188. A core questionnaire for the assessment of patient satisfaction in academic hospitals in The Netherlands: development and first results in a nationwide study BMJQS. 2010; 19(5): 1-6.
189. Communication Discrepancies Between Physicians and Hospitalized Patients. Arch Intern Med. 2010; 170(15): 1302-1307.
190. Satisfaction with inpatient care in a population-based Hong Kong Chinese sample BMJQS. 2010; 19(3): 173-181.
191. The association between body mass index and patients' experiences with inpatient care. Int J Qual Health Care. 2010; 22(2): 140-144.
192. Is patient-centredness in European hospitals related to existing quality improvement strategies? Analysis of a cross-sectional survey. BMJQS. 2009; 18(Suppl_1): 144-150.
193. Comparing patient reports about hospital care across a Canadian-US border. Int J Qual Health Care. 2008; 20(2): 95-104.
194. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის მართვის ეროვნული ცენტრი. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის ძირითადი მიმართულებები. თბილისი. 1996; 1-52.
195. სოციალურ-ეკონომიკურ გარდაქმნათა სტრატეგია და ტაქტიკა გარდამავალ პერიოდში. თბილისი. 1997; 1-125.
196. კიკნაძე გ., ჯავაშვილი გ. ექიმის პროფესიული საქმიანობის სამართლებრივი საფუძვლები. ბიოეთიკის და ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება. თბილისი. 2002; 1-88.
197. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2010.
198. ჯანმრთელობის დაცვა. ეროვნული ანგარიში. 2010.
199. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა. 1999.
200. საქართველოს სოციალური განვითარების საპრეზიდენტო პროგრამის განხორციელების სტრატეგიული გეგმა 2002-2006წწ.
201. ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის კონცეფცია. თბილისი. 2006.
202. ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა. თბილისი. 2007.
203. Concept for a Hospital Accreditation System in Georgia. USAID, 2005; 1-26.
204. ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების ანგარიში.
205. გაბრიჭიძე ს. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის კვლევის შედეგები (აჭარა, სამეგრელო). Welfare Foundation, 2011.
206. სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010. თბილისი. 2011; 1-84.
207. სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილების კვლევა. თბილისი, 2009.
<http://www.act-gr.com/geo/index/news/609>

208. ლომინაძე დ. სამედიცინო მომსახურების ბაზრის განვითარების თავისებურებები და პერსპექტივები საქართველოში. თბილისი. 2011; 1-254.
209. სამედიცინო მომსახურება საქართველოში. მოსახლეობის მიერ ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული ხარჯებისა და აღურიცხავი სამედიცინო მომსახურების გამოკვლევის ანგარიში. თბილისი. 2000; 1-65.
210. Special Eurobarometer. Patients Safety and Quality of Health Care. European Commission. Brussel, Belgium. 2010.
211. Grol R. and Wensing M. Patients Evaluate General/Family Practice. The EUROPEP instrument. University Medical Centre. 2000;1-71.
212. Client Satisfaction Evaluation. WHO, Geneva. 2000.
213. Grol R. et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *FamPract.* 1988; 16(1): 4-11.
214. Grol R. et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract.* 2000; 50(460): 882-887.
215. Klingenberg A. Bahrs O, Szecsenyi J. How do patients evaluate general practice? German results from the European Project on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP). *J. ArztlFortbildQualitatssich.* 1999; 93 (6): 437-445.
216. Wensing M, Mainz J, Grol R. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. 2000; 6(3): 82-87.
217. Kersnik J. et al. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *ScandJPrimHealthCare.* 2001;19(3):174-177.
218. Kersnik J. Patients' recommendation of doctor as an indicator of patient satisfaction. *Hong Kong Med J.* 2003; 9(4): 247-250.
219. Dagdeviren N, Akturk Z. An Evaluation of Patient Satisfaction in Turkey with the EUROPEP Instrument. *Yionsay Med J.* 2004; 45(1): 23-28.
220. Mourad T. Abu et al. An Evaluation of Patients' Opinions of Primary Care Physicians: the Use of EUROPEP in Gaza Strip-Palestine. *J Med Syst.* 2007; 31(6): 497-503.
221. Mainz J. et al. How do patients evaluate their general practitioners? Danish results from a European study. *J. UgeskrLaeger.* 2000; 162(5): 654-658.
222. Marian F. et al. Patient satisfaction and side effects in primary care: An observational study comparing homeopathy and conventional medicine. *BMC Complem and Altern Med.* 2008; 8: 52-62.
223. Esch B. et al. Patient satisfaction with primary care: an observational study comparing anthroposophic and conventional care. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2008; 6: 74-89.
224. Petek D. et al. Patients' evaluations of European general practice—revisited after 11 years. *Intern J Qual Health Care.* 2011; 23(6): 621-628.

225. Bjertnaes O. et al. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *FamPract.* 2011; 28(3): 342-329.
226. Heje H. et al., 2006. A cluster-randomized trial of the significance of a reminder procedure in a patient evaluation survey in general practice. *Intern J Qual Health Care.* 18 (3): 232-237.
227. Milano M. et al. Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. *Eur J Gen Pract.* 2007; 13(2): 92–94.
228. Haggerty J. L. Measurement of Primary Healthcare Attributes from the Patient Perspective. *Healthcare Policy.* 2011; 7: 13-20.
229. Zebiene E. et al. Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania. *Intern J Qual Health Care.* 2004; 16(1): 83-89.
230. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Intern J Qual Health Care.* 2000; 12(2): 143-147.
231. Patients' evaluations of European general practice—revisited after 11 years. *Int J. Qual Health Care* (2011) 23(6): 621-628

ცხრილი №9 ხარისხის შეფასება. კორელაცია სქესთან (Chi-Square ტესტი)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	106.098 ^a	4	.000	.000		
Likelihood Ratio	110.175	4	.000	.000		
Fisher's Exact Test	109.285			.000		
Linear-by-Linear Association	35.535 ^b	1	.000	.000	.000	.000
N of Valid Cases	441					

ცხრილი №10 ხარისხის შეფასება. კორელაცია სქესთან (სპირმანის კოეფიციენტი)

			Sex	Evaluation
Kendall's tau_b	sex	Correlation Coefficient	1.000	.347**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	441	441
	evaluation	Correlation Coefficient	.347**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	441	441
Spearman's rho	sex	Correlation Coefficient	1.000	.365**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	441	441
	evaluation	Correlation Coefficient	.365**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	441	441

ცხრილი №11 ხარისხის შეფასება. მონაცემები სქესობრივი ჯგუფების მიხედვით

			Evaluation					Total
			DK	Very bad	Bad	Good	Very good	
sex	Women	Count	2	29	187	65	3	286
		Expected Count	5.8	25.9	140.1	108.3	5.8	286.0
		% within sex	.7%		65.4%	22.7%	1.0%	100.0%
		% within evaluation	22.2%	72.5%	86.6%	38.9%	33.3%	64.9%
		% of Total	.5%	6.6%	42.4%	14.7%	.7%	64.9%
Men	Count	7	11	29	102	6	155	
	Expected Count	3.2	14.1	75.9	58.7	3.2	155.0	
	% within sex	4.5%	7.1%	18.7%	65.8%	3.9%	100.0%	
	% within evaluation	77.8%	27.5%	13.4%	61.1%	66.7%	35.1%	
	% of Total	1.6%	2.5%	6.6%	23.1%	1.4%	35.1%	
Total	Count	9	40	216	167	9	441	
	Expected Count	9.0	40.0	216.0	167.0	9.0	441.0	
	% within sex	2.0%	9.1%	49.0%	37.9%	2.0%	100.0%	
	% within evaluation	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	2.0%	9.1%	49.0%	37.9%	2.0%	100.0%	

ცხრილი №12 ხარისხის შეფასება. კორელაცია ასაკთან (Chi-Square ტესტი)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	42.001 ^a	12	.000	. ^b	
Likelihood Ratio	34.900	12	.000	. ^c	
Fisher's Exact Test	. ^c			. ^c	
Linear-by-Linear Association	12.896	1	.000	. ^b	. ^b
N of Valid Cases	441				

**ცხრილი №13 ხარისხის შეფასება. კორელაცია ასაკთან
(სპირმანის კოეფიციენტი)**

			Evaluation	Age
Kendall's tau_b	evaluation	Correlation Coefficient	1.000	.123**
		Sig. (2-tailed)	.	.004
		N	441	441
	age	Correlation Coefficient	.123**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.004	.
		N	441	441
Spearman's rho	evaluation	Correlation Coefficient	1.000	.136**
		Sig. (2-tailed)	.	.004
		N	441	441
	age	Correlation Coefficient	.136**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.004	.
		N	441	441

ცხრილი №14 ხარისხის შეფასება. მონაცემები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

			Evaluation					Total
			DK	Very bad	Bad	Good	Very good	
age	15-24	Count	5	18	72	56	1	152
		Expected Count	3.1	13.8	74.4	57.6	3.1	152.0
		% within age	3.3%	11.8%	47.4%	36.8%	.7%	100.0%
		% within evaluation	55.6%	45.0%	33.3%	33.5%	11.1%	34.5%
		% of Total	1.1%	4.1%	16.3%	12.7%	.2%	34.5%
25-39	Count	Count	3	17	102	67	1	190
		Expected Count	3.9	17.2	93.1	72.0	3.9	190.0
		% within age	1.6%	8.9%	53.7%	35.3%	.5%	100.0%
		% within evaluation	33.3%	42.5%	47.2%	40.1%	11.1%	43.1%
		% of Total	.7%	3.9%	23.1%	15.2%	.2%	43.1%
40-54	Count	Count	0	3	37	27	3	70
		Expected Count	1.4	6.3	34.3	26.5	1.4	70.0
		% within age	.0%	4.3%	52.9%	38.6%	4.3%	100.0%
		% within evaluation	.0%	7.5%	17.1%	16.2%	33.3%	15.9%
		% of Total	.0%	.7%	8.4%	6.1%	.7%	15.9%
>55	Count	Count	1	2	5	17	4	29
		Expected Count	.6	2.6	14.2	11.0	.6	29.0
		% within age	3.4%	6.9%	17.2%	58.6%	13.8%	100.0%
		% within evaluation	11.1%	5.0%	2.3%	10.2%	44.4%	6.6%
		% of Total	.2%	.5%	1.1%	3.9%	.9%	6.6%
Total	Count	Count	9	40	216	167	9	441
		Expected Count	9.0	40.0	216.0	167.0	9.0	441.0
		% within age	2.0%	9.1%	49.0%	37.9%	2.0%	100.0%
		% within evaluation	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	2.0%	9.1%	49.0%	37.9%	2.0%	100.0%

ცხრილი №22 გადაწყვეტილები მიღება. კორელაცია ასაკსა და შეფასებას შორის (Chi-Square ტესტი)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42.935 ^a	8	.000
Likelihood Ratio	45.356	8	.000
Linear-by-Linear Association	37.712	1	.000
N of Valid Cases	382		

ცხრილი №23 გადაწყვეტილები მიღება. კორელაცია ასაკსა და შეფასებას შორის (სპირმანის კოეფიციენტი)

			Age	Evaluation
Kendall's tau_b	Age	Correlation Coefficient	1.000	.279**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	382	382
	Evaluation	Correlation Coefficient	.279**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	382	382
Spearman's rho	Age	Correlation Coefficient	1.000	.316**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	382	382
	Evaluation	Correlation Coefficient	.316**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	382	382

ცხრილი №24 გადაწყვეტილები მიღება. კორელაცია სქესსა და შეფასებას შორის (Chi-Square ტესტი)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.582 ^a	4	.001
Likelihood Ratio	21.464	4	.000
Linear-by-Linear Association	.255	1	.613
N of Valid Cases	382		

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.582 ^a	4	.001
Likelihood Ratio	21.464	4	.000
Linear-by-Linear Association	.255	1	.613
N of Valid Cases	382		

ცხრილი №25 გადაწყვეტილები მიღება. კორელაცია სქესსა და შეფასებას შორის (სპირმანის კოეფიციენტი)

			Sex	Evaluation
Kendall's tau_b	Sex	Correlation Coefficient	1.000	.016
		Sig. (2-tailed)	.	.733
		N	382	382
Evaluation	Evaluation	Correlation Coefficient	.016	1.000
		Sig. (2-tailed)	.733	.
		N	382	382
Spearman's rho	Sex	Correlation Coefficient	1.000	.017
		Sig. (2-tailed)	.	.734
		N	382	382
Evaluation	Evaluation	Correlation Coefficient	.017	1.000
		Sig. (2-tailed)	.734	.
		N	382	382

ცხრილი №26 გადაწყვეტილები მიღება. კორელაცია საცხოვრებელ ადგილსა და შეფასებას შორის (Chi-Square ტესტი)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.818 ^a	4	.066
Likelihood Ratio	8.928	4	.063
Linear-by-Linear Association	5.100	1	.024
N of Valid Cases	382		

ცხრილი №27 გადაწყვეტილები მიღება. კორელაცია საცხოვრებელ ადგილსა და შეფასებას შორის (სპირმანის კოეფიციენტი)

			Urban/Rural	Evaluation
Kendall's tau_b	Urban/Rural	Correlation Coefficient	1.000	-.113*
		Sig. (2-tailed)	.	.016
		N	382	382
Evaluation	Urban/Rural	Correlation Coefficient	-.113*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.016	.
		N	382	382
Spearman's rho	Urban/Rural	Correlation Coefficient	1.000	-.123*
		Sig. (2-tailed)	.	.016
		N	382	382
Evaluation	Urban/Rural	Correlation Coefficient	-.123*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.016	.
		N	382	382

ცხრილი №28 პრევენცია. კორელაცია ასაკსა და შეფასებას შორის (Chi-Square ტესტი)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.067 ^a	8	.010
Likelihood Ratio	20.122	8	.010
Linear-by-Linear Association	14.549	1	.000
N of Valid Cases	382		

ცხრილი №29 პრევენცია. კორელაცია ასაკსა და შეფასებას შორის (სპირმანის კოეფიციენტი)

			Age	Evaluation
Kendall's tau_b	Age	Correlation Coefficient	1.000	.164**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	382	382
	Evaluation	Correlation Coefficient	.164**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	382	382
Spearman's rho	Age	Correlation Coefficient	1.000	.184**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	382	382
	Evaluation	Correlation Coefficient	.184**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	382	382

ცხრილი №30 პრევენცია. კორელაცია სქესსა და შეფასებას შორის (Chi-Square ტესტი)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.582 ^a	4	.001
Likelihood Ratio	20.630	4	.000
Linear-by-Linear Association	12.664	1	.000
N of Valid Cases	382		

ცხრილი №31 პრევენცია. კორელაცია სქესსა და შეფასებას შორის (სპირმანის კოეფიციენტი)

			Sex	Evaluation
Kendall's tau_b	Sex	Correlation Coefficient	1.000	.176**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	382	382
	Evaluation	Correlation Coefficient	.176**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	382	382
Spearman's rho	Sex	Correlation Coefficient	1.000	.190**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	382	382
	Evaluation	Correlation Coefficient	.190**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	382	382

ცხრილი №32 პრევენცია. კორელაცია საცხოვრებელ ადგილსა და შეფასებას შორის (Chi-Square ტესტი)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.290 ^a	4	.179
Likelihood Ratio	6.222	4	.183
Linear-by-Linear Association	1.498	1	.221
N of Valid Cases	382		

ცხრილი №33 პრევენცია. კორელაცია საცხოვრებელ ადგილსა და შეფასებას შორის (სპირმანის კოეფიციენტი)

			Urban.Rural	Evaluation
Kendall's tau_b	Urban.Rural	Correlation Coefficient	1.000	.075
		Sig. (2-tailed)	.	.117
		N	382	382
Evaluation	Evaluation	Correlation Coefficient	.075	1.000
		Sig. (2-tailed)	.117	.
		N	382	382
Spearman's rho	Urban.Rural	Correlation Coefficient	1.000	.080
		Sig. (2-tailed)	.	.117
		N	382	382
Evaluation	Evaluation	Correlation Coefficient	.080	1.000
		Sig. (2-tailed)	.117	.
		N	382	382

ცხრილი №34 ემოციების დაძლევა. კორელაცია ასაკსა და შეფასებას შორის
(Chi-Square ტესტი)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.128 ^a	8	.020
Likelihood Ratio	17.914	8	.022
Linear-by-Linear Association	10.338	1	.001
N of Valid Cases	382		

ცხრილი №34 ემოციების დაძლევა. კორელაცია ასაკსა და შეფასებას შორის
(სპირმანის კოეფიციენტი)

			Age	Evaluation
Kendall's tau_b	Age	Correlation Coefficient	1.000	.148**
		Sig. (2-tailed)	.	.001
		N	382	382
	Evaluation	Correlation Coefficient	.148**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.
		N	382	382
Spearman's rho	Age	Correlation Coefficient	1.000	.172**
		Sig. (2-tailed)	.	.001
		N	382	382
	Evaluation	Correlation Coefficient	.172**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.
		N	382	382

ცხრილი №36 ემოციების დაძლევა. კორელაცია სქესსა და შეფასებას შორის
(Chi-Square ტესტი)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.134 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	29.511	4	.000
Linear-by-Linear Association	9.565	1	.002
N of Valid Cases	382		

ცხრილი №36 ემოციების დაძლევა. კორელაცია სქესსა და შეფასებას შორის
(სპირმანის კოეფიციენტი)

			Sex	Evaluation
Kendall's tau_b	Sex	Correlation Coefficient	1.000	.130**
		Sig. (2-tailed)	.	.005
		N	382	382
	Evaluation	Correlation Coefficient	.130**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.005	.
		N	382	382
Spearman's rho	Sex	Correlation Coefficient	1.000	.143**
		Sig. (2-tailed)	.	.005
		N	382	382
	Evaluation	Correlation Coefficient	.143**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.005	.
		N	382	382

ცხრილი №38 ემოციების დაძლევა. კორელაცია საცხოვრებელ ადგილსა და შეფასებას შორის (Chi-Square ტესტი)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.895 ^a	4	.420
Likelihood Ratio	3.954	4	.412
Linear-by-Linear Association	1.077	1	.299
N of Valid Cases	382		

ცხრილი №39 ემოციების დაძლევა. კორელაცია საცხოვრებელ ადგილსა და შეფასებას შორის (სპირმანის კოეფიციენტი)

			Urban.Rural	Evaluation
Kendall's tau_b	Urban.Rural	Correlation Coefficient	1.000	.053
		Sig. (2-tailed)	.	.253
		N	382	382
	Evaluation	Correlation Coefficient	.053	1.000
		Sig. (2-tailed)	.253	.
		N	382	382
Spearman's rho	Urban.Rural	Correlation Coefficient	1.000	.059
		Sig. (2-tailed)	.	.253
		N	382	382
	Evaluation	Correlation Coefficient	.059	1.000
		Sig. (2-tailed)	.253	.
		N	382	382

კითხვარი

(I კომპონენტი)

კითხვარი შეიცავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებულ შეკითხვებს. გთხოვთ უპასუხოთ ყველა შეკითხვას. პასუხები გათვალისწინებული იქნება მოცემული კვლევის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების რეკომენდაციების შემუშავებისათვის.

გთხოვთ, მიუთითოთ: თქვენი ასაკი

სქესი: მდედრ. მამრ.

1. თქვენი აზრით რომელია მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის სამი ყველაზე მნიშვნელოვანი კრიტერიუმი? (გთხოვთ, შემოხაზოთ არაუმეტეს სამი პასუხისა)

- სამედიცინო დაწესებულების/ ექიმის ტერიტორიული სიახლოვე
- ექიმის თავისუფალი არჩევანი
- პაციენტის ღირსების პატივისცემა
- კარგად მომზადებული სამედიცინო კადრი
- სუფთა გარემო სამედიცინომომსახურების გამწვევ დაწესებულებაში
- ეფექტური მკურნალობა
- საავადმყოფოს თავისუფალი არჩევანი
- ჯანდაცვა, რომელიც გიცავთ ზიანისგან
- დიაგნოსტიკისთვის და მკურნალობისთვის მოლოდინის სიების/რიგების არარსებობა;
- კეთილგანწყობილი დამეგობრული გარემო;
- თანამედროვე სამედიცინო აღჭურვილობა;
- არ მაქვს პასუხი

2. როგორ შეაფასებთ მთლიანობაში ჯანდაცვის სისტემას? (გთხოვთ, აღნიშნოთ მხოლოდ ერთი პასუხი)

- ძალიან კარგი;
- კარგი;
- ცუდი;
- ძალიან ცუდი;
- არ მაქვს პასუხი

3. როგორ ფიქრობთ რამდენად შესაძლებელია სამედიცინო მომსახურებისას (როგორც ამბულატორული, ისე სტაციონარული) ზიანის მიღება?

- სავსებით შესაძლებელია;
- შესაძლებელია;
- ნაკლებად შესაძლებელია;
- შეუძლებელია;
- არ მაქვს პასუხი

4. როგორ ფიქრობთ ჩამოთვლილი მიზეზებიდან როგორია თითოეული მათგანის მიერ ზიანის მიყენების ალბათობა?

	სავსებით შესაძლებელია	შესაძლებელია	ნაკლებად შესაძლებელია	შეუძლებელია	არ მაქვს პასუხი
ჰოსპიტალური ინფექციები					
არასწორი/დაგვიანებული დიაგნოზი					
არასწორი მკურნალობა					
ქირურგიული შეცდომა					
სამედიცინო აპარატურის და აღჭურვილობის გაუმართაობა					

5. მივიღიათ თუ არა სამედიცინო მომსახურებისას ზიანი თქვენ ან თქვენი ოჯახის წევრს?

- დიახ;
- არა;
- არ მაქვს პასუხი

6. თუ კი, გააკეთეთ თუ არა თქვენ ან თქვენი ოჯახის წევრმა შეტყობინება?

- დიახ;
- არა;
- არ მაქვს პასუხი

7. ვის შეატყობინეთ ზიანის შესახებ?

- საავადმყოფოს ადმინისტრაციას
- ადგილობრივ ხელისუფლებას
- პაციენტთა უსაფრთხოების ეროვნულ სააგენტოს;
- იურისტს
- ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს
- მომხმარებელთა უფლებების დაცვის ორგანოს;
- ახლო ნათესავს, ან ახლობელს, რომელიც მუშაობს ჯანდაცვის სისტემაში;
- ექიმს, ექთანს ან ფარმაცევტს;
- არ მაქვს პასუხი
- სხვა (გთხოვთ, დააკონკრეტოთ) _____

8. თქვენი აზრით, თქვენი აზრით რომელი ორგანიზაცია ან ორგანოა პაციენტთა უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი?

- ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო
- საავადმყოფო/სამედიცინო ცენტრი/კლინიკა/ექიმი/ფარმაცევტი
- სადაზღვევო კომპანია
- ეროვნული მთავრობა
- ადგილობრივი ხელისუფლება
- არასამთავრობო ორგანიზაციები (პაციენტთა უფლებების დაცვის სფეროში ან ჯანდაცვის საკითხებზე მომუშავე)
- საკანონმდებლო სისტემა
- ეროვნული პარლამენტი
- თვითონ პაციენტები
- არ მაქვს პასუხი

9. იმ შემთხვევაში თუ თქვენ ან თქვენი ოჯახის წევრი მიიღებდა ზიანს რა ფორმით ისურვებდით კომპენსაციას?

- ფორმალური გასაუბრება თუ რატომ მოხდა ზიანი
- ზიანის მიზეზის ახსნა
- ბოდიშის მოხდა პასუხისმგებელი პირისაგან (ექიმისგან ან დაწესებულების წარმომადგენლისაგან)
- ფინანსური კომპენსაცია
- შემთხვევის გამოკვლევა
- პასუხისმგებელი პირის მიმართ დისციპლინარული ზომების გატარება
- ქმედება ჯანდაცვის პასუხისმგებელი დაწესებულების მიმართ (მაგალითად სანიტარული ინსპექციის მხრიდან კონტროლის გაძლიერება, დაწესებულების დახურვა, ფინანსური ჯარიმა)
- არც ერთი ჩამოთვლილთაგან (გთხოვთ მიუთითოთ თქვენი მოსაზრება):
- არ მაქვს პასუხი

10. იმ შემთხვევაში თუ თქვენ ან თქვენი ოჯახის წევრი მიიღებდა ზიანს ვის შეატყობინებდით ზიანის შესახებ?

- საავადმყოფოს ადმინისტრაციას
- ადგილობრივ ხელისუფლებას
- პაციენტთა უსაფრთხოების ეროვნულ სააგენტოს;
- იურისტს
- ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს
- მომხმარებელთა უფლებების დაცვის ორგანოს;

- ახლო ნათესავს, ან ახლობელს, რომელიც მუშაობს ჯანდაცვის სისტემაში;
- ექიმს, ექთანს ან ფარმაცევტს;
- არ მაქვს პასუხი
- სხვა (გთხოვთ, დააკონკრეტოთ) _____

11. ჩამოთვლილთაგან, რომელია სამი ძირითადი წყარო, რომლის მეშვეობითაც იგებთ ინფორმაციას ზიანის მიყენების შესახებ?

- პირადი გამოცდილება
- მეგობრები, ოჯახი
- ტელევიზია
- საავადმყოფო
- ინტერნეტი
- ბეჭდვითი მედია
- ოფიციალური სტატისტიკა
- რადიო;
- სხვა (გთხოვთ, მიუთითოთ პასუხი): _____
- არ მაქვს პასუხი

12. თქვენი აზრით რამდენად დაცულია პაციენტის უფლებები სამედიცინო მომსახურებისას?

- დაცულია
- არ არის დაცული;
- ნაწილობრივ
- არ მაქვს პასუხი

13. ფლობთ თუ არა ინფორმაციას საქართველოში პაციენტთა უფლებების შესახებ?

- წამიკითხავს
- მსმენია
- არ ვიცი

14. როგორ ფიქრობთ რა გზით უნდა იყოს პაციენტი ინფორმირებული საკუთარი უფლებების შესახებ?

- მასმედია;
- ინტერნეტი
- ექიმი
- არასამთავრობო ორგანიზაციები
- არ მაქვს პასუხი
- სხვა (გთხოვთ მიუთითოთ პასუხი): _____

15. ისურვებდით თუ არა მიმართვამდე ფლობდეთ ინფორმაციას ექიმის/სამედიცინო მომსახურების გამწვევი დაწესებულების შესახებ?

- დიახ;
- არა;
- არ მაქვს პასუხი

16. რამდენად მნიშვნელოვანია პაციენტების აზრი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების კუთხით?

- დიახ;
- არა;
- ნაწილობრივ
- არ მაქვს პასუხი

17. გაქვთ თუ არა სურვილი აქტიურად მიიღოთ მონაწილეობა ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში?

- დიახ;
- არა;
- ნაწილობრივ
- არ მაქვს პასუხი

დიდ მადლობას გიხდით გამოკითხვაში მონაწილეობის მიღებისთვის!

კითხვარი (II კომპონენტი)

კითხვარი შეიცავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებულ შეკითხვებს. გთხოვთ უპასუხოთ ყველა შეკითხვას. პასუხები გათვალისწინებული იქნება მოცემული კვლევის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების რეკომენდაციების შემუშავებისათვის. შეფასებისათვის გთხოვთ გამოიყენოთ შემდეგი სკალა: 1-ყველაზე ნაკლებად, 2-ნაკლებად, 3-საშუალოდ, 4 -ძლიერად, 5-საკმაოდ.

გთხოვთ, მიუთითოთ: თქვენი ასაკი

სქესი: მდედრ. მამრ.

როგორ შეაფასებდით უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ექიმის ქცევას შემდეგ საკითხებთან მიმართებაში:

1. კონსულტაციის დროს გრძნობთ რომ მას საკმარისი დრო აქვს თქვენთვის

1 2 3 4 5

2. ავლენს ინტერესს კონკრეტულად თქვენი შემთხვევის მიმართ

1 2 3 4 5

3. ქმნის გარემოს, სადაც თქვენ მას თავისუფლად შეგიძლიათ უამბოთ თქვენი პრობლემის შესახებ

1 2 3 4 5

4. ჩართული ხართ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში (სამედიცინო ჩარევების/ მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავების დროს)

1 2 3 4 5

5. გისმენთ

1 2 3 4 5

6. თქვენს პირად მონაცემებს და სამედიცინო ჩანაწერებს კონფიდენციალურად ინახავს

1 2 3 4 5

7. სწრაფად გიხსნით სიმპტომებს

1 2 3 4 5

8. გეხმარებათ, რომ თავი იგრძნოდ კარგად, რათა ჩართული იყოთ თქვენს ყოველდღიურ საქმიანობაში

1 2 3 4 5

9. ცდილობს ზედმიწევნით ჩაწვდეს თქვენ პრობლემებს

1 2 3 4 5

10. გიტარებთ ფიზიკურ გამოკვლევებს

1 2 3 4 5

11. გთავაზობთ სხვადასხვა პრევენციულ ღონისძიებებს (ვაკცინაცია, პროფილაქტიკური შემოწმებები და სხვა)

1 2 3 4 5

12. გიხსნით სამედიცინო გამოკვლევების, ჩარევების, მკურნალობის არსს და მიზანს

1 2 3 4 5

13. საკმარის ინფორმაციას გაწვდით თქვენი დაავადების და სიმპტომების შესახებ

1 2 3 4 5

14. გეხმარებათ ემოციების მართვაში, რომელიც დაკავშირებულია თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან

1 2 3 4 5

15. გიხსნით თუ რატომ არის მნიშვნელოვანი რომ შეასრულოთ მისი რჩევები

1 2 3 4 5

16. ახსოვს თუ რა გითხრათ წინ შეხვედრის/კონსულტაციის დროს

1 2 3 4 5

17. გაწვდით ინფორმაციას თუ რას უნდა ელოდეთ სხვა სპეციალისტების, ჰოსპიტალური ზრუნვის დროს ან/ და სერვისის სხვა მომწოდებლებისგან

1 2 3 4 5

როგორ შეაფასებდით უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში სამედიცინო დაწესებულებას შემდეგ საკითხებთან მიმართებაში:

18. სამედიცინო პერსონალის მზადყოფნა თქვენს მხარდაჭერაში (გარდა ექიმისა)

1 2 3 4 5

19. გინიშნავენ ექიმთან შეხვედრას/კონსულტაციას თქვენთვის მისაღებ დროს

1 2 3 4 5

20. გიწევენ სატელეფონო კონსულტაციას

1 2 3 4 5

21. გაძლევენ საშუალებას თქვენს ექიმს ესაუბროთ ტელეფონის საშუალებით

1 2 3 4 5

22. რამდენად მისაღებია დრო ექიმის მოსაცდელ ოთახში?

1 2 3 4 5

23. გადაუდებელი მდგომარეობის შემთხვევაში უზრუნველყოფენ სწრაფ დახმარებას

1 2 3 4 5

გმადლობთ!

დანართი №3

პაციენტების კმაყოფილების კითხვარი ჰოსპიტალური მომსახურებისათვის

გთხოვთ, მიუთითოთ: თქვენი ასაკი

სქესი: მდედრ. მამრ.

ვინ დაფარა თქვენი მკურნალობის ხარჯები?

- თქვენ თავად დაფარეთ
- სადაზღვევო კომპანიამ
- სამინისტრომ
- სხვა. გთხოვთ, მიუთითოთ: _____

რა არის ჩვენი ჰოსპიტალის არჩევის ძირითადი მიზეზები?

- ექიმი
- კონსულტანტი
- წინა ვიზიტი
- სადაზღვევო კომპანია
- ადგილმდებარეობა
- სხვა. გთხოვთ, მიუთითოთ: _____

გთხოვთ აღნიშნოთ მხოლოდ ერთი პასუხი

	ძალიან კარგი	კარგი	საშუალო	ცუდი	ძალიან ცუდი
თქვენი შეფასება პირველი ვიზიტის შემდეგ:					
ინფორმაცია, რომელიც მიიღეთ ჰოსპიტალში მისვლამდე					
ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა					

როგორ შეაფასებთ ჰოსპიტალში თქვენ მიღებას					
როგორ შეაფასებთ ჰოსპიტალის ინფრასტრუქტურას					
როგორ შეაფასებთ ჰოსპიტალში პაციენტზე ზრუნვას					
ხდება თუ არა თქვენთვის საინტერესო ინფორმაციის მოწოდება?					
იღებდით საჭირო პრეპარატებს დროულად					
როგორ შეაფასებთ სამედიცინო პერსონალის მოპყრობას					
როგორ შეაფასებთ ტკივილის მართვას					
როგორ შეაფასებთ ოპერაციის შემდგომ მოვლას					
როგორ შეაფასებთ მთლიანობაში მოვლას					
როგორ შეაფასებთ თქვენი მნახველების მიმართ პერსონალის დამოკიდებულებას					
როგორ შეაფასებთ პალატას და სააბაზანო ოთახს?					
როგორ შეაფასებთ სისუფთავეს?					
როგორ შეაფასებდით ტემპერატურას?					
როგორ შეაფასებთ საკვებს?					

გთხოვთ აღნიშნოთ მხოლოდ ერთი პასუხი

	დიახ	არა
მიიღეთ თუ არა საჭირო კონსულტაცია ოპერაციულ ჩარევამდე?		
მიიღეთ თუ არა ამომწურავი ინფორმაცია პროცედურების შესახებ?		
ოპერაციულ ჩარევამდე რამდენი დღით/საათით მოხდა თქვენი ჰოსპიტალიზაცია?		
შეესაბამებოდა თუ არა თქვენი ჰოსპიტალში განთავსება და დაყოვნება პროცედურისთვის/მოვლისთვის საჭირო დროს?		
ისურვებდით თუ არა მეტი ხნით გაჩერებას?		
გაეცანით თუ არა ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტს?		
გაქვთ თუ არა საშუალება დასვათ კითხვები და მიიღოთ პასუხები?		
არის თუ არა ჰოსპიტალში მომუშავე პერსონალი კეთილგანწყობილი?		
გაწუხებთ თუ არა ხმაური?		
გაწერისას მიიღეთ თუ არა თქვენთვის საინტერესო ინფორმაცია (მაგ. ფინანსური საკითხების, მედიკამენტების შესახებ)?		
ექთნები დროულად გაქცევენ ყურადღებას?		
იმ შემთხვევებში თუ აქამდე ყოფილხართ ჩვენს ჰოსპიტალში, როგორ გგონიათ გაუმჯობესდა მომსახურება?		
ურჩევდით თუ არა თქვენს ახლობელს ჩვენს ჰოსპიტალში მკურნალობას?		

რას დაამატებდით პალატაში? _____
 დამატებითი კომენტარი _____

დიდ მადლობას გიხდით თანამშრომლობისათვის!

პაციენტების კმაყოფილების კითხვარი ამბულატორული მომსახურებისათვის

გთხოვთ, მიუთითოთ: თქვენი ასაკი

სქესი: მდედრ. მამრ.

ვინ დაფარა თქვენი მკურნალობის ხარჯები?

- თქვენ თავად დაფარეთ
- სადაზღვევო კომპანიამ
- სამინისტრომ
- სხვა. გთხოვთ, მიუთითოთ: _____

რა არის ჩვენი ამბულატორიის არჩევის ძირითადი მიზეზები?

- ექიმი
- კონსულტანტი
- წინა ვიზიტი
- სადაზღვევო კომპანია
- ადგილმდებარეობა
- სხვა. გთხოვთ, მიუთითოთ: _____

გთხოვთ აღნიშნოთ მხოლოდ ერთი პასუხი

	დიახ	არა
მიიღეთ ამომწურავი ინფორმაცია თქვენი დაავადების შესახებ?		
მიიღეთ ამომწურავი ინფორმაცია სამედიცინო გამოკვლევების, ჩარევების, მკურნალობის არსისა და მიზნების შესახებ?		
გიხსნით თუ რატომ არის მნიშვნელოვანი რომ შეასრულოთ მისი რჩევები?		
გაქვთ საშუალება დასვათ კითხვები და მიიღოთ პასუხები?		
აქვს ექიმს საკმარისი დრო თქვენთვის?		
მიიღეთ ამომწურავი ინფორმაცია თუ რას უნდა ელოდეთ სხვა სპეციალისტების, ჰოსპიტალური ზრუნვის დროს ან/ და სერვისის სხვა მომწოდებლებისგან?		
შეგიძლიათ თავისუფლად უამბოთ თქვენი პრობლემის შესახებ ექიმს?		
ინახება თქვენი პირადი მონაცემები და სამედიცინო ჩანაწერები კონფიდენციალურად?		
ჩართული ხართ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში (სამედიცინო ჩარევების/ მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავების დროს)?		
არის ამბულატორიაში მომუშავე პერსონალი კეთილგანწყობილი?		

იმ შემთხვევებში თუ აქამდე ყოფილხართ ჩვენს ამბულატორიაში, როგორ გგონიათ გაუმჯობესდა მომსახურება?		
ურჩევდით თუ არა თქვენს ახლობელს ჩვენს ამბულატორიაში მკურნალობას?		

დამატებითი კომენტარი _____

დიდ მადლობას გიხდით თანამშრომლობისათვის!

მადლიერება

მოცემული ნაშრომის დასრულებას ვერ შევძლებდი იმ ადამიანების მხარდაჭერისა და თანადგომის გარეშე, რომლებიც ჩემს გვერდით არიან პირად ცხოვრებასა და პროფესიონალურ საქმიანობაში.

უდიდესი მადლიერებით და უღრმესი პატივისცემის გრძნობით მინდა მიემართო ყველას, ვინც სადოქტორო დისერტაციაზე მუშაობის პერიოდში იზიარებდა ჩემს მიღწევებსა თუ წარუმატებლობას, უპირველეს ყოვლისა ჩემს ხელმძღვანელს, პროფესორ ნატა ყაზახაშვილს და თსუ მედიცინის ფაკულტეტის აკადემიურ შემადგენლობას.

მადლობით მინდა მიემართო ასევე ყველა რესპონდენტს, განსაკუთრებით პაციენტებს, რომლებმაც გამოიჩინეს კეთილი ნება და დამთანხმდნენ კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე.

და ბოლოს, მადლობა მინდა გადავუხადო ჩემს მეუღლეს, ჩემი ოჯახის წევრებს მათი თანადგომისა და მხარდაჭერისათვის.