



საქართველოს უნივერსიტეტი



სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების პერსპექტივები საქართველოში
საავადმყოფოთა აკრედიტაციის გზით

ავტორი: თეონა გორგაძე

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია

საქართველოს უნივერსიტეტის

ჯანმრთელობის მეცნიერებათა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის

დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი:

ოთარ ვასაძე

თბილისი

2018

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე: სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების
პერსპექტივები საქართველოში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის გზით

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ავტორი - თეონა გორგაძე

თეონა გორგაძე © თბილისი, 2018 წლის ნოემბერი15

მიმოხილვა

ხარისხის მართვის სისტემების განვითარება და მისი კონტროლის განხორციელება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ყველა ქვეყნისათვის, განსაკუთრებით განვითარებადი ქვეყნებისათვის, რომელთაც შეზღუდული რესურსების პირობებში უნდა უზრუნველყონ მოსახლეობა მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურებით.

ჯანდაცვის დანახარჯების მუდმივმა ზრდამ საგრძნობლად გააღრმავა ინტერესი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მენეჯმენტის მიმართ, რადგან ის ფაქტობრივი ხარჯების კონტროლისა და, ამავდროულად, უკეთესი სერვისების ოპტიმალურად მიწოდების საშუალებას წარმოადგენს.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში სემაშკოს მოდელის დაშლის შემდეგ მუდმივად ხორციელდება ჯანდაცვის სტრუქტურულ რეორგანიზაციაზე მიმართული ღონისძიებები, ჯერ კიდევ გადაუჭრელ პრობლემად რჩება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მაღალი დონის უზრუნველყოფა.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა და სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი რეგულირება ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის გაზრდას და ჯანდაცვის სისტემისადმი პაციენტთა ნდობის ამაღლებას. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განვითარებაზე ზრუნვა განიხილება, როგორც პაციენტის უფლებების დაცვის უმთავრესი საშუალება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტთა დიდი ნაწილი მიიჩნევს, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა სამედიცინო პერსონალის უსაფრთხოებისა და უფლებების დაცვასაც უწყობს ხელს, ვინაიდან სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გულისხმობს მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის მიღწევებისა და საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის გამოყენებას.

ხარისხზე ორიენტირებული ჯანდაცვა არის უსაფრთხო, ეფექტიანი და ეფექტური სამედიცინო მომსახურება, რომელიც უნდა პასუხობდეს მომხმარებლის, ანუ

პაციენტის მოთხოვნებს. ამ მოთხოვნების მიღწევა რთული და კომპლექსური პროცესია, რასაც მთელ რიგ ქვეყნებში საავადმყოფოების აკრედიტაციის პროცესის დანერგვის გზით მიაღწიეს.

აკრედიტაცია არის ოფიციალური პროცედურა, რომლის მეშვეობით უფლებამოსილი ორგანო აფასებს და აღიარებს, რომ ორგანიზაცია, პროგრამა ან ჯგუფი აკმაყოფილებს სტანდარტებით დადგენილ მოთხოვნებს. სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაცია ეს არის მათი მუშაობის პროცესის შეფასება წინასწარ განსაზღვრული სტანდარტების მიხედვით.

აკრედიტაცია ერთგვარად აგრძელებს ნებართვების და ლიცენზიების მოთხოვნებს სამედიცინო დაწესებულებებისგან ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების მოთხოვნის გზით. ნებართვისგან განსხვავებით, აკრედიტაცია გაიცემა დროის გარკვეული პერიოდით და მისი განახლებისთვის დაწესებულებამ განმეორებით უნდა გაიაროს შეფასება. მიუხედავად იმისა, რომ ნებართვები მთლიანად სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის ქვეშაა, განვითარებული ქვეყნების უმრავლესობაში აკრედიტაციას ახორციელებს დამოუკიდებელი, არასამთავრობო ორგანო. აკრედიტაცია მიმართულია პაციენტებისთვის მაქსიმალურად უსაფრთხო, ხარჯთეფექტური და თანადგომითი ზრუნვის მიწოდებაზე, რომელიც უნდა მოიცავდეს არსებული მტკიცებულებების საფუძველზე დაგეგმილ და განხორციელებულ მიდგომებს. მას თან უდა ახლდეს პაციენტის მოვლისა და სხვა დამხმარე პროცესების სისტემური და მუდმივად მიმდინარე შეფასება, რათა მოხდეს ეფექტურობის გაუმჯობესების შესაძლებლობების წარმოჩენა და შესაბამისი ღონისძიებების დროული გატარება.

სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაცია არის პროცესი, რომელიც გამოიყენება სამედიცინო დაწესებულებების შესაფასებლად. აკრედიტაციის პროცესში მთავარია იმ სტანდარტებთან შესაბამისობის დადგენა, რომლებიც აღწერენ სამედიცინო დაწესებულებების სტრუქტურას, მასში მიმდინარე პროცესსა და მიღებულ შედეგს, ანუ სამედიცინო ხარისხის საზომ სამ მნიშვნელოვან ერთეულს.

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის პროცესში დღის წესრიგში დადგა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სამართლებრივი რეგულირების სისტემის შექმნის აუცილებლობა, რამაც დააჩქარა შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზის ჩამოყალიბებისა და პაციენტთა უფლებების დაცვის ინსტიტუციური სისტემის ჩამოყალიბების პროცესი. თუმცა, ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს სტაციონარულ დაწესებულებებში ჯერ კიდევ არ არსებობს ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლისადმი ერთიანი და სისტემური მიდგომა.

საქართველოსთვის ხარისხის მართვის პოლიტიკის გატარებას უდიდესი მნიშვნელობა გააჩნია. ქვეყანაში არსებული შეზღუდული რესურსების პირობებში პაციენტი უზრუნველყოფილი უნდა იქნას ხარისხიანი, უსაფრთხო, ეფექტური და ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურებით. ამდენად ძალზედ მნიშვნელოვანია მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მენჯემენტი, როგორც სახელმწიფოს, ასევე ცალკეული საავადმყოფოს დონეზე.

სამწუხაროდ, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში არ არსებობს მკაფიოდ ჩამოყალიბებული მიდგომა ხარისხის უზრუნველყოფისა და შეფასების ექსტერნალურ სისტემასთან დაკავშირებით. უფრო მეტიც, ჯერ-ჯერობით არ არის მიღწეული შეთანხმება სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის შიდა სისტემების არსებობის აუცილებლობასთან და მისი შეფასების ინდიკატორებთან დაკავშირებით.

საავადმყოფოების აკრედიტაციის პროცესის დაწყებაზე მსჯელობა მეტ-ნაკლები ინტენსიობით თითქმის 15 წელია მიმდინარეობს. პერიოდულად იქმნებოდა სპეციალური სამუშაო ჯგუფები, რომლებიც გარკვეული მოცულობის სამუშაოსაც ასრულებდნენ დონორების ფინანსური და ტექნიკური ხელშეწყობით, მაგრამ პროცესის პრაქტიკაში დანერგვა მრავალი ობიექტური თუ სუბიექტური მიზეზების გამო მაინც ვერ ხერხდებოდა. 2010 წელს საქართველოს ჰოსპიტალთა ასოციაციამ, რომელიც იმ პერიოდში მხოლოდ 12 საავადმყოფოს წარმოადგენდა, სცადა საავადმყოფოთა თვითშეფასების ჩატარება, მაგრამ მასში მხოლოდ 5 საავადმყოფომ მიიღო მონაწილეობა. სამწუხაროდ, ქვეყანაში მოქმედი სამედიცინო ორგანიზაციების

უმრავლესობისთვის არამარტო ზემოაღნიშნული მცდელობა, არამედ თვით
ჰოსპიტალთა ასოციაციის არსებობაც უცნობი იყო.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, წინამდებარე კვლევის მიზანს წარმოადგენდა
საქართველოში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის სისტემის დანერგვის პერსპექტივების
შეფასება უშუალოდ საავადმყოფოებში დასაქმებული მენეჯერების, ექიმებისა და
ექთნების აზრის შესწავლის გზით და გარკვეული რეკომენდაციების მომზადება.

სარჩევი

შესავალი	16
საკითხის მოკლე მიმოხილვა, პრობლემის განსაზღვრა და მოსალოდნელი შედეგები	16
თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა	25
1.1. ისტორიული მიმოხილვა	25
1.2. სამედიცინო ორგანიზაციების აკრედიტაციის საერთაშორისო გამოცდილება	35
1.3. საქართველოში არსებული სიტუაცია	62
1.4. შპს. „აკად გ. ჩავიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის მიერ ხარისხის გერმანული სერტიფიკატის მოპოვების პრაქტიკული გამოცდილება ...	86
თავი 2. კვლევის მეთოდოლოგია	114
2.1. კვლევის ტექნიკა და ინსტრუმენტი	114
2.2. სამიზნე ჯგუფები	115
თავი 3. კვლევის შედეგები	118
3.1. საავადმყოფოების ადმინისტრაციის, ექიმებისა და ექთნების გამოკითხვის შედეგები	118
3.2. კვლევაში მონაწილე პერსონალის გამოკითხვის შედეგები	123
3.3. კვლევაში მონაწილე მენეჯერების გამოკითხვის შედეგები	182
დასკვნები და რეკომენდაციები	194
შემოკლებების ჩამონათვალი	8
ცხრილების ჩამონათვალი	11
ნახაზების ჩამონათვალი	12
გამოყენებული ლიტერატურა	198
ნორმატიული მასალა	209
დანართი 1. „სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების პერსპექტივები საქართველოში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის გზით“ კითხვარი მენეჯერებისთვის	211
დანართი 2. „სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების პერსპექტივები საქართველოში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის გზით“ კითხვარი კლინიკური პერსონალისთვის..	215

შემოკლებების ჩამონათვალი

AAHC - Accreditation Association for Ambulatory Health Care - ამბულატორიული
მომსახურების აკრედიტაციის ასოციაცია

AAHHS - Accreditation Association for Hospital/Health Systems - ჰოსპიტალური/
ჯანმრთელობის სისტემების აკრედიტაციის ასოციაცია

ACC - American Accreditation Council - ამერიკის აკრედიტაციის საბჭო

ACHS - The Australian Council on Healthcare Standards - ჯანდაცვის სტანდარტების
ავსტრალიის საბჭო

ACHSI - Australian Council for Healthcare Standards International - ჯანდაცვის
საერთაშორისო სტანდარტების ავსტრალიის საბჭო

ACS - American College of Surgeons – ამერიკის ქირურგთა კოლეჯი

APR - Accreditation Participation Requirements - აკრედიტაციაში მონაწილეობის
მოთხოვნები

CBAHI - The Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions – ჯანდაცვის
ინსტიტუციების აკრედიტაციის საუდის ცენტრალური საბჭო

CCHSA - Canadian Council on Health Services Accreditation - ჯანმრთელობის
სერვისების აკრედიტაციის კანადის საბჭო
CHAP - Community Health
Accreditation Program - სათემო ჯანდაცვის აკრედიტაციის პროგრამა

CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems - კასპეს ჯანდაცვის ცოდნის სისტემები

EFQM- European Foundation for Quality Management - ხარისხის მენეჯმენტის
ევროპული ფონდი

GSF - The National Gold Standards Framework - ოქროს სტანდარტების ნაციონალური
სისტემა

HFAP - Healthcare Facilities Accreditation Program - ჯანდაცვის ობიექტების
აკრედიტაციის პროგრამა

HQAA - Healthcare Quality Association on Accreditation - ჯანდაცვის ხარისხის
აკრედიტაციის ასოციაცია

IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen -
ჯანდაცვაში ხარისხის უზრუნველყოფისა და გამჭვირვალობის ინსტიტუტი

ISO- International Standardization organization - საერთაშორისო სტანდარტიზაციის
ორგანიზაცია

ISQua - International Society for Quality in Healthcare - ჯანდაცვის ხარისხის
საერთაშორისო საზოგადოება

JCAH - Joint Commission on Accreditation of Hospitals – ჰოსპიტლების აკრედიტაციის
გაერთიანებული კომისია

KTQ- International GmbH, Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen -
თანამშრომლობა ჯანდაცვის გამჭვირვალობასა და ხარისხში

MSQH - Malaysian Society for Quality in Health - ჯანდაცვის ხარისხის მაღალიზების
საზოგადოება

NAMSS - National Association Medical Staff Services - სამედიცინო სერვისების
მიმწოდებელი პერსონალის ეროვნული ასოციაცია

QM-RL - Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement -
Richtlinie - სამედიცინო დაწესებულებების ხარისხის მართვის პოლიტიკის
გაიდლაინი

ROP- Required Organisational Practices - ორგანიზაციული პრაქტიკის
მოთხოვნილებები

SLIDA- Sri Lanka Institute Development Administration - შრილანკას ინსტიტუციების
განვითარების ადმინისტრაცია

SQC - Statistics Quality Control - ხარისხის კონტროლის სტატისტიკა

TJC - The Joint Commission - გაერთიანებული კომისია

TQA- Total Quality Administration- ხარისხის ტოტალური ადმინისტრირება

TQM - Total Quality Management - ხარისხის ტოტალური მართვა

USAID – United States Agency for International Development - აშშ-ს საერთაშორისო
განვითარების სააგენტო

WHO – World Health Organization -ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

ცხრილების ჩამონათვალი

ცხრილი 1. სააკრედიტაციო პროგრამების განმასხვავებელი ნიშნები და მიმართულებები ქვეყნების მიხედვით	39
ცხრილი 2: KTQ- ს მიერ აკრედიტირებული დაწესებულებების სტატისტიკა,30 ნოემბერი 2017 წელი.	61
ცხრილი 3. ჯანდაცვის ეროვნული პრიორიტეტები, ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის შეფასებისკომპონენტები და ჯანდაცვის სისტემის ცენტრალური მიზნები და ამოცანები.	84
ცხრილი 4. კვლევაში მონაწილე დაწესებულებები.	115
ცხრილი 5. მენეჯერებისთვის ცნობილი საერთაშორისო აკრედიტაციით დაკავებული ორგანიზაციები.	137
ცხრილი 6. ექიმებისთვის ცნობილი საერთაშორისო აკრედიტაციით დაკავებული ორგანიზაციები.	138
ცხრილი 7. ექთნებისთვის ცნობილი საერთაშორისო აკრედიტაციით დაკავებული ორგანიზაციები.	139
ცხრილი 8. რა დრო დასჭირდათ აკრედიტაციის პროცესის დადებითი შედეგის მისაღწევად	186
ცხრილი 9. რა დრო დასჭირდათ აკრედიტაციის პროცესის დადებითი შედეგის მისაღწევად.	187

ნახაზების ჩამონათვალი

ნახაზი 1. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განმსაზღვრელი ელემენტები	17
ნახაზი 2. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ჩარჩო, 2009.	82
ნახაზი 3. საავადმყოფოების მდებარეობა, სიმძლავრე და პროფილი.	118
ნახაზი 4. საავადმყოფოების განაწილება მდებარეობის, სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით.	119
ნახაზი 5. რესპონდენტთა განაწილება თანამდებობისა და საავადმყოფოების მდებარეობის მიხედვით.	120
ნახაზი 6. რესპონდენტთა განაწილება საავადმყოფოების სიმძლავრის მიხედვით..	121
ნახაზი 7. რესპონდენტთა განაწილება საავადმყოფოების პროფილის მიხედვით..	122
ნახაზი 8. აკრედიტაციის პროცესის დანერგვის საჭიროება საქართველოში.	123
ნახაზი 9. მენეჯერების აზრი აკრედიტაციის პროცესის დანერგვის საჭიროებაზე საქართველოში საავადმყოფოთა მდებარეობის, სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით.	124
ნახაზი 10. ექიმების აზრი აკრედიტაციის პროცესის დანერგვის საჭიროებაზე საქართველოში საავადმყოფოთა მდებარეობის, სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით.	125
ნახაზი 11. ექთნების აზრი აკრედიტაციის პროცესის დანერგვის საჭიროებაზე საქართველოში საავადმყოფოთა მდებარეობის, სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით.	127
ნახაზი 12. უნდა იყოს თუ არა საავადმყოფოების აკრედიტაცია სავალდებულო საქართველოში.	128
ნახაზი 13. უნდა იყოს თუ არა საავადმყოფოების აკრედიტაცია სავალდებულო საქართველოში - მენეჯერების აზრი.	129
ნახაზი 14. უნდა იყოს თუ არა საავადმყოფოების აკრედიტაცია სავალდებულო საქართველოში - ექიმების აზრი.	130
ნახაზი 15. უნდა იყოს თუ არა საავადმყოფოების აკრედიტაცია სავალდებულო საქართველოში - ექთნების აზრი.	132
ნახაზი 16. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობის შედარება მენეჯერებს, ექიმებსა და ექთნებს შორის.	133

ნახაზი 17. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობა, მენეჯერები. .	134
ნახაზი 18. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობა, ექიმები.	135
ნახაზი 19. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობა, ექთნები. .	136
ნახაზი 20. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების შესაბამისობა ადგილობრივ მოთხოვნებთან, შედარება მენეჯერებს, ექიმებსა და ექთნებს შორის. . . .	140
ნახაზი 21. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების შესაბამისობა ადგილობრივთან, მენეჯერები.	141
ნახაზი 22. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების შესაბამისობა ადგილობრივთან, ექიმები.	142
ნახაზი 23. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების შესაბამისობა ადგილობრივთან, ექთნები.	143
ნახაზი 24. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების კმაყოფილება, მენეჯერები, ექიმები,ექთნები.	144
ნახაზი 25. აკმაყოფილებს თუ არა საავადმყოფო საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს, მენეჯერები.	146
ნახაზი 26. აკმაყოფილებს თუ არა საავადმყოფო საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს, ექიმები.	147
ნახაზი 27. აკმაყოფილებს თუ არა საავადმყოფო საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს, ექთნები.	149
ნახაზი 28. დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულის არსებობა, მენეჯერების, ექიმებისა და ექთნების შედარება.	150
ნახაზი 29. დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულის არსებობა, მენეჯერები.	151
ნახაზი 30. დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულის არსებობა, ექიმები.	152
ნახაზი 31. დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულის არსებობა, ექთნები.	153
ნახაზი 32. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორებით სარგებლობა, მენეჯერების, ექიმებისა და ექთნების შედარება.	155

ნახაზი 33. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორებით სარგებლობა, მენეჯერები.....	156
ნახაზი 34. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორებით სარგებლობა, ექიმები.....	158
ნახაზი 35. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორებით სარგებლობა, ექთნები.....	160
ნახაზი 36. საავადმყოფოს მიერ გაწეული სერვისების ხარისხის შეფასება, მენეჯერების, ექიმებისა და ექთნების შედარება.....	161
ნახაზი 37. საავადმყოფოს მიერ გაწეული სერვისების ხარისხის შეფასება, მენეჯერები.....	163
ნახაზი 38. საავადმყოფოს მიერ გაწეული სერვისების ხარისხის შეფასება, ექიმები..	165
ნახაზი 39. საავადმყოფოს მიერ გაწეული სერვისების ხარისხის შეფასება, ექთნები.....	167
ნახაზი 40. სამედიცინო მომსახურების გაწევის უზრუნველყოფაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება,მენეჯერების, ექიმებისა და ექთნების შედარება.....	168
ნახაზი 41. სამედიცინო მომსახურების გაწევის უზრუნველყოფაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება,მენეჯერები.....	170
ნახაზი 42. სამედიცინო მომსახურების გაწევის უზრუნველყოფაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება,ექიმები.....	172
ნახაზი 43. სამედიცინო მომსახურების გაწევის უზრუნველყოფაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება,ექთნები.....	174
ნახაზი 44. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის უმთავრესია, მენეჯერების, ექიმებისა და ექთნების შედარება.....	175
ნახაზი 45. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის უმთავრესია, მენეჯერები.....	177
ნახაზი 46. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის უმთავრესი, ექიმები.....	179
ნახაზი 47. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის უმთავრესი, ექთნები.....	181

ნახაზი 48. აკმაყოფილებს თუ არა საავადმყოფო რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს.....	183
ნახაზი 49. აკრედიტაციის მცდელობა, საავადმყოფოთა ადგილმდებარეობის, სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით	184
ნახაზი 50. აკრედიტაციის მცდელობის შედეგი, საავადმყოფოთა ადგილმდებარეობის, სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით.	185
ნახაზი 51. აკრედიტაციის პროცესის დადებითი შედეგი, მენეჯერები.	188
ნახაზი 52. საჭიროების, ვალდებულების, ცნობადობისა და შესაბამისობის შედარება, მენეჯერები.....	189
ნახაზი 53. საჭიროების, ვალდებულების, ცნობადობისა და შესაბამისობის შედარება, ექიმები.....	190
ნახაზი 54. საჭიროების, ვალდებულების, ცნობადობისა და შესაბამისობის შედარება, ექთნები.....	191

შესავალი

თემის აქტუალობა

სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის ეფექტურობა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის საკვანძო პრობლემას წარმოადგენს. ქვეყნებში მიმდინარე ეკონომიკურ გარდაქმნებთან და ჯანდაცვის სფეროში რეფორმების გატარებასთან ერთად მისი აქტუალობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა. სამედიცინო ბაზრის განვითარება, სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შემოღება, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტთა უფლების დასაცავად სამართლებრივი ბაზის შექმნა სამედიცინო დაწესებულებებს უბიძგებს არსებული რესურსების უფრო ეფექტური გამოყენებისკენ და სამედიცინო პერსონალის მუშაობის ხარისხის ამაღლებისა და ინტენსიობის გაზრდის სტიმულირებისკენ.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, სამკურნალო დაწესებულების ხელმძღვანელები დაინტერესებული უნდა იყვნენ მმართველობით საქმიანობაში გამოიყენონ სამედიცინო პერსონალის, მისი სტრუქტურული ქვედანაყოფების და დაწესებულების მუშაობის ხარისხისა და ეფექტურობის შეფასებისა და ანალიზის მეთოდები.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის „გურუდ“ აღიარებული ავედის დონაბედიანი ჯანდაცვის ხარისხზე წერდა: „ძნელია გარანტირებული გახადოთ ხარისხი - შესაძლებელია მხოლოდ გაზარდო ალბათობა, რომ მომსახურება იქნება „კარგი“ ან „უკეთესი“ (Donabedian, A, 2003).

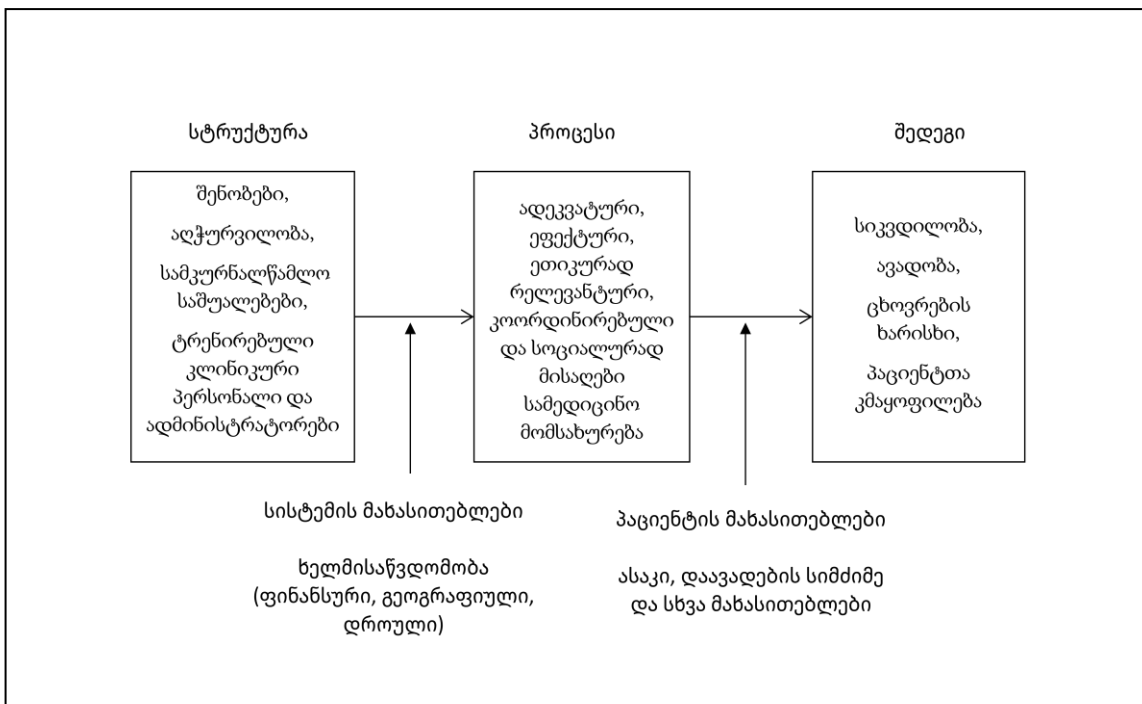
ხარისხის გაუმჯობესება ეს არის ყველას (ჯანდაცვის პროფესიონალები, პაციენტები, მათი ოჯახები, მკვლევარები, დამფინანსებლები, პოლიტიკოსები, განათლების მესვეურები) ერთობლივი ძალისხმევა განხორციელდეს ცვლილებები, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტთა უკეთეს გამოსავალს (ჯანმრთელობა), სისტემის გაუმჯობესებულ მაჩვენებლებს (სისტემა და მისი გაზომვა), და უკეთეს პროფესიულ განვითარებას (ი.სასანია, 2010).

ნებისმიერი გაუმჯობესება გულისხმობს გარკვეული ცვლილებების გატარებას, თუმცა ყველა ცვლილება არ ნიშნავს გაუმჯობესებას. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია

უზრუნველყოფილი იყოს ისეთი ცვლილებების განხორციელება, რომლებიც სარწმუნო სამეცნიერო ცოდნასა და გამოცდილებას ეფუძნება და მაქსიმალურად უზრუნველყოფს წარმატებულ შედეგს. განხორციელებული ცვლილების რეალური ეფექტისა და ზემოქმედების შესაფასებლად აუცილებელია გაზომვის ზუსტი მეთოდებისა და საშუალებების არსებობა (ი.სასანია, 2010).

ავედის დონაბედიანმა კლასიკურ ნაშრომში „შესავალი ჯანდაცვის ხარისხის

უზრუნველყოფაში“ (An Introduction to Quality Assurance in Health Care) ჯანდაცვის ხარისხის გაზომვის მიზნით გამოყო სამი ძირითადი ელემენტი, რომელთა შეფასება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის საშუალებას იძლევა (ნახაზი 1).



ნახაზი 1. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განმსაზღვრელი ელემენტები.

წყარო: A. Donabedian - An Introduction to Quality Assurance in Health Care. – 2003.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში სემაშკოს მოდელის დაშლის შემდეგ მუდმივად ხორციელდება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სტრუქტურულ რეორგანიზაციაზე მიმართული ღონისძიებები, ჯერ კიდევ გადაუჭრელ პრობლემად რჩება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მაღალი დონის უზრუნველყოფა. არადა,

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა და სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი რეგულირება ხელს უწყობს, ერთი მხრივ, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ეფექტურობის ზრდას და, მეორე მხრივ, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისადმი პაციენტთა ნდობის ამაღლებას.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განვითარებაზე ზრუნვა პაციენტის უფლებების დაცვის უმთავრესი საშუალებად განიხილება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტთა დიდი ნაწილი მიიჩნევს, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა სამედიცინო პერსონალის უსაფრთხოებისა და უფლებების დაცვასაც უწყობს ხელს, ვინაიდან სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გულისხმობს მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის მიღწევებისა და საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის გამოყენებას (დ.გზირიშვილი, 2012; J.Ashish, A.Epstein, 2010; M.Chassin, M.O'Kane, 2011) .

ხარისხზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის დაცვა არის უსაფრთხო, ეფექტიანი და ეფექტური სამედიცინო მომსახურება, რომელიც უნდა პასუხობდეს პაციენტის მოთხოვნებს. ამ მოთხოვნების მიღწევა რთული და კომპლექსური პროცესია, რასაც მთელ რიგ ქვეყნებში საავადმყოფოების აკრედიტაციის პროცესის დანერგვის გზით მიაღწიეს.

აკრედიტაცია არის ოფიციალური პროცედურა, რომლის მეშვეობით უფლებამოსილი ორგანო აფასებს და აღიარებს, რომ ორგანიზაცია, პროგრამა ან ჯგუფი აკმაყოფილებს სტანდარტებით დადგენილ მოთხოვნებს. სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაცია ეს არის მათი მუშაობის პროცესის შეფასება წინასწარ განსაზღვრული სტანდარტების მიხედვით (Joint Commission Resources, 2010).

აკრედიტაცია ერთგვარად აგრძელებს ნებართვების და ლიცენზიების მოთხოვნებს სამედიცინო დაწესებულებებისგან ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების მოთხოვნის გზით. ნებართვისგან განსხვავებით, აკრედიტაცია გაიცემა დროის გარკვეული პერიოდით და მისი განახლებისთვის დაწესებულებამ განმეორებით უნდა გაიაროს შეფასება. მიუხედავად იმისა, რომ ნებართვები მთლიანად სახელმწიფოს

პასუხისმგებლობის ქვეშაა, განვითარებული ქვეყნების უმრავლესობაში აკრედიტაციას ახორციელებენ დამოუკიდებელი, არასამთავრობო ორგანიზაციები. აკრედიტაცია მიმართულია პაციენტებისთვის მაქსიმალურად უსაფრთხო, ხარჯთეფექტური და თანადგომითი ზრუნვის მიწოდებაზე, რომელიც უნდა მოიცავდეს არსებული მტკიცებულებების საფუძველზე დაგეგმილ და განხორციელებულ მიდგომებს. მას თან უდა ახლდეს პაციენტის მოვლისა და სხვა დამხმარე პროცესების სისტემური და მუდმივად მიმდინარე შეფასება, რათა მოხდეს ეფექტურობის გაუმჯობესების შესაძლებლობების წარმოჩენა და შესაბამისი ღონისძიებების დროული გატარება (J.Oliveira, L.Matsuda, 2016).

სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაცია არის პროცესი, რომელიც გამოიყენება სამედიცინო დაწესებულებების შესაფასებლად. აკრედიტაციის პროცესში მთავარია იმ სტანდარტებთან შესაბამისობის დადგენა, რომლებიც აღწერენ სამედიცინო დაწესებულებების სტრუქტურას, მასში მიმდინარე პროცესსა და მიღებულ შედეგს, ანუ ავედის დონაბედიანის მიერ მოწოდებულ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის საზომ სამ მნიშვნელოვან ელემენტს.

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის პროცესში დღის წესრიგში დადგა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სამართლებრივი რეგულირების სისტემის შექმნის აუცილებლობა, რამაც დააჩქარა შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზის ჩამოყალიბებისა და პაციენტთა უფლებების დაცვის ინსტიტუციური სისტემის ჩამოყალიბების პროცესი. თუმცა, ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს სტაციონარულ დაწესებულებებში ჯერ კიდევ არ არსებობს ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლისადმი ერთიანი და სისტემური მიდგომა.

საქართველოსთვის ხარისხის მართვის პოლიტიკის გატარებას უდიდესი მნიშვნელობა გააჩნია. ქვეყანაში არსებული შეზღუდული რესურსების პირობებში პაციენტი უზრუნველყოფილი უნდა იქნას ხარისხიანი, უსაფრთხო, ეფექტური და ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურებით. ამდენად ძალზედ მნიშვნელოვანია მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მენჯმენტი, როგორც სახელმწიფოს, ასევე ცალკეული საავადმყოფოს დონეზე.

სამწუხაროდ, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში არ არსებობს მკაფიოდ ჩამოყალიბებული მიდგომა ხარისხის უზრუნველყოფისა და შეფასების ექსტერნალურ სისტემასთან დაკავშირებით. უფრო მეტიც, ჯერ-ჯერობით არ არის მიღწეული შეთანხმება სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის შიდა სისტემების არსებობის აუცილებლობასთან და მისი შეფასების ინდიკატორებთან დაკავშირებით.

საქართველოში საავადმყოფოების აკრედიტაციის პროცესის დაწყებაზე მსჯელობა მეტ-ნაკლები ინტენსიობით თითქმის 15 წელია მიმდინარეობს. პერიოდულად იქმნებოდა სპეციალური სამუშაო ჯგუფები, რომლებიც გარკვეული მოცულობის სამუშაოსაც ასრულებდნენ დონორების ფინანსური და ტექნიკური ხელშეწყობით, მაგრამ პროცესის პრაქტიკაში დანერგვა მრავალი ობიექტური თუ სუბიექტური მიზეზების გამო მაინც ვერ ხერხდებოდა.

პირველი ნაბიჯები სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შექმნის გზაზე გადაიდგა 2006 წელს. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ ჩამოაყალიბა ჯანდაცვის რეგულირების სპეციალური სამუშაო ჯგუფი, რომლის მუშაობაში ჩაბმული იყვნენ ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) ფინანსური მხარდაჭერით მოწვეული ამერიკელი ექსპერტები. ამ ჯგუფის მიერ მომზადდა „ჯანდაცვის ნებართვების, ლიცენზირებისა და აკრედიტაციის კონცეფცია საქართველოში“, რომელიც ითვალისწინებდა სამედიცინო დაწესებულებების ნებაყოფლობითი აკრედიტაციის სისტემის ჩამოყალიბებას. შემუშავდა აკრედიტაციის სტანდარტები, მათ დაკმაყოფილებაზე მიმართული გაიდლაინები და მომზადდა რეკომენდაციები კანონმდებლობაში შესატანი ცვლილებების თაობაზე და სხვა (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის რეგულირების სპეციალური სამუშაო ჯგუფი, CoReform-ისა და ბიზნეს კლიმატის რეფორმის პროექტები, 2006). სამწუხაროდ, ყოველივე მხოლოდ ამით შემოიფარგლა და აკრედიტაციის დასანერგად არანაირი პრაქტიკული ნაბიჯები არ გადაგმულა.

2010 წელს საქართველოს ჰოსპიტალთა ასოციაციამ, რომელიც იმ პერიოდში მხოლოდ 12 საავადმყოფოს წარმოადგენდა, სცადა საავადმყოფოთა თვითშეფასების

ჩატარება, მაგრამ მასში მხოლოდ 5 საავადმყოფომ მიიღო მონაწილეობა. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ ქვეყნაში მოქმედი სამედიცინო ორგანიზაციების უმრავლესობისთვის არამართო ზემოაღნიშნული მცდელობა, არამედ თვით ჰოსპიტალთა ასოციაციის არსებობაც უცნობი იყო.

კვლევის მიზანი

წინამდებარე კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის სისტემის დანერგვის პერსპექტივების შეფასება უშუალოდ საავადმყოფოებში დასაქმებული მენეჯერების, ექიმებისა და ექთნების აზრის შესწავლის გზით და გარკვეული რეკომენდაციების მომზადება.

დასახული მიზნის მისაღწევად საჭირო გახდა შემდეგი ამოცანების გადაჭრა:

1. საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მარეგულირებელი გარემოს ანალიზი.
2. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მხრივ საერთაშორისო და საქართველოში არსებული სიტუაციის შედარებითი ანალიზი.
3. სამედიცინო ორგანიზაციების აკრედიტაციის სისტემის კონცეფციის, ზოგადი საფუძვლების ცნობადობისა და დანერგვის საჭიროების შესახებ საქართველოს საავადმყოფო სექტორში დასაქმებული მენეჯერების, ექიმებისა და ექთნების აზრის შესწავლა.
4. საქართველოს საავადმყოფო სექტორში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის ეფექტური ინსტრუმენტის - სააკრედიტაციო სისტემის დანერგვის პერსპექტივების შესახებ დასკვნებისა და შესაბამისი რეკომენდაციების მომზადება.

ლიტერატურულ მიმოხილვაში განხილულ იქნა ჰოსპიტლების აკრედიტაციის საერთაშორისო გამოცდილებისა და პრაქტიკის შესახებ არსებული ლიტერატურა. გამოყენებულია მკვლევარებისა და ექსპერტების მიერ გამოქვეყნებული სტატიები, საერთაშორისო კვლევების შედეგები და საქართველოში ჰოსპიტალური სექტორის

რეფორმებთან დაკავშირებული ოფიციალური დოკუმენტები, აგრეთვე ინტერნეტ რესურსები.

ნაშრომის მიზნების მისაღწევად გამოყენებულ იქნა პროსპექტული კვლევის მეთოდი. ჩატარდა რაოდენობრივი კვლევა, პირდაპირი გამოკითხვის საფუძველზე, რომელსაც ქონდა წერილობითი ფორმა.

კითხვარი შედგებოდა ანკეტური მონაცემების, ღია და დახურული კითხვებისაგან.

მიღებული მონაცემების დამუშავება განხორციელდა სტატისტიკურად, Microsoft Excel-ის და SPSS-ის გამოყენებით.

კვლევის მეცნიერული სიახლე

საქართველოს საავადმყოფოებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მდგომარეობის შესწავლისა და შეფასების შედეგად მიღებული იქნა ახალი, ობიექტურად დასაბუთებული ცოდნა ამ დარგში არსებული პრობლემების შესახებ, რაც თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტებსა და ნორმებთან შედარების შემდეგ დარგის განვითარების რეკომენდაციების შემუშავების საფუძველი გახდა. კერძოდ, კვლევების შედეგად პირველად დადგინდა, რომ:

1. საქართველოს საავადმყოფოებში აკრედიტაციის პროცესის დანერგვის საჭიროება საკმაოდ მაღალია (92%. n= 439).
2. აკრედიტაციის მოთხოვნების შესახებ ცოდნის დეფიციტი პრობლემას წარმოადგენს, საავადმყოფოს, როგორც ადმინისტრაციული, ასევე სამედიცინო პერსონალისთვის (მენეჯერი: 48,5%. n=32, ექიმი: 32, 4%. n=152, ექთანი: 12, 4%. n=163).
3. ცოდნის დეფიციტია, ასევე სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის განმახორციელებელი ორგანიზაციების ცნობადობის კუთხითაც, განსაკუთრებით აღსანიშნავია კვლევაში მონაწილე საავადმყოფოებში ადმინისტრაციული პერსონალის, ანუ მენეჯერთა დაბალი პროცენტული მაჩვენებელი (22,7%. n= 15).
4. მოსაზრება, რომ საქართველოში აკრედიტაციის დანერგვის მოთხოვნები უნდა შეესაბამებოდეს თუ არა საერთაშორისოს მაღალია (76%. n= 362).

5. მაღალია პროცენტული მაჩვენებელი იმ მენეჯერებისა, რომელთაც გაუჭირდათ კითხვაზე პასუხი აკმაყოფილებს თუ არა საავადმყოფო რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს (41% n=31).
6. კვლევაში მონაწილე 66 მენეჯერიდან 35 (53%) აღნიშნავს, რომ სარგებლობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორებით, მაშინ როდესაც საერთაშორისო მოთხოვნების ცნობადობასთან დაკავშირებულ კითხვაში დადებითი პასუხი მხოლოდ 34-მა (51,5%) გასცა, ხოლო მათ შორის მხოლოდ 15-მა, ანუ 44,1%-მა სწორად მიუთითა ისეთ ორგანიზაციებზე, რომლებიც ნამდვილად ახორციელებენ სამედიცინო ორგანიზაციების აკრედიტაციას, რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს ცოდნის დეფიციტის პრობლემაზე.
7. ხარისხის უზრუნველყოფაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება უმეტესწილად ადმინისტრაციული და სამედიცინო პერსონალის შეთანხმებულ მუშაობას (56%. n= 248).
8. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის უმთავრესია დაწესებულებაში პაციენტების აზრი (48% n=229).
9. 24 საავადმყოფოს მენეჯერებიდან, რომლებიც თვლიან, რომ აკმაყოფილებენ რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს აკრედიტაციის მცდლობა ჰქონდა მხოლოდ 8 საავადმყოფოს, რაც 33,3%-ს შეადგენს.
10. აკრედიტაციის მიღების პროცესში მონაწილე 8 საავადმყოფოდან დადებით შედეგს მიაღწია 6-მა, ანუ 75%-მა, ხოლო უარყოფითი შედეგი ჰქონდა 2-ს, ანუ აკრედიტაციის პროცესში მონაწილე საავადმყოფოთა 25%-ს.
11. კითხვა, თუ რამ განაპირობა აკრედიტაციის წარუმატებლობა, ასეთი შედეგის მქონე 2-ვე საავადმყოფოს მენეჯმენტმა უპასუხოდ დატოვა. თუმცა, აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ 5-მა მენეჯერმა, რამაც რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 7.6% შეადგინა, მიუხედავად იმისა, რომ მათ საავადმყოფოებს აკრედიტაციის მცდელობა არ ექონათ, პასუხი გასცა ამ კითხვას. 2 რესპოდენტმა წარუმატებლობის მიზეზად დაასახელა „მმართველობითი რგოლების არასაკმარისი ჩართულობა“, 1-მა რესპოდენტმა - „ხარისხის

სამსახურის მუშაობის არასაკმარისი დონე“ და კიდევ 2-მა მიზეზად მოიყვანა ის ფაქტი, რომ საავადმყოფო ახალი გახსნილია.

12. კითხვაზე, თუ რა დრო დასჭირდათ აკრედიტაციის პროცესის დადებითი შედეგის მისაღწევად, 6 აკრედიტირებული საავადმყოფოდან 2-ის წარმომადგენლებმა (33,3%) მიუთითა 1 წელი, 1-მა (16.7%) – 2 წელზე მეტი, ხოლო 3-მა (50%) ამ კითხვას საერთოდ არ უპასუხა.

კვლევის შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება

ლიტერატურული მიმოხილვის ანალიზის და კვლევების შედეგებზე დაყრდნობით მომზადდა რეკომენდაციები, რომელთა გათვალისწინების შემთხვევაში დადგინდება, თუ რამდენად მზადაა საქართველოს საავადმყოფო სექტორი აკრედიტაციის პროცესისთვის და შემუშავდება საქართველოში ჰოსპიტალური მომსახურების ხარისხის შეფასების მკაფიოდ ჩამოყალიბებული ინდიკატორები.

თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა

1.1. ისტორიული მიმოხილვა

ჯანდაცვის ხარისხის მრავალი განმარტება არსებობს: ხარისხი, რომლითაც ჯანდაცვის სერვისები ზრდის სასურველი შედეგების მიღწევის ალბათობას თანამედროვე პროფესიული ცოდნის საშუალებით (The Institute of Medicine – IOM); ჯანდაცვის ხარისხი არის სწორი ქმედებები(რა), სწორ პიროვნებებზე (ვის), სწორ დროს (როდის) და სწორი ქმედებების პირველსავე ჩარევისას (Department of Health, UK, 1997); ხარისხი ჯანდაცვაში არის ის ხარისხი, რომელიც იმ მომენტისათვის არსებული ცოდნის საფუძველზე გაზრდის პაციენტის შესაძლებლობებს მიღწეულ იქნას სასურველი და შეამციროს არასასურველი შედეგის მიღების შანსები (Council of Europe); ჯანდაცვის ხარისხი ეს არის ხარისხი ჯანდაცვის სისტემების იმ მიზნების მისაღწევად, რომელიც ასახავს მოსახლეობის კანონიერ მოლოდინს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასთან და გულისხმიერებასთან დაკავშირებით (WHO, 2010).

უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი წარმოადგენს გარკვეული მახასიათებლების ერთობლიობას, რომელთა მეშვეობითაც შესაძლებელია შეფასდეს გაწეული მომსახურების შესაბამისობა პაციენტის (მოსახლეობის) მოთხოვნებთან, მის მოლოდინთან და სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიის თანამედროვე დონესთან.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გულისხმობს არამარტო სათანადო ღონისძიებების ჩატარებას სტანდარტების შესაბამისად, არამედ ისეთი პირობების დაცვას, როგორცა:

1. უსაფრთხოება;
2. მისაღები დანახარჯები;
3. პაციენტთა სიკვდილიანობის, ავადობისა და დაინვალიდების შემცირებაზე მიმართული ღონისძიებები და სხვ .

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა არის მომსახურების ხარისხის შენარჩუნება სამედიცინო დაწესებულებების, ინსტრუმენტარიუმის, ტექნიკური

მოწყობილობის ექსპლუატაციის სტანდარტებთან და წესებთან შესაბამისობის დადგენისა და პროფესიონალების საქმიანობის ხარისხის ლიცენზირების ან სერტიფიცირების გზით (ო.ვასაძე, ც.ჯანელიძე, ლ.კობალაძე, 2002).

ჯანდაცვაში ხარისხის გაუმჯობესების ევოლუცია შეცდომების გამოსწორების საჭიროებისადმი განმტკიცებული პასუხია. უახლესი ტექნოლოგიების, სამედიცინო სერვისების განვითარების სხვადასხვა ეტაპებისა და მედიცინაში ახალი ცოდნის დამკვიდრებამ ეთიკური კონცეფციებისა და გაიდლაინების შემუშავების აუცილებლობა განაპირობა.

ჯერ კიდევ ჩვენს წელთაღიციხვამდე მე-5 საუკუნეში ჰიპოკრატე აღწერდა პაციენტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მთავარ მიზანს: „ მე ჩემი შესაძლებლობების მიხედვით მივმართავ შეზღუდულ ზომებს ავადმყოფთა სასარგებლოდ; მე მათ დავიცავ უსამართლობისა და ზიანისაგან“ (Charles D. 2002). შუა საუკუნეების ებრაელი ფილოსოფოსი და ასტრონომი მოშე ბენ მაიმონი ჩვენი წელთაღიციხვით მე-12 საუკუნეში ექიმებისაგან უწყვეტ განათლებას ითხოვდა. იგი აღნიშნავდა, რომ ჯანდაცვაში ბევრი თანამედროვე იდეა ღრმა ტრადიციებსა და ისტორიას უკავშირდება (Charles D. Shaw. pp. 169-175. 1999).

ჯანდაცვაში ხარისხის გაუმჯობესების თანამედროვე ერა 45 წელიწადს ითვლის და უკავშირდება 1966 წელს ავედის დონაბედიანის პუბლიკაციას, სადაც იგი აფასებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ევოლუციის ეტაპებს. აღნიშნულ პუბლიკაციაში მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის ხარისხის შეფასება სამი განსხვავებული სფეროს მიხედვით: სტრუქტურა, პროცესი და შედეგი. სწორედ სამი მნიშვნელოვანი სფერო დაედო საფუძვლად ხარისხის სერტიფიცირების უზრუნველყოფის დაწესებულებების სამედიცინო მომსახურების შეფასების სისტემას და გაიდლაინებისა და პროტოკოლების ჩამოყალიბებას (Donabedian A., 2003).

ტრადიციულად მიღებულია, რომ მაღალ განვითარებული ქვეყნები, მაგ: აშშ, ევროპის მაღალგანვითარებული ქვეყნები და იაპონია სამედიცინო სერვისების მაღალი ხარისხით გამოირჩევიან, რასაც ვერ ვიტყვით განვითარებად ქვეყნებზე. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მეოცე საუკუნის დასასრულს აშშ-ში, გაერთიანებულ სამეფოსა თუ სხვა

მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში მედიცინაში საკმაოდ იმატა წარუმატებლელმა შემთხვევებმა, რამაც მნიშვნელოვნად იმოქმედა სამედიცინო სერვისების სანდოობის დონეზე. მიუხედავად იმისა, რომ წლების მანძილზე განვითარებადი ქვეყნები შეზღუდული რესურსების პირობებში ახორციელებდნენ სამედიცინო მომსახურებას და მაქსიმალურად ცდილობდნენ დაეკმაყოფილებინათ პაციენტის საჭიროებები და მოთხოვნილებები, მათ მაინც მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადადგეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების კუთხით და წარმატებულ შედეგებსაც მიაღწიეს (Eddy, D.M. 1992).

იაპონიაში წარმოების სექტორში სამედიცინო სერვისების ხარისხის კონტროლის რეგულირება ხდებოდა კანონმდებლობის შესაბამისად. მოგვიანებით სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებთან ერთად გაჩნდა კერძო სტაციონარული ცენტრები/საავადმყოფოები, სადაც ხარისხის კონტროლი ხორციელდება უშუალოდ დაწესებულების ადმინისტრაციის მიერ ე.წ. „ხარისხის ტოტალური მართვის“ (total quality management, TQM) სისტემის მეშვეობით. აღნიშნული სისტემა ეფუძნება ხარისხის კონტროლის სტატისტიკის კონცეფციას (statistics quality control, SQC), რომელიც ჩამოყალიბდა აშშ-ში და შემდგომში ფართოდ დაინერგა მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში. იაპონიაში მნიშვნელოვანი წარუმატებლობები მედიცინის სფეროში 1999 წელს დაფიქსირდა, რამაც შემდგომში კლინიკური მაჩვენებლებისა და განვითარების მეთოდების ჩამოყალიბება განაპირობა. სამედიცინო სერვისების ხარისხის შეფასების მთავარ ინდიკატორებს წარმოადგენს: ლიდერობა, კლინიკური და მენეჯერული მიზნებისა და ამოცანების ურთიერთშერწყმა (Gaal P. & Riesberg A., 2004).

ტაილანდში სავალუტო კრიზისი დაიწყო 1997 წელს, რასაც ჰოსპიტლების პრივატიზაცია მოჰყვა. „ხარისხის ტოტალური მართვის“ (total quality management, TQM) სისტემის პროექტის განხილვა 1992 წლიდან დაიწყო, რის შედეგადაც სტაციონარულ დაწესებულებებში სამუშაო დატვირთვა საკმაოდ გაიზარდა. ტაილანდში სამედიცინო სერვისების ხარისხის შეფასების მთავარ ინდიკატორებს წარმოადგენს: ლიდერობა, პროცესის მართვა, ექსპერტული შეფასებები,

არასასურველი შედეგების შესწავლა, შემთხვევების ეტაპობრივი გაცნობიერება-
განხილვა (Greoene O., Klazinga N., Kazandjian V., Lombrail P., Bartels P., March 30, 2008).

შრილანკაში საავადმყოფოებში ინფექციების მაღალი მაჩვენებლის დაფიქსირების
შემდეგ აუცილებელი გახდა „ხარისხის ტოტალური მართვის“ (total quality
management, TQM) სისტემის ჩამოყალიბება. თავდაპირველად რამოდენიმე
საავადმყოფოში პილოტური პროექტები წარმატებით განხორციელდა. ხარისხის
კონტროლის სისტემის დასაწესებლად ჩამოყალიბდა: „შრილანკას ინსტიტუციების
განვითარების ადმინისტრაციის (SLIDA- Sri Lanka Institute Developmet
Administration) და „ხარისხის ტოტალური მართვის“ (TQA- Total Quality
Administration) კურსები; ლიდერი პრაქტიკოსი ექიმები დაინიშნენ საავადმყოფოს
დირექტორებად; ასევე მოხდა წარმოების სხვა სექტორების შეფასება. შრილანკაში
სამედიცინო სერვისების ხარისხის შეფასების მთავარ ინდიკატორებს წარმოადგენს:
ლიდერობა, სისტემურობა, ავტონომიურობა (Georgieva L., Salchev P., Dimitrova R.,
Dimova A. & Avdeeva O., 2007).

ფილიპინებში ხარისხის მართვა ხორციელდებოდა სამედიცინო მომსახურების საწყის
სექტორზე. განვითარების გარკვეულ ეტაპზე მოხდა ხარისხის მართვის
აუცილებლობის გაცნობიერება მომსახურების ნებისმიერ დონეზე, რაშიც დიდი
როლი შეასრულა ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების
სააგენტომ (USAID). ფილიპინებში სამედიცინო სერვისების ხარისხის შეფასების
მთავარ ინდიკატორებს წარმოადგენს: ლიდერობა, პარტნიორული თანამშრომლობა,
ხარისხის კონტროლი.

ბანგლადეში ამჟამად სამედიცინო სერვისების ხარისხის შეფასებისა და კონტროლის
სისტემის ჩამოყალიბების პროცესში იმყოფება. სამწუხაროდ ჯერჯერობით
რადიკალური ნაბიჯები ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით არ გადადგმულა (Health
Affairs 20(5):164-179).

ზამბიაში სამედიცინო სერვისების ხარისხის საკითხი მართვის ხარვეზებს
უკავშირდება. ამჟამად ხორციელდება „5 S“ სისტემის დანერგვა, რომელიც მოიცავს:
სიფაქიზეს, წესრიგს, სისუფთავს, დალაგებას, დისციპლინას. სამედიცინო

სერვისების ხარისხის შეფასების ინდიკატორებია: აღმასრულებელი პირების პასუხისმგებლობები, კლინიკური გამოწვევების გარდა ძალისხმევის განხორციელება სხვადასხვა საკითხების მიმართ (Hakobyan T., Nazaretyan M., Makarova T., Aristakesyan M. & Margaryants H., 2006).

ამერიკაში „ჰოსპიტლების სტანდარტიზაციის საბოლოო შედეგის სისტემის ჩამოყალიბება“ ექიმ ერნესტ კოტმანდს უკავშირდება, რომელმაც 1910წელს პირველმა წამოაყენა იდეა, რომ შეფასებულიყო ჰოსპიტალიზებული თითოეული პაციენტის მკურნალობის ეფექტურობა. უნდა აღინიშნოს, რომ აშშ-ში სერტიფიცირება, თავად ექიმების მიერ ინიცირებული პროცესი იყო. 1913 წელს კოდმანის კოლეჯის ფრანკლინ მარტინის ინიციატივით დაფუძნდა ამერიკელ ქირურგთა კოლეჯი (American College of Surgeons - ACS). კოლეჯის მთავარი ამოცანა იყო „საბოლოო შედეგის“ სისტემის დანერგვა საავადმყოფოებში. 1917 წელს ჩამოყალიბდა ჰოსპიტლების მინიმალური პირველი სტანდარტი, რომელიც მხოლოდ ერთ გვერდს მოიცავდა. მისი მიზანი იყო შეექმნათ ისეთი მექანიზმი, რომელიც საკუთარ სამედიცინო მომსახურების სისტემაზე განახორციელებდა კონტროლს. საწყის ეტაპზე შემუშავდა ხუთი სტანდარტი, რომელთა მიხედვით სტანდარტიზაციის პროცესი წარმოადგენდა მედიცინის ავტონომიურობის პრეტენზიას მეთვალყურეებისა და ადმინისტრატორებისაგან, რომლებიც დომინირებდნენ ბაზარზე. პირველი ხუთი სტანდარტიდან სამი ეხებოდა მხოლოდ სამედიცინო პერსონალის საქმიანობას, ხოლო დარჩენილი ორი - სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესსა და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების არსებობას. სამედიცინო პერსონალის ორგანიზების საკითხებს და იმ პროცესების შექმნას, რომელიც საშუალებას მისცემდა სამედიცინო პერსონალს კოლექტიურად განესაზღვრა პროფესიული სამედიცინო საქმიანობის პოლიტიკა, წესები და ნორმები განიხილავდა პირველი სამი სტანდარტი. აღნიშნული წესები ასევე განსაზღვრავდა სამედიცინო პერსონალის სამუშაოს აღწერილობებს, უფლება-მოვალეობებს, სამუშაოზე აყვანის, გათავისუფლების, კოპეტენციის და კვალიფიკაციის შეფასებას (Van Ginneken E., 2008).

1918 წლიდან ACS- მა დაიწყო ჰოსპიტლების ინსპექტირება და დაადგინა, რომ ამერიკაში არსებული 692 საავადმყოფოდან მხოლოდ 89 საავადმყოფო

აკმაყოფილებდა მინიმალურ სტანდარტს. 1926 წელს დაიბეჭდა სტანდარტების პირველი სახელმძღვანელო, რომელიც მხოლოდ 18 გვერდისაგან შედგებოდა (Joint Commission, 2000).

აკრედიტაციის მიღების მსურველი საავადმყოფოების რიცხვი თანდათან მატულობდა და 1950 წლისათვის მასში უკვე აშშ-ს 3200-ზე მეტი საავადმყოფო იღებდა მონაწილეობას. პროგრამა საკმაოდ პოპულარული და საყოველთაო გახდა.

ამერიკელ ქირურგთა კოლეჯმა, ამერიკელ ექიმთა კოლეჯმა, ამერიკული ჰოსპიტლების ასოციაციამ, ამერიკულმა სამედიცინო ასოციაციამ და კანადის სამედიცინო ასოციაციამ 1951 წელს ერთობლივად ჩამოაყალიბეს ჰოსპიტლების აკრედიტაციის გაერთიანებული კომისია (Joint Commission on Accreditation of Hospitals – JCAH), რომელიც წარმოადგენდა დამოუკიდებელ, არამომგებიან ორგანიზაციას, რომლის მიზანი იყო საავადმყოფოების ნებაყოფლობითი აკრედიტაცია (Joint Commission, 2002)

ნებისმიერმა საავადმყოფომ, რომელიც აკმაყოფილებს JCI- ის მიერ დადგენილ კრიტერიუმებს შეუძლია მონაწილეობა მიიღოს აკრედიტაციის პროცესში:

1. საავადმყოფო მდებარეობს აშშ-ს ფარგლებს გარეთ ან აშშ-ს ტერიტორიაზე;
2. საავადმყოფო არის ჯანდაცვის ლიცენზირებული პროვაიდერი, ახორციელებს სტაციონარულ მომსახურებას და მინიმუმ უნდა ახორციელებდეს შემდეგი სერვისების მიწოდებას:
 - a) ახორციელებს გადაუდებელ, დიაგნოსტიკურ, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მომსახურებას;
 - b) აკრედიტაციის პროცესში მიღება შეუძლიათ, როგორც მულტი, ასევე მონოპროფილური საავადმყოფოებს, მაგ: პედიატრია, ოფთალმოლოგია, სტომატოლოგია, ფსიქიატრია და სხვა;
 - c) საავადმყოფო მუშაობს 365 დღე წელიწადში, ახორციელებს 24 საათის განმავლობაში და კვირაში 7 დღე; ახორციელებს 24 საათიან ურგენტულ მომსახურებას;

1. საავადმყოფოს მიერ წარმოებული სერვისების მიწოდება ხდება JCI-ის მეხუთე გამოცემის სტანდარტების შესაბამისად;
2. საავადმყოფო ზრუნავს დაწესებულებაში სერვისების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების საკითხებზე;
3. საავადმყოფოში პაციენტების მიღებისა და გაწერის შესახებ სტატისტიკური ინფორმაცია ღიაა და მუდმივად ხდება აღნიშნული მაჩვენებლების ანალიზი;

საავადმყოფო ითვალისწინებს „აკრედიტაციის პროცესში მონაწილეობის მოთხოვნებს“ (Accreditation Participation Requirements” APR) და JCI-ის მეხუთე გამოცემაში მითითებულ სტანდარტებს (Joint Commission, 2002).

აკრედიტაციის პროცესში მონაწილე საუნივერსიტეტო საავადმყოფო გარდა ზემოთ ჩამოთვლილი მოთხოვნებისა უნდა აკმაყოფილებდეს დამატებით შემდეგ სამ კრიტერიუმს:

1. აპლიკანტი საავადმყოფო ორგანიზაციულად ან ადმინისტრაციულად ინტეგრირებულია სამედიცინო სკოლასთან;
2. აპლიკანტი საავადმყოფოში შესამღებელია სამედიცინო ფაკულტეტის სტუდენტების, როგორც საუნივერსიტეტო, ასევე პოსტ დიპლომური უწყვეტი განათლების მიღება;
3. განაცხადის შეტანისას საავადმყოფო უნდა ახორციელებდეს აკადემიურ და/ან კომერციულ საზოგადოებრივი საკითხების ირგვლივ კვლევას ამავე საავადმყოფოში არსებული დამტკიცებული პროტოკოლების დაცვით.

1952 წლიდან ამერიკელ ქირურგთა კოლეჯი ოფიციალურად გარდაიქმნა გაერთიანებული კომისიის ჰოსპიტლების სტანდარტიზაციის პროგრამად, რომელმაც 1953 წლის იანვრიდან დაიწყო ჰოსპიტლების აკრედიტაციის პროცესი.

1959 წელს გაერთიანებულ კომისიას გამოეყო კანადის სამედიცინო ასოციაცია, რომელმაც შექმნა კანადის დამოუკიდებელი აკრედიტაციის ორგანიზაცია.

1965 წლიდან Medicare და Medicaid-ის პროგრამებში მონაწილეობს მხოლოდ იმ საავადმყოფოებს შეეძლოთ, რომლებსაც მიღებული ჰქონდათ აკრედიტაცია და აკმაყოფილებდნენ აკრედიტაციის საბჭოს მიერ წაყენებულ მოთხოვნებს.

1970 წლიდან სტანდარტების გადახედვის შემდეგ, მოხდა მათი სრულყოფა და უფრო კონკრეტული, ზუსტი სტანდარტების ჩამოყალიბება. მათი რიცხვი პერიოდულად იზრდებოდა 80-იანი წლებისთვის 2000-ს გადააჭარბა. ობიექტურობის გაზრდის მიზნით შეფასების პროცედურები თანდათან გართულდა, შესაბამისად დაიწყო ინდიკატორებზე დაფუძნებული შედეგების შეფასების მონიტორინგის სისტემის შემუშავების პროცესი.

1987 წელს ორგანიზაციამ შეიცვალა სახელი და ჰოსპიტლების აკრედიტაციის გაერთიანებული კომისიის ნაცვლად დაირქვა სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის გაერთიანებული კომისია, რათა მოეცვათ სამედიცინო დაწესებულებების ფართო არეალი. 1994 წელს გამოვიდა აკრედიტაციის პირველი სრულყოფილი სახელმძღვანელო, რომელმაც რადიკალურად შეცვალა მანამდე არსებული ტენდენციები მომსახურებისა და კონკრეტული საქმიანობებისათვის სტანდარტების შექმნის მიმართულებაში, რადგან გამოყენებული იქნა უფრო ფართო თემატური მიდგომა სამედიცინო დაწესებულებების, როგორც ერთი მთლიანი ორგანიზმის ფუნქციონირების შეფასების სისტემაში. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული პროცესი ნებაყოფლობითია და არ არსებობს სახელმწიფოს მხრიდან რაიმე ვადლებულებები და იძულება, ამერიკულ საავადმყოფოებს საკმაოდ სერიოზული მოტივაცია გააჩნიათ ამ პროცესში მონაწილეობისათვის და დღეისათვის საავადმყოფოების 80% აქტიურადაა ჩართული აკრედიტაციის პროცესში (Joint Commission, 2002).

გაერთიანებული კომისიის სტანდარტები ნაკლებად გამოსადეგი გამოდგა აშშ-ს ფარგლებს გარეთ არსებული საავადმყოფოებისთვის. ამიტომ, 1994 წელს საერთაშორისო კლიენტებისთვის განათლებისა და საკონსულტაციო მომსახურების შეთავაზების მიზნით, შეიქმნა საერთაშორისო გაერთიანებული კომისია (Joint Commission International- JCI). აღნიშნულ კომისიას 2009 წელს ათი წელი შეუსრულდა პირველი საერთაშორისო ჰოსპიტლის აკრედიტაციიდან (ბრაზილია, სანპაოლო,

ჰოსპიტალი Israelita Alber Einstein). მას შემდგომ მსოფლიოს 39 ქვეყანაში 300-მდე სახელმწიფო და კერძო საავადმყოფომ გაიარა ეს პროცესი და მიიღო აკრედიტაცია.

მიუხედავად იმისა, რომ დღეისათვის აშშ-ს ბაზარზე გამოჩნდნენ მრავალი წვრილი სააკრედიტაციო ორგანოები, გაერთიანებული კომისია დღემდე ინარჩუნებს ლიდერის პოზიციას. თუმცა მისი მუშაობა დღემდე ხდება კრიტიკის საგანი ორი ძირითადი მიზეზის გამო: გაერთიანებული კომისია არასდროს არ ეუბნება უარს არცერთ სამედიცინო დაწესებულებას აკრედიტაციის მინიჭებაზე და ის არის ზედმეტად ბიუროკრატიული და მოითხოვს უამრავი დოკუმენტაციის წარმოებას. თუმცა, გამომდინარე ამ ჩივილებიდან, როგორც უკვე ავლნიშნეთ აკრედიტაციის პროცესში ჩართულია მსოფლიოს 38 ქვეყნის 300-მდე კლინიკა, რაც მის ეფექტურობასა და შედეგიანობაზე მეტყველებს.

დღესდღეობით სააკრედიტაციო პროგრამები სხვადასხვა ქვეყნებში ხორციელდება პროფესიული ასოციაციების ან სახელმწიფო დონეზე მმართველობითი ორგანოების მიერ. 2007 წელს ბელგიის ჯანდაცვის სამინისტრომ ჩაატარა კვლევა, რომლის მიხედვით გამოიკვეთა, რომ ევროპის 17 სააკრედიტაციო პროგრამიდან 11 დაფუძნებულია ISQua (International Society for Quality in healthcare) ჯანდაცვის ხარისხის საერთაშორისო საზოგადოების სტანდარტებზე (Martin Merry D., Crago M., 2001).

ზოგიერთმა სააკრედიტაციო ორგანომ ჩამოაყალიბა დამოუკიდებელი შეფასებისა და აკრედიტაციის პროგრამები მსოფლიო მასშტაბით მაგ: „ ორგანიზაციული პრაქტიკის მოთხოვნილებები“ კანადის კარედიტაციის პროგრამა (ROP- Required organisational Practices), „თანამშრომლობა ჯანდაცვის გამჭვირვალობასა და ხარისხში“ აკრედიტაციის პროგრამა გერმანიაში (KTQ- International GmbH, Kooperation für Transapenz und Qualität im Gesundheitswesen), ჯანდაცვის ინსტიტუციების აკრედიტაციის საუდის ცენტრალური საბჭო(The Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions – CBAHI), აკრედიტაციის პროგრამა აზიაში, ჯანდაცვის სტანდარტების ავსტრალიის საბჭო, აკრედიტაციის პროგრამა ავსტრალიაში (The Australian Council on Healthcare Standartds- ACHS), „ოქროს სტანდარტების

ნაციონალური სისტემა“ The National Gold Standards Framework – GSF). -
აკრედიტაციის პროგრამა გაერთიანებულ სამეფოში.

ერთ-ერთი მაგალითია აგრეთვე დიდი ბრიტანეთის სამეფო კოლეჯის
საკრედიტაციო პროგრამები, რომლებიც ძირითადად დაფუძნებულია კლინიკური
პრაქტიკის პრიორიტეტულ სფეროებად დაყოფის პრინციპებზე. დიდ ბრიტანეთში
ისინი განსაკუთრებით კარგადაა განვითარებული და ფართოდ გამოიყენება
ონკოლოგიურ მედიცინაში. მედიცინის ამ დარგში განსხვავება კლინიკურ პრაქტიკასა
და მკურნალობის შედეგს შორის მარტივად ვლინდება (Francis, S., Glanville, R., Noble,
A. and Scher, P. 1999).

საფრანგეთში შემოღებულია სტანდარტებზე დაფუძნებული სააკრედიტაციო
სავადმყოფო სისტემა, თუმცა ეს უკანასკნელი არ ითავლისწინებს
ერთმნიშვნელოვანი შეფასების სისტემას. დიდ ბრიტანეთში იგეგმება იძულებითი
ინსპექტირების სისტემის შემოღება, რომელიც გულისხმობს შედეგების
განზოგადებას (Freeman T ., 2002).

სახელმწიფოს მხრიდან აკრედიტაცია- შედარებით ახალი მოვლენაა, რომელიც
სხვადასხვა ფორმებს იღებს. 1990- იანი წლების დასაწყისამდე, აკრედიტაციის
პრაქტიკულად ყველა პროგრამის შემუშავება და განხორციელება დამოუკიდებელი
ორგანიზაციების პრეროგატივა იყო, რომლებიც წარმოადგენდნენ სამედიცინო
წრებს, სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლებს და ნებაყოფლობითი
აკრედიტაციის ორგანიზაციული განვითარებით დაინტერესებულ კომერციულ
სტრუქტურებს (Graham, Judith. 2002).

უკანასკნელი ხუთი წლის მანძილზე მიღებული პროგრამების აბსოლიტური
უმრავლესობა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდება. მათი რეალიზება სახელმწიფო
ორგანოების ხელმძღვანელობით ან აქტიური მონაწილეობით ხორციელდება და
განიხილება, როგორც უმნიშვნელოვანესი ბერკეტი რეგულირებისა და
სახელმწიფოსადმი ანგარიშების პროცესში. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო
აკრედიტაცია დადგენილ სტანდარტებს ეფუძნება, სახელმწიფო ორგანოები
ბუნებრივად ცდილობენ გამოიყენონ აკრედიტაცია ხარისხის წასახელისებლად,

ამდენად, აკრედიტაცია ტრანსფორმირდება ლიცენზირების ერთგვარ ნაირსახეობად (Gustafson D., Ovretveit J., 2006).

აკრედიტაციის ყველა პროგრამას შორის, რომელიც USAID-ის ეგიდით იქნა დაწყებული ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში (უნგრეთი, ჩეხეთი, პოლონეთი და რუმინეთი) მხოლოდ პოლონურმა პროგრამამ შეძლო რეალურად დისტანცირება ჯანდაცვის სამინისტროსაგან და გადარჩენა მთავრობის ცვლის შემდეგაც კი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ცენტრალური ხელისუფლების მიერ დანერგილი აკრედიტაციის სისტემა მოქმედებს ევროპის მხოლოდ სამ ქვეყანაში - ბელგიაში, საფრანგეთსა და შოტლანდიაში (Oliveira J., Matsuda L., 2016).

დროდადრო პოპულარული ხდება კლინიკური პრაქტიკის პრიორიტეტულ სფეროებად დაყოფის პრინციპზე დაფუძნებული აკრედიტაცია. მრავალ ქვეყანაში მოქმედებს კლინიკურ ბაზაზე დაფუძნებული მცირე სააკრედიტაციო პროგრამები. აღნიშნული პროგრამები შეიძლება ხორციელდებოდეს პროფესიული ასოციაციების მიერ, რომლის მაგალითია სამეფო კოლეჯის სააკრედიტაციო პროგრამები დიდ ბრიტანეთში (Oliveira J., Matsuda L., 2016).

განსაკუთრებით ფართოდ გამოიყენება სააკრედიტაციო მიდგომები ონკოლოგიაში. თანდათანობით ხდება გაცნობიერება ონკოლოგიური ავადმყოფების მკურნალობის ერთიანი საერთაშორისო სტანდარტების დადგენის აუცილებლობის შესახებ. ევროპის ონკოლოგიურ საზოგადოებათა ფედერაციის მიერ ინიცირებულია ონკოლოგიურ დამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციის საერთო ევროპული პროგრამა.

სხვადასხვა ქვეყნებში გამოიყენება ხარისხის მხარდაჭერისკენ მიმართული პროცესების მეთვალყურეობის სხვადასხვა მოდელები, რომელთა ტიპოლოგია ასახავს განსხვავებას დაფინანსების სტრუქტურასა და ანგარიშგებაში. თითოეული მოდელის შიგნით ურთიერთშერწყმულია აკრედიტაციისა და ინსპექტირების ელემენტები. ამ ელემენტთაგან ერთნი ატარებენ იძულებით, ხოლო მეორენი - ნებაყოფლობით ხასიათს, ზოგი დამყარებულია დადგენილ სტანდარტებზე, სხვა - ინსპექტორთა მოსაზრებებზე (The Regulation and Quality Improvement Authority 2004).

ევროპის ქვეყნებში ადგილი აქვს მიდგომათა დიდ მრავალფეროვნებას. საფრანგეთში შემოღებულია სტანდარტებზე დაფუძნებული სააკრედიტაციო სისტემა, რომელშიც მონაწილეობა სავალდებულოა, თუმცა იგი არ ითვალისწინებს ერთმნიშვნელოვანი შეფასების გამოტანას (აკრედიტაციის შედეგები განზოგადდება მუშაობის ხარისხის შესახებ ვრცელი ანგარიშის სახით) (Rowe K A., Savigny D., Lanata C., Victora C., (August 9,2005).

აკრედიტაციის პროცესი სულ უფრო ნაკლები სირთულეების მატარებელი ხდება საშუალო შემოსავლიანი ქვეყნებისთვის, რომელთა რიცხვშიც შეიძლება დღეს უკვე მოიაზრებოდეს საქართველოც.

აკრედიტაციის მოდელი იმ სახით, როგორც იგი შემუშავებულ იქნა ინგლისურენოვან ქვეყნებში - აშშ, კანადა, ავტრალია, დიდი ბრიტანეთი - ორი მიზეზის გამოა საინტერესო. ჯერ ერთი, ყველა აღნიშნული მოდელის საფუძველს წარმოადგენს გაერთიანებული კომისიის მოდელი და ამდენად, ისინი ერთგვაროვან ჯგუფებს განეკუთვნებიან და მეორე, მსოფლიოს არცერთ სხვა ქვეყანაში არ შექმნილა საავადმყოფოების აკრედიტაციის ისეთი სრულყოფილი სისტემა, როგორც ინგლისურენოვან ქვეყნებში.

1.2. სამედიცინო ორგანიზაციების აკრედიტაციის საერთაშორისო გამოცდილება

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა და სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი რეგულირება ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის გაზრდას და ჯანდაცვის სისტემისადმი პაციენტთა ნდობის ამაღლებას (A.Donabedian, 1988; R.Wenzel, 1992; G. Wilensky, 1992; L. Wilson, 1995; K. Fiscella, 2004; Q. Ngo – Metzger, 2006) . 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 სამედიცინო პერსონალის უსაფრთხოებისა და უფლებების დაცვას უწყობს ხელს, ვინაიდან სამედიცინო მომსახურების ხარისხი თავისი გაგებით მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის მიღწევებისა და საუკეთესო

კლინიკური პრაქტიკის გამოყენებით პაციენტთა სამედიცინო მომსახურებას
გულისხმობს.

პაციენტებისთვის, მათი ოჯახებისა და სხვა მომხმარებლებისთვის მაქსიმალურად
უსაფრთხო, ხარჯთეფექტური და თანადგომითი ზრუნვის მიწოდება დაწესებულების
აკრედიტაციის გზით მიიღწევა. სერტიფიცირება გულისხმობს სამედიცინო
დაწესებულებაში ფუნქციონირებად ყველა სფეროში უწყვეტი ხარისხის კონტროლის
პროცედურას სტრუქტურის, პროცესისა და შედეგის ეტაპების დონეზე.
აკრედიტაციის პროცესთან დაკავშირებული ქმედებებია: პაციენტის მოვლისა და სხვა
დამხმარე პროცესების სისტემური და მუდმივად მიმდინარე შეფასება, რათა მოხდეს
ეფექტურობის გაუმჯობესების შესაძლებლობების წარმოჩენა და შესაბამისი
ლონისძიებების დროული გატარება, ასევე ძირითადი სფეროებისა და პროცესების
გაუმჯობესება, რომლებიც ყველაზე მნიშვნელოვანია მომხმარებლების
ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოებისთვის (Black, N. 1990) .

აკრედიტაციის მისიაა ჰოსპიტლის ყველა კომპონენტის ისე წარმართვა, რომ მოხდეს
პაციენტების მკურნალობის მაქსიმალურად მაღალი ხარისხის შედეგების მიღწევა და
მათთვის მომსახურების მიწოდება უსაფრთხო გარემოში, რაც არათუ აკმაყოფილებს
მომხმარებლის მოლოდინს, არამედ აჭარბებს კიდევ მას (Charles D. Shaw, 2002).

აკრედიტაციის პროცესი წარმოაჩენს მთელი ორგანიზაციის სწრაფვას. სამედიცინო
დაწესებულებები მუდმივად ატარებენ მომხმარებელთა კმაყოფილების კვლევებს,
სადაც მონაწილეობას იღებს, როგორც პაციენტი, ასევე მათი ოჯახის წევრები. ასევე
ტარდება თანამშრომელთა ყოველწლიური გამოკითხვა, ეფექტური მუშაობის
შეფასება, სხვადასხვა შეხვედრები ფოკუს-ჯგუფებთან, ფორუმები და გარეშე მხარის
შეფასება. აკრედიტაციის პროცესში ყველა ამ ღონისძიების დანიშნულებაა
ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისა და მისი გაუმჯობესების
შესაძლებლობების წარმოჩენა (Charles D., 2002).

დღეისათვის საავადმყოფოების აკრედიტაციის სქემები ქვეყნების მიხედვით
შემდეგნაირად ნაწილდება:

- „ამბულატორიული მომსახურების აკრედიტაციის ასოციაცია“, აშშ (Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)- USA)
- „ჰოსპიტალური/ჯანმრთელობის სისტემების აკრედიტაციის ასოციაცია“, აშშ (Accreditation Association for Hospital/Health Systems (AAHHS)- USA)
- „კასპეს ჯანდაცვის ცოდნის სისტემები“, პროგრამა აკრედიტირებულია ISQua-სა და ISO- ს 17021:2011 სტანდარტების შესაბამისად, გაერთიანებული სამეფო (Caspes Healthcare Knowledge Systems, CHKS Ltd, www.chks.co.uk)
- „ჯანდაცვის ხარისხის მალაიზიის საზოგადოება“ (Malaysian Society for Quality in Health, MSQH- Malaysia)
- „ჯანდაცვის ხარისხის აკრედიტაციის პროგრამა“, დიდი ბრიტანეთი-ევროპა (“QHA Trent Accreditation, UK-Europe)
- „ჯანდაცვის საერთაშორისო სტანდარტების ავსტრალიის საბჭო“, ავსტრალია (Australian Council for Healthcare Standards International, or ACHSI, Australia)
- „ჯანმრთელობის სერვისების აკრედიტაციის კანადის საბჭო (Accreditation Canada, CCHSA (Canadian Council on Health Services Accreditaion, Canada)
- „ჯანდაცვის ობიექტების აკრედიტაციის პროგრამა“, აშშ (Healthcare Facilities Accreditation Program (HFAP), USA)
- „გაერთიანებული კომისია“, აშშ (Joint Commission, USA)
- „სათემო ჯანდაცვის აკრედიტაციის პროგრამა“ (Community Health Accreditation Program, CHAP, USA)
- „ჯანდაცვის აკრედიტაციის კომისია“, აშშ (Accreditation Commission for Health Care,ACHC, USA)
- „ჯანდაცვის ხარისხის აკრედიტაციის ასოციაცია“, აშშ (Healthcare Quality Association on Accreditation, HQAA, USA)
- “DNV -აკრედიტაციის პროგრამა“, ნორვეგია და აშშ (DNV Healthcare Inc. DNVHC, Norway and USA)
- „ტაილანდის ჰოსპიტლების აკრედიტაციის პროგრამა“, ბანგკოკი, ტაილანდი (Thailand Hospital HA, Bangkok, Thailand)
- „ჰოსპიტლების აკრედიტაციის გაერთიანებული კომისია ტაივანში“ (Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation)

- „საავადმყოფოების აკრედიტაციის ეროვნული კომისია“, რუმინეთი, ბუქარესტი, (National Commission for Accreditation of Hospitals, Bucharest, Romania)
- „ამერიკის აკრედიტაციის საბჭო“ აშშ (American Accreditation Council (ACC), USA)

აკრედიტაციის პროცესი სულ უფრო პოპულარული ხდება და მრავალმა ევროპულმა ქვეყანამ შეიმუშავა სხვადასხვა სახის ნაციონალური პროგრამები, მაშინ როდესაც დიდი ბრიტანეთი, იტალია და ესპანეთი ხელმძღვანელობენ რეგიონული პროგრამებით. ყველა არსებული პროგრამების ანალიზისას გამოიკვეთა სააკრედიტაციო პროგრამის 4 ძირითადი განმასხვავებელი ნიშანი (ცხრილი 1):

1. პოლიტიკა - არის მკაფიოდ განსაზღვრული სააკრედიტაციო სისტემა ნებაყოფლობითი უნდა იყოს, თუ სავალდებულო. თუმცა, ტენდენცია უფრო მეტად ნებაყოფლობითი სისტემის სასარგებლოდ იკვეთება;
2. მმართველობა - ექიმები, სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელები, საკანონმდებლო ორგანოები. ძირითადად მმართველოთი ორგანოებია, თუმცა, ზოგიერთ პროგრამაში შერეული მმართველობითი სისტემაც მოიარება;
3. მეთოდები - სტანდარტების შემუშავებისას „სააკრედიტაციო მოდელად“ უმრავლესი პროგრამებისთვის მოიაზრება საერთაშორისო სტანდარტიზაციისა - ISO (International Standardization organization) და ხარისხის მენეჯმენტის ევროპული ფონდის - EFQM (European Foundation for Quality Management) პროგრამები. დამატებით, უმრავლესი პროგრამებისთვის სტანდარტები მოიცავს მთლიანი პროცესის შეფასების მოდელს;
4. დაფინანსების მექანიზმები - საწყის ეტაპზე პროგრამების უმრავლესობა ფინანსდებოდა ან სახელმწიფო სტრუქტურების ან საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების მიერ. 2006 წლის მხოლოდ 4 ფინანსური მაჩვენებლების განხილვისას (საფრანგეთი, ლუქსემბურგი, ირლანდია და დიდი ბრიტანეთი) აღმოჩნდა, რომ სააკრედიტაციო პროგრამებისთვის დახარჯული წლიური ბიუჯეტი ძალიან მნიშვნელოვან თანხას შეადგენდა (3,5მლნ ევრო ირლანდია

და 60 მლნ. ევრო დიდი ბრიტანეთი). გამოკვეთილი მოსაზრება გაჩნდა იმის შესახებ, რომ სახელმწიფოსთვის ფინანსური ტვირთის მოხსნის მიზნით დაწესდეს საწევრო გადასახადის სახით სააკრედიტაციო თანხის ოდენობა ცალკეული ჰოსპიტლისათვის 500- დან 10 000 ევროს ოდენობით წელიწადში მწოდბული სერვისების და მოცულობის მიხედვით (CIHQ, March, 2008).

ცხრილი 1. სააკრედიტაციო პროგრამების განმასხვავებელი ნიშნები და მიმართულებები ქვეყნების მიხედვით.

სავალდებულო	ნებაყოფლობითი
დამსჯელობითი - ციკლური	გაუმჯობესებაზე ორიენტირებული - უწყვეტი
წინასწარ გაწერილი	დაუგეგმავი
კონფიდენციალური	საზოგადოებისათვის ღია
მინიმალური მოთხოვნები	მაქსიმალური მოთხოვნები
რეაქტიული	პრევენციული
გამოცხადებული	გამოუცხადებელი
რექტორსპექტიული	პროსპექტული
სტანდარტებზე დაფუძნებული	შესრულებაზე დაფუძნებული
პროცესზე ორიენტირებული	შედეგზე ორიენტირებული
სრულად გაზომვადი	შედარებით გაზომვადი
ერთჯერადი სერტიფიკატი	მრავალჯერადი სერტიფიკატები

წყარო: ხარისხის როლი ჯანდაცვის სისტემაში, 2009 – UNDP

აკრედიტაციის თავდაპირველი ფორმა, რომელიც მოცემულია სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის ერთიანი კომისიის წესებში, ეფუძნება საბაზრო კონკურენციის პრინციპებს, კეძოდ, სერტიფიცირება კონკურირებს ხარისხის ხელშეწყობისა და რეგულირების სხვა ფორმებთან. მრავალ ქვეყანაში არსებობს

პროფესიონალური ორგანიზაციები, რომლებიც ახორციელებენ სამედიცინო დაწესებულებების ინსპექტირებას, რათა დადასტურდეს, რომ კლინიკური პროცედურები და სასწავლო პროცესი მიმდინარეობს სათანდო დონეზე. პროფესიულ შეფასების ეს ფორმა უმეტესად ეფუძნება რანგობრივად თანასწორი ინსპექტირების დასკვნებსა და არა დადგენილ სტანდარტებს. თუმცა ზოგიერთი პროფესიული ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული სისტემები ეყრდნობა სტანდარტებს (Graham, Judith. 2002).

მიუხედავად ტექნოლოგიური მიღწევებისა, რომლებსაც ადგილი ჰქონდა ბოლო 50 წლის განმავლობაში, ჯანდაცვის ხარისხი რჩება არაადეკვატური და ცვალებადი. მისი მახასიათებლებია: გახშირებული შეცდომები და მათი აღმოფხვრისთვის საჭირო თანამედროვე კლინიკური ცოდნის შედარებით ნელი განვითარება (ი.სასანია, 2010).

მსოფლიო მასშტაბით არსებული კონკურენცია (წარმოების დარგში) მოითხოვს სტანდარტს, რომლის მიხედვითაც შეცდომათა სიხშირე (პროფესიული ხარვეზი) არ უნდა იყოს 230-ზე მეტი 1 მილიონში. 5-ზე ნაკლებია ყოველ 1 მილიონში შეცდომები დაკავშირებულია ფინანსური სერვისების ტრანზაქციებთან, მაშინ, როცა 6 000- დან 300,000 ხარვეზია ყოველ მილიონ შემთხვევაზე ჯანდაცვაში. აღნიშნული ციფრები ნათლად წარმოადგენენ ჯანდაცვის სისტემაში ხარისხის პრობლემატურობას სხვა ინდუსტრიასთან შედარებით (ი. სასანია, 2010).

სხვადასხვა ექსპერტის მიერ წარმოდგენილი კვლევების მიხედვით, აშშ-ში ჯანდაცვის ყველა პირდაპირი ხარჯის 30%-ს ცუდი ხარისხით განპირობებული ხარჯები შეადგენს. თუ ამას ციფრებში გადავიყვანთ, სურათი შემდეგი იქნება: დაახლოებით 1,4 ტრილიონი აშშ დოლარი იყო ჯანდაცვის ხარჯი 2001 წელს აშშ-ში. ამ თანხის 30% შეადგენს 240 მილიარდ დოლარს, ეს არის ხარჯი, რომელიც გამოიწვია უხარისხოდ წარმოებულმა ჯანდაცვის სერვისებმა. ექსპერტები ითვლიან, რომ 2011 წლისათვის ჯანდაცვის ხარჯმა 2,8 ტრილიონს მიაღწია. თუ ჯანდაცვის ხარისხი არ გაუმჯობესდება, მაშინ ადვილი გასათვლელია თუ რამდენად მოიმატებს ჯანდაცვის უხარისხო სერვისებით გამოწვეული ხარჯები (ი. სასანია, 2010).

აშშ-ს ჯანდაცვის ხარისხთან დაკავშირებული პრობლემები შემდეგია:

1. წამლების არასწორად გამოყენება ყოველწლიურად მიზეზი ხდება დაახლოებით 200,000 სიკვდილობის შემთხვევის და 300 მილიარდი აშშ დოლარამდე დამატებითი ხარჯისა. საგულისხმოა, რომ ამ შემთხვევების და თანხის უმეტესი ნაწილი შესაძლებელია თავიდან ყოფილიყო აცილებული.
2. ანტიბიოტიკების ზედმეტი გამოყენება -5 მილიარდი აშშ დოლარი არასაჭირო ხარჯებისა ყოველწლიურად.
3. ჰოსპიტალშიდა ინფექციები, 20, 000-დან 60, 000- მდე სიკვდილობის 18 მილიარდი ზედმეტი ხარჯი თანხობრივად.
4. დიაბეტის პირდაპირი და არაპირდაპირი ხარჯები 132 მილიარდი ყოველწლიურად, გამოწვეული არასწორი დიაგნოზირებით, არაადექვატური მკურნალობით, სიცოცხლის ხარისხის გაუარესებით და ა.შ.
5. დეპრესიით გამოწვეული პაციენტების არასწორი მკურნალობით გამოწვეული ხარჯების დაახლოებითი ოდენობა -80 მილიარდი დოლარი 2002 წელს.
6. არაადექვატურად ნამკურნალები გულის მწვავე იშემიური დაავადებების - 18,000 სიკვდილობის შემთხვევა ყოველწლიურად.
7. არასწორად მართული გრიპისა და პნევმოკოკური ვაქცინაციის გამო - 10, 000- 20, 000 გარდაცვლილი ადამიანი.
8. ასთმის ცუდი მართვის გამო - 18 მილიარდი დოლარი დამატებითი ხარჯი.
9. გულის ქრონიკული იშემიური დაავადებების უხარისხოდ მართვის შედეგად 10 -40 მილიარდი აშშ დოლარის ხარჯი.

შესაბამისად გასაგებია თუ რატომ გახდა ხარისხი უკანასკნელი წლების ყველაზე მნიშვნელოვანი და პრიორიტეტული საკითხი ჯანდაცვის სისტემაში. დასავლეთის ქვეყნებში - ფედერალური თუ ჯანდაცვის პროფესიონალები, მომხმარებელთა ჯგუფები თუ ზედამხედველობის ორგანიზაციები, - ყველა ჩართულია ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების გზების ძიებაში (ი. სასანია, 2010).

ჰოსპიტლების აკრედიტაციის გაერთიანებული კომისია (Joint Commission on Accreditation of Hospitals – JCAH) დამოუკიდებელი, არამომგებიანი ორგანიზაციაა, რომლის მიზანია საავადმყოფოების ნებაყოფლობითი აკრედიტაცია. აკრედიტაციაში მონაწილე საავადმყოფოებს საშუალება ეძლევათ მიიღონ ექსპერტთა დახმარება და

აწარმოონ უმაღლესი სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება.
აკრედიტაციის სტანდარტები დაფუძნებულია უშუალოდ მკურნალობის პროცესთან დაკავშირებულ ექვს ძირითად კრიტერიუმზე: 1. პაციენტების შეფასება; 2. მკურნალობის მიზნების განვითარება; 3. მკურნალობის გეგმის განვითარება, ექიმების, მკურნალობის პროცესში მონაწილე თანამშრომლების, პაციენტების ან/და მათი ოჯახის წევრების თანამონაწილეობით; 4. მიღწეული პროგრესის შეფასება; 5. სამედიცინო დოკუმენტაციის სწორად და სრულყოფილად წარმოება; 6. ხარისხის უზურუნველყოფა. აღნიშნული სტანდარტების დაცვა პასუხს სცემს ისეთ მნიშვნელოვან კითხვებს, როგორცაა: არის თუ არა მკურნალობის სტანდარტები და მიმდინარეობა პაციენტის საჭიროების შესაბამისი დონის? არის თუ არა მკურნალობა ხარჯთეფექტური პაციენტისთვის? რა სარგებელს იღებს პაციენტი, როგორც სამედიცინო, ისე არა სამედიცინო მოლოდინებისაგან?(JCAHO.,2008).

ჰოსპიტლების აკრედიტაციის გაერთიანებული კომისიის სტანდარტების დაცვა პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებულ ყველა პრობლემის მოგვარების პროცესისა და უწყვეტი ხარისხის გაუმჯობესებას უწყობს ხელს (JCAHO / Joint Commission international accreditation., 2008).

საავადმყოფოების აკრედიტაციის პროცესში მონაწილეობის მიღება შეუძლიათ:

1. ამერიკის შეერთებული შტატების ტერიტორიაზე და მის საზღვრებს გარეთ არსებულ საავადმყოფოებს;
2. ლიცენზირებულ საავადმყოფოებს;
3. საავადმყოფო, რომელიც მუდმივად ზრუნავს და მუშაობს მკურნალობის ხარისხის გამჯობესებაზე, როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო სერვისების უწყვეტი ხარისხის გაუმჯობესებაზე;
4. ორგანიზაცია ახდენს იმ მომსახურების განსაზღვრას, რომელსაც იგი აწარმოებს კანონმდებლობის ფარგლებში, ხელშეკრულების მიხედვით;
5. საავადმყოფო უნდა აწარმოებდეს ჰოსპიტლების აკრედიტაციის გაერთიანებული კომისიის სტანდარტების შესაბამის მომსახურებას.

უახლესი მონაცემების მიხედვით გაერთიანებული კომისიის (Joint Commission) ჰოსპიტლების აკრედიტაციის პროგრამა 60 წელს ითვლის და მის მიერ აკრედიტირებული საავადმყოფოების რიცხვმა დაახლოებით 4,032 შეადგინა. სპეციალიზაციის მიხედვით აკრედიტირებულ საავადმყოფოებს შორის არის, როგორც ზოგადი პროფილის, ასევე ვიწრო პროფილის, როგორცაა პედიატრია, კარდიოლოგია, ფსიქიატრია, რეზილიტაცია და 361 კრიტიკული მედიცინის ცენტრები და საავადმყოფოები. დაახლოებით 77% „ეროვნული საავადმყოფოებისა“ , ხოლო 88% დანარჩენი საავადმყოფოებისა აკრედიტირებულია გაერთიანებული კომისიის მიერ (JCAHO / Joint Commission, camh. 2006).

უნდა აღინიშნოს, რომ გაერთიანებული კომისია, გარდა აკრედიტაციის საავადმყოფოებს და ზოგადად სამედიცინო დაწესებულებებს სთავაზობს სხვადასხვა სერტიფიცირების პროგრამებს, მაგ: „სერტიფიცირება პაციენტთა სისხლის მენეჯმენტში“ (Patient Blood Maangement Certification), რომელიც დაფუძნებულია „პაციენტების სისხლის მართვის პროგრამის სტანდარტებზე“ (JCAHO / Joint Commission, camh. 2006). „სერტიფიცირება ინტეგრირებულ მკურნალობაში“ (Integrated Care Certification), ეს უკანასკნელი ფოკუსირებულია პაციენტთა უწყვეტი მკურნალობის გაუმჯობესებაზე და მოიცავს, როგორც სტაციონარულ, ასევე ამბულატორიულ მკურნალობას და მასთან დაკავშირებულ არასამედიცინო სერვისების უწყვეტ გაუმჯობესებას. აღნიშნული სერტიფიცირების დროს საავადმყოფო აფასებს საკუთარი სერვისების მოქნილობას მომსახურების სხვადასხვა სისტემების ტიპების მიმართ. ამ შემთხვევაში სერტიფიცირების მიზანია მკურნალობისა და კომპლექსური მართვის პირობების გარდამავლობის შესაძლებლობის შეფასება (Jamiu O.,2010).

„პირველადი ჯანდაცვის სერვისების სერტიფიცირება“ (Primary Care Medical Home), მოიცავს იმ სამედიცინო დაწესებულების სერტიფიცირებას, რომელიც ახორციელებს ამბულატორიულ მკურნალობას. ამ შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულება აფასებს პაციენტზე ორიენტირებულ, შესაბამის მკურნალობის პროცესის შერწყმას სისტემაზე დაფუძნებულ ხარისხისა და უსაფრთხოების მართვის ასპექტებთან (JCAHO / Joint Commission international accreditation. 2008).

მსოფლიოში ყველაზე გავრცელებული ორგანიზაციაა „სტანდარტიზაციის საერთაშორისო ორგანიზაცია“ – ISO, რომელიც მდებარეობს შვეიცარიაში, ჟენევაში.

სტანდარტიზაციის საერთაშორისო ორგანიზაცია, ISO არასამთავრობო, დამოუკიდებელი ორგანიზაციაა, რომელშიც 161 წევრია გაერთიანებული. ექსპერტთა გამოცდილების გათვალისწინებით ორგანიზაცია ხელს უწყობს ინოვაციებისა და გლობალურ გამოწვევებთან დაკავშირებული სწორი გადაწყვეტილებების მიღების პროცესს და უზრუნველყოფს საერთაშორისო თუ ადგილობრივი ბაზრის შესაბამისი სტანდარტების ჩამოყალიბებას. საერთაშორისო სტანდარტებში იგულისხმება პროდუქტების, სერვისებისა და სისტემების ხარისხის, უსაფრთხოებასა და ეფექტურობის უზრუნველყოფა და გაუმჯობესება (Larsson H., Hollnagel M., Svendsen (March 2015).

ორგანიზაცია მოიცავს, წარმოების სხვადასხვა სფეროებს და არა მხოლოდ მედიცინას. სტანდარტების რიცხვი 21 000 -ზე მეტია და უკავშირდება სერვისებისა და მასთან დაკავშირებული დოკუმენტაციის წარმოებას მომსახურებისა და წარმოების სხვადასხვა სფეროში (O' Kane M., 2014).

ორგანიზაციის ისტორია 1946 წლიდან დაიწყო, როდესაც მსოფლიოს 25 ქვეყნის წევრი ლონდონის სამოქალაქო ინჟინერიის ინსტიტუტში შეიკრიბა და გადაწყვიტა ახალი საერთაშორისო ორგანიზაციის ჩამოყალიბება. ორგანიზაციის მიზანი იყო კოორდინირებისა და საერთაშორისო სტანდარტების ჩამოყალიბებისა და დანერგვის ხელშეწყობა. 1947 წლის 23 თებერვალს ISO - მ ოფიციალურად დაიწყო ფუნქციონირება. ორგანიზაციაში დასაქმებულია 150-ზე მეტი თანამშრომელი.

21 000 საერთაშორისო სტანდარტიდან 1300 ფოკუსირებულია ჯანდაცვის სექტორზე და მოიცავს ჯანდაცვის სერვისებთან, ხარისხის უზრუნველყოფასთან, უსაფრთხო სამედიცინო პრაქტიკასა და აღჭურვილობასთან დაკავშირებულ საკითხებს (Oliveira J., Matsuda L., 2016).

აკრედიტირებული საავადმყოფოების უპირატესობები მდგომარეობს შემდეგში:

- a) სამედიცინო პრაქტიკის გლობალური ჰარმონიზაციის პრომოცია - საავადმყოფო აწარმოებს საერთაშორისო დონის სამედიცინო თუ არასამედიცინო მომსახურებას;
- b) არის პაციენტების ჯანმრთელობისა და უსაფრთხო მომსახურების გარანტია;
- c) ინფორმაციის ეფექტური გაცვლის ხელშეწყობისა და მონაცემთა დაცვის უზრუნველყოფა;
- d) მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება.

ISO - ს მიერ შემუშავებული სტანდარტები მოცავს შემდეგ მნიშვნელოვან სფეროებს: ტრანსფუზია, ინფუზია და ინექციები, სისხლთან დაკავშირებული სამედიცინო აღჭურვილობა და მისი ფარმაცევტული გამოყენება, სამედიცინო პროდუქტებისა და ინტრავასკულარული კათეტერების აღჭურვილობის ადმინისტრირება; საავადმყოფოს პერსონალის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა; სტომატოლოგიური სერვისები; ანესთეზიოლოგიური და რესპირატორული აღჭურვილობა; იმპლანტაციები, კონტრაცეპტივები, ორთოპედიული აპარატები და პროტეზირება, ქირურგიული ინსტრუმენტები, ოფთალმოლოგია, ჯანდაცვის პროდუქტების სტერილიზაცია, ხარისხის მენეჯმენტი და სამედიცინო აღჭურვილობების შესაბამისი ასპექტები; ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა და აპარატურის ხარისხი; ჯანდაცვის ინფორმაციული სისტემები; პროფესიული ჯანდაცვა და უსაფრთხოების სისტემების მართვა (Oliver G., Niek K., Cordula W., Onyebuchi A., Thompson A., Bruneau Ch., Sunol R., 2010).

ISO -ს, ისევე როგორც JCI - ს ორგანიზაციების მიერ აკრედიტირებული საავადმყოფოები საკმაოდ ბევრია, როგორც ევროპასა და ამერიკაში, ასევე აზიის სხვადასხვა ქვეყნებში.

ინდოეთი : JCI - ის მიერ აკრედიტირებული საავადმყოფოები: Apollo Hospital, Indraprastha Hospital , Wockhardt Hospital, Fortis Hospital.

თურქეთი: JCI - ის მიერ აკრედიტირებული საავადმყოფოები: Medipol Mega Hospital, Medical Park Antalya Hospital Complex, Andalu Medical Center, Liv Hospital, Medical Park Göztepe Hospital Complex, Neolife Oncology Center Istanbul.

ესპანეთი: JCI - ის მიერ აკრედიტირებული საავადმყოფოები: Gupo Hospitalario Quiron, Vithas Xanit International Hospital, Hospital Internacional Medimar.

გერმანია : JCI - ის მიერ აკრედიტირებული საავადმყოფოები: Heidelberg University Hospital, Cyberknife Center Hamburg, Euromedic Healthcare, DRK Kliniken Berlin, Klinikum Stittgard, University Medical Center Hamburg – Eppendorf.

2015 წლის იანვარში გერმანიაში, ჩამოყალიბდა ფედერალური ერთობლივი კომიტეტის დაწესებულება- „ჯანდაცვაში ხარისხის უზრუნველყოფისა და გამჭვირვალობის ინსტიტუტი“ (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen- IQTIG), რომლის შტაბი მდებარეობს ქალაქ ბერლინში.

ინსტიტუტში ხდება ჯანდაცვის ხარისხის მიმართულებით სხვადასხვა ნორმატივების დამუშავება. იგი წარმოადგენს დამოუკიდებელ ორგანოს, გააჩნია საკუთარი წესდება, რომლის მიხედვითაც ინსტიტუტის მთავარ ფუნქციას წარმოადგენს დახმარება გაუწიოს ჯანდაცვის სამინისტროს ხარისხის უზრუნველყოფის ამოცანების შემუშავება-დანერგვაში (Pörtsch Wulz B., Goldewicz M., 2011).

დაწესებულების ძირითადი საქმიანობა შემდეგია:

- A. ხარისხის ინსტრუმენტების განვითარების უზრუნველყოფა, მათი დანერგვა და რეალიზაცია;
- B. არსებული/დანერგული ხარისხთან დაკავშირებული პროცედურების შემდგომი განვითარების უზრუნველყოფა;
- C. სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურების, როგორც ერთობლივი, შეთანხმებული მუშაობის განვითარება;
- D. პარალელურად ხარისხის უზრუნველყოფის მეთოდოლოგიური საფუძვლების განვითარება გერმანიის ფედერაციული რესპუბლიკის ყველა მიწაზე, არსებული სახელმწიფო ორგანოების მიერ შემუშავებული კანონმდებლობის გათვალისწინებით;
- E. სამედიცინო დაწესებულების სერტიფიკატებისა და ხარისხის „ნიშნების“ კრიტერიუმების შეფასება, როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული მიმართულებით;

F. საჯარო ფორმით ინსტიტუტის მუშაობის შედეგების გამოქვეყნება, რომლის მიზანია პაციენტების მიერ სამედიცინო სერვისების შეფასება ხარისხის კრილში.

2016 წლის 1 იანვრიდან გერმანიაში „საავადმყოფოების რესტრუქტურირების შესახებ“ კანონის ძალაში შესვლის შემდგომ, ინსტიტუტის მიმართ გამოჩნდა ახალი გამოწვევები, რომელიც გულისხმობს ხარისხზე ორიენტირებული ანაზღაურების კონცეფციის გეგმის შემუშავებაში მონაწილეობას და ხარისხის ინდიკატორებზე მუშაობას (Sadowski ,2004).

ინსტიტუტში დასაქმებულია დაახლოებით 130 თანამშრომელი. ასევე იგეგმება კვლევითი განყოფილების ჩამოყალიბება.

ფედერალურმა ერთობლივმა კომიტეტმა და „ჯანდაცვაში ხარისხის უზრუნველყოფისა და გამჭვირვალობის ინსტიტუტმა“ 2015 წლის 17 დეკემბერს შეიმუშავა სამედიცინო დაწესებულებების ხარისხის მართვის პოლიტიკის გაიდლაინი (Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement- Richtlinie- QM-RL-2015). გაიდლაინი განკუთვნილია, როგორც სტაციონარული, ასევე ამბულატორიული საავადმყოფოებისთვის, სტომატოლოგიური კლინიკებისთვის, ხელშეკრულებით მომუშავე ექიმებისა და ფსიქოთერაპევტებისთვის. იგი ძალაში შევიდა 2016 წლის 16 ნოემბერს და წარმოადგენს პაციენტებზე ზრუნვისა და სამედიცინო დაწესებულების მუშაობის უწყვეტი განვითარებისა და გაუმჯობესების საფუძველს (Stjepic N, 2015).

დაწესებულების შიდა ხარისხის მართვის უპირველესი მიზანია პაციენტთა უსაფრთხოების მაქსიმალური დაცვა და პაციენტზე ორიენტაცია. გაიდლაინი აღწერს ხარისხის მართვის სისტემის პრაქტიკაში განხორციელებისთვის საჭირო ძირითად მოთხოვნებს, მასში წარმოდგენილი საკადრო და სტრუქტურული მახასიათებლებით. გაიდლაინი შედგება ორი ნაწილისაგან (A,B). ნაწილი A მოიცავს ზოგად ჩარჩოს, რომელიც ყველა სექტორზეა მორგებული, კერძოდ: შიდა ხარისხის მართვის ძირითადი მოთხოვნების ინტერსექტორალური ჩარჩო, ხარისხის მართვის მიზნები, ძირითადი მეთოდოლოგია, საწყისი ელემენტები, მეთოდები და ინსტრუმენტები,

დოკუმენტაცია, ხარისხის მართვის პრაქტიკაში განხორციელებასთან დაკავშირებული მონაცემთა შეგროვება და პრეზენტაცია, გარდამავალი ღონისძიებები/შეთანხმებები (Stjepic N, 2015).

ნაწილი B განიხილავს შიდა ხარისხის მართვის ძირითად მოთხოვნებს კონკრეტული სპეციფიკაციის დონეზე; უფრო კონკრეტულად ხარისხის მართვა სტაციონარული მომსახურების დროს; ანგარიშგების სისტემები ინსტიტუციონალურ დონეზე; სახელშეკრულებო სამედიცინო დახმარება (მოქმედების არეალი, ვადა, მოთხოვნების პრაქტიკაში განხორციელება); სახელშეკრულებო სტომატოლოგიური მომსახურება (ხარისხის მართვის მოთხოვნების განხორციელება პრაქტიკაში, ვადა, სახელშეკრულებო სტომატოლოგიური მომსახურების დროს ხარისხის მართვა; ხარისხის მართვის პრაქტიკაში განხორციელებასთან დაკავშირებული მონაცემთა შეგროვება და პრეზენტაცია).

გერმანიაში 2000 წლიდან საავადმყოფოებს მოეთხოვებოდათ შიდა ხარისხის მართვის სისტემის არსებობა (QMS). მიუხედავად იმისა, რომ მსგავსი სისტემების ფორმალური სერტიფიცირება დღემდე ნებაყოფლობითია, მოთხოვნა სერტიფიცირებაზე საკმაოდ გაიზარდა. ყველაზე გავრცელებული სტანდარტებია ISO 9001 და KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), ეს უკანასკნელი შექმნა სპეციალურად გერმანიის ჯანდაცვის სექტორისათვის (Hermann H., 2015).

2004 წლიდან გერმანიის კანონმდებლობის მიხედვით სამედიცინო დაწესებულებებისათვის შიდა ხარისხის მართვის სისტემის არსებობა და მისი უწყვეტი განვითარება სავალდებულო გახდა.

„თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) სამედიცინო დაწესებულებებს სთავაზობს სტრუქტურულ მიდგომას და პროცესების მართვას დემინგის ცნობილი სქემის მიხედვით (PDCA-Plan, Do, Act, Check). ხარისხის მართვის მიზნების დამუშავება ხდება 2015 წელს შემუშავებული გაიდალაინში წარმოდგენილი დაგეგმვის, შესრულებისა და შემოწმების ეტაპებზე, შედეგების შემდგომი

გაუმჯობესების მიზნით. პროცესების მუდმივი შეფასება უზრუნველყოფს პრობლემების დროულ იდენტიფიცირებას და პრევენციას (KTQ Katalog, 2008).

„თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) სერტიფიცირების მეთოდი შემუშავდა ჯანდაცვაში მომუშავე პრაქტიკოსი ექიმების, ხარისხის მართვის ექსპერტების მიერ. კომპანია სთავაზობს სპეციფიკურ სერტიფიცირების პროცესს საავადმყოფოებს, პოლიკლინიკებს, სარეაბილიტაციო ცენტრებს, ამბულატორიული და გადაუდებელი დახმარების დაწესებულებებს. „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)- ს მიზანია ხარისხის მენეჯმენტისა და უწყვეტი განვითარების ინიცირების ხელშეწყობა, ასევე პაციენტებთან, მათ თანმხლებ პირებთან, სამედიცინო პერსონალთან, სადაზღვევო კომპანიებთან დაკავშირებული პროცედურების გამჭვირვალობის ხელშეწყობა (Hermann H., 2015).

კომპანიის პარტნიორები არიან: ჯანმრთელობის დამზღვევთა საკანონმდებლო გაერთიანება; გერმანიის სამედიცინო ასოციაცია, გერმანიის ჰოსპიტლების ფედერაცია; გერმანიის საექთნო საბჭო; გერმანიის ექიმთა ასოციაცია.

2002 წლიდან კომპანიის მიერ მოხდა სხვადასხვა კონკრეტული მიმართულების მქონე საავადმყოფოების სერტიფიცირება.

2004 წლიდან პროცესში ჩაერთვნენ პოლიკლინიკები და სამედიცინო ცენტრები, კერძოდ: თერაპევტი, სპეციალისტი კონკრეტული მიმართულებით, სტომატოლოგები, ფსიქოთერაპევტები, ციტოლოგიისა და სხვადასხვა პათოლოგიის სადიაგნოსტიკო ცენტრები და ა.შ.

2005 წლიდან სერტიფიცირება გაიარეს სარეაბილიტაციო დაწესებულებებმა, ხოლო 2006 წლიდან პროცესში ჩაერთვნენ ჰოსპისები, მოვლის სახლები, ამბულატორიული დაწესებულებები.

2011 წლიდან გადაუდებელი მომსახურების მწარმოებელმა სამედიცინო დაწესებულებებმა გაიარეს KTQ -ს სერტიფიცირება (Hermann H., 2015).

„თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) სამედიცინო დაწესებულებებს სთავაზობს სერტიფიცირების სხვადასხვა ვარიანტებს:

- 1) ჯგუფური სერტიფიცირება, რაც გულისხმობს საავადმყოფოს შემთხვევაში სხვადასხვა ტერიტორიაზე ერთიდაიგივე მფლობელის საავადმყოფოს სერტიფიცირებას;
- 2) ქსელური სერტიფიცირება, როდესაც დაწესებულებას სხვადასხვა სახის მომსახურების ფორმა აქვს;
- 3) ორგანიზაციის სერტიფიცირება, ამ შემთხვევაში ხდება ორგანიზაციის სტრუქტურის წამყვანი განყოფილებების სერტიფიცირება ცალცალკე (Hermann H., 2015).

„თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) კოორდინირებას უწევს მთლიან პროცესს; გეგმავს და ახორციელებს აუდიტების შერჩევას შესაბამისი მოთხოვნების დაცვით; უზრუნველყოფს წესების დაცვას ისეთი დაწესებულებების შემთხვევაში, როგორცაა მაგ: მოვლის სხალები, სარეაბილიტაციო ცენტრები და ა.შ. და ბოლოს ანიჭებს სერტიფიკატს აუდიტის ჯგუფის რეკომენდაციის შესაბამისად (Hermann H., 2015).

„თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს სერტიფიკატის მოქმედების ვადა არის სამი წელი. ვადის გაგრძელება შესაძლებელია რესერტიფიცირების პროცესის გავლის შემდეგ. სერტიფიკატის ვადის გასვლის შესახებ შეტყობინებას გასცემს თავად კომპანია წელიწადნახევრით ადრე სერტიფიკატის ვადის გასვლამდე (KTQ Katalog 2015).

ხარისხის მართვის მიზნების შემოწმებას სერტიფიცირების კომპანია ახორციელებს ხარისხის მართვის ინდიკატორებით. 2015 წლის განახლებული კატალოგის მიხედვით შემუშევებულია ხარისხის მართვის 6 ძირითადი ელემენტი, რომელიც კატეგორიების მიხედვითაა დაყოფილი (KTQ Katalog 2015):

- 1) კატეგორია 1: პაციენტზე ორიენტაცია;
- 2) კატეგორია 2: თანამშრომლებზე ორიენტაცია;

- 3) კატეგორია 3: უსაფრთხოება - რისკის მენეჯმენტი;
- 4) კატეგორია 4: ინფორმაცია და კომუნიკაცია;
- 5) კატეგორია 5: დაწესებულების მართვა;
- 6) კატეგორია 6: ხარისხის მართვა.

თითოეული კატეგორია მოიცავს ქვეკატეგორიებს, ხოლო საერთო ჯამში ხარისხის მართვის შემოწმება ხდება ქვეკატეგორიებში წარმოდგენილი 55 კრიტერიუმის მიხედვით. ზემოთ ჩამოთვლილი ინსტრუმენტები და მეთოდები წარმოადგენს ხარისხის მართვის პრაქტიკული ნაწილის შემოწმებასა და კონტროლს და უზრუნველყოფს ხარისხის მაიმართულებით სხვადასხვა სპეციფიკაციებისა და შეცდომების პრევენციას (KTQ Katalog, 2015).

ზემოთ ჩამოთვლილი 6 ძირითადი კატეგორია წარმოადგენს იმ ძირითად ელემენტებს, რომლებიც აღწერენ პაციენტის მოთხოვნებს. ყველა კატეგორია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პაციენტებისთვის, მათი თანმხლები პირებისთვის, დაწესებულებაში დასაქმებული თანამშრომლებისთვის. ცალკეული კატეგორიები, როგორცაა მაგალითად კატეგორია 3- უსაფრთხოება და კატეგორია 4- ინფორმაცია და კომუნიკაცია, შეიძლება მიჩნეული იქნას, როგორც ინტეგრირებული კატეგორიები, რაც პაციენტზე ორიენტირებულ სისტემას გულისხმობს. აქედან გამომდინარე „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) კომპანიის მიზანია ჯანდაცვის ორგანიზაციების ხელშეწყობა შექმნან ხარისხის მართვის სწორი სისტემა სამართლებრივი ვალდებულების ფარგლებში. ექვსი კატეგორიის გამოყენებით დაწესებულებას ეძლევა საშუალება წარმოადგინოს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტი გაუმჯობესების გამჭვირვალე გზა (KTQ Katalog, 2015).

„თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) კომპანიის აკრედიტაციის პროცედურის შეფასების სატესტო ფაზაზე დაყრდნობით, 2000 წელს მოხდა განსხვავებული კრიტერიუმების ჩამოყალიბება დაწესებულებების მიხედვით და 2009 წელს მოხდა კატალოგის გადახედვა და განახლება, რაც იმას გულისხმობს, რომ ზოგიერთი კრიტერიუმი განხილული იქნა, როგორც **განსაკუთრებული მნიშვნელობის**, გამომდინარე პაციენტის ხედვიდან. ზემოთ თქმულს ადასტურებს

აგრეთვე პირველი კატეგორია- პაციენტზე ორიენტაცია, რომელიც წარმოადგენს ყველაზე კომპლექსურ კატეგორიას, ბევრი კრიტერიუმით და შესაბამისად გამოირჩევა მაღალი შეფასებით (მოიცავს ქულების მეტ რაოდენობას).

კატეგორია „თანამშრომლებზე ორიენტაცია“ არის ყველაზე მნიშვნელოვანი ყველა თანამედროვე ჯანდაცვის დაწესებულებისთვის. პროცედურების სრულყოფილად და მარტივად წარმართვისთვის მნიშვნელოვანია მიზანმიმართული ხარისხის მართვა, ყოველივე კი დამოკიდებულია კატეგორიებთან: პაციენტებზე ორიენტაცია, თანამშრომლებზე ორიენტაცია, უსაფრთხოება, ინფორმაცია და კომუნიკაცია, მართვა- ხელმძღვანელობა. აკრედიტაციის პროცესი მოიცავს ჯანდაცვის დაწესებულებების ხარისხის მენეჯმენტის სისტემის მნიშვნელოვან პროცედურულ ნაბიჯებს, რომელიც აგებულია ტერმინი „პაციენტზე ფოკუსირება“ მიხედვით (KTQ Katalog, 2015).

PDCA ციკლის მიხედვით მუშაობა და პროცესების შეფასება მოითხოვს დაწესებულების სტრუქტურიზებული გზით მუშაობას გაუმჯობესების პოტენციალზე და მათ ძლიერ მხარეზე. პირველი ნაწილი მოიცავს პროცედურების დაგეგმვას, პასუხისმგებლობების გადანაწილებას და წესების შემუშავებას. მეორე ნაბიჯი, რომელიც მოიცავს „შესრულებას“, გულისხმობს დაგეგმილი ქმედებებისა და პროცედურების იმპლემენტაციას. მესამე საფეხური შემოწმება მოიცავს დანერგვის მიზნობრივ, მუდმივ და შესაბამისი შემოწმების პროცესს. მეოთხე ეტაპი განიხილავს შეფასების შედეგებზე დაყრდნობით შემუშავებულ გაუმჯობესების გზებს და ქმედებებს (KTQ Katalog, 2015).

უნდა აღინიშნოს ის, რომ სხვადასხვა პროფესიონალთა ურთიერთთანამშრომლობასა და კომუნიკაციას, რომელიც გულისხმობს წესებისა და ყოველდღიური პროცედურების აღწერას ხელს უწყობს „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) კომპანიის თვითშეფასება. წარმატებული აკრედიტაცია გულისხმობს დაწესებულების, როგორც შიდა, ასევე გარე შეფასების ღონისძიებებს. აკრედიტირება მოიცავს, არა მხოლოდ გადაუდებელ და კონკრეტულ შემთხვევაში პაციენტთან დაკავშირებული ქმედებების შეფასებას, არამედ პაციენტის თანმხლები პირებისა და მათი ახლობლების ინტერესების განხილვასა და შესაძლო

განსაკუთრებულ სიტუაციებში მოქმედი წესების დეტალურ აღწერილობას. მაგალითისთვის, საკმაოდ დეტალურად ფასდება საფრთხის პრევენციასთან დაკავშირებული შემუშავებული ზომები და ღონისძიებები. თვითშეფასების ამ გზით წარმართვის დროს დაწესებულების მართვის გაუმჯობესების პროცესი ხდება უფრო გამჭვირვალე (Hermann,H., 2015).

პაციენტებს და ზოგადად ყველა მომხმარებელს აქვს მაღალი ხარისხის სერვისის, ნულოვანი დეფექტით, საუკეთესო დიაგნოსტიკის მიღების, საუკეთესო მედიკამენტებისა და სამედიცინო მომსახურების მიღების მოლოდინი, საუკეთესო სპეციალისტებისგან. რეალურ ცხოვრებაში აბსოლიტური იდეალურობა რთული მისაღწევია. ვერცერთი დაწესებულება ვერ შეძლებს „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს ხარისხის ექვსივე კატეგორიის ინტენსიურად შესრულებას. სწორედ ამიტომ „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს მოდელი არის რეალურ სტრუქტურაზე გათვლილი, რაც გულისხმობს იმას, რომ თუ დაწესებულება მიიღებს სულ ცოტა 55% თვითშეფასების ქულას თითოეულ კატეგორიაში შეუძლია ჩაერთოს აკრედიტაციის პროცესში. თვითშეფასების გადახედვა ხდება სპეციალურად დატრენინგებული, კვალიფიციური და სერტიფიცირებული ჯანდაცვის პროფესიონალთა ექსპერტებისა და დამკვირვებლების მიერ, რომლებსაც ჰოსპიტალში მაღალი პოზიცია უჭირავთ. „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს აუდიტის ჯგუფი შედგება სხვადასხვა პროფესიების მქონე სამი აუდიტორიგან და ერთი თავისუფალი დამსწრე პირისგან, რაც უზრუნველყოფს მაღალი დონის დამოუკიდებლობას. აკრედიტაციის პროცესის მთავარი დებულებაა: „გამოცდილების გაზიარება ექსპერტებს შორის“ (Hermann,H., 2015).

პაციენტები და ზოგადად საზოგადოება, რომელიც მიმართავს იმ დაწესებულებას, რომელსაც გააჩნია „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)- ის აკრედიტაცია დარწმუნებულები არიან, რომ ისინი მიიღებენ მაღალი ხარისხის დონის მომსახურებას და აღნიშნული დაწესებულება მუდმივად ცდილობს სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებას (Hermann,H., 2015).

„თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს დაარსდა 2001 წლის 17 დეკემბერს ჯანდაცვის პრომოციისა და მეცნიერების განვითარების მიზნით. „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) კომპანია პასუხისმგებელი აკრედიტაციის პროცესზე და იგი ხელს უწყობს სამართლებრივ ნორმებზე დაფუძნებულ ხარისხის მართვის პრომოციას. მოიცავს შემდეგ ძირითად სფეროს (Hermann,H., 2015):

1. „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს აკრედიტაციის პროცედურის ხელშეწყობა და განვითარება;
2. სერტიფიცირების სააგენტოების აკრედიტაციას და „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს, როგორც სასაქონლო ნიშნის გამოყენებას;
3. აუდიტორთა ტრენინგებისა და სემინარების დანერგვას და აუდიტორთა აკრედიტაციას.

„თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს აუდიტებსა და KTQ -ს აგენტებს შორის იქმნება ურთიერთთანამშრომლობის ხელშეკრულება, რომელიც წარმოადგენს, ერთის მხრივ მხარეთა ჭეშმარიტი დამოუკიდებლობის გარანტიას, პროცედურების ობიექტურად წარმართვის უზრუნველყოფის მიზნით, ხოლო მეორეს მხრივ ინფორმაციის გაცვლის პრომოციის გარანტიას, პროცედურის განვითარების უზრუნველსაყოფად. „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) პასუხისმგებელია აკრედიტაციის მინიჭებაზე და დაწესებულების ხარისხის ანგარიშის გამოქვეყნებაზე (KTQ Katalog 2015).

„თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს პროცედურის ორგანიზება ხდება კომპანიის პარტნიორების მიერ, იგი მოიცავს აკრედიტაციის კატალოგის შემდგომ დახვეწას და თავად აკრედიტაციის პროცედურას.

„თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს პროცედურა ინტერდისციპლინარულია და წარმოდგენილია ჯვარედინად დაკომპლექტებული კომიტეტებით, რომლებიც ჩართულები არიან „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ის სპეციფიკური პროექტებისა და თემატიკების მუშაობაში. შესაბამისი დაწესებულებებისა და სფეროების

პრაქტიკოსები, ისევე, როგორც ექსპერტები, რომელებიც წარმოდგენილი არიან აქციონერების მიერ უზრუნველყოფენ „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)- ის კატალოგის განვითარებას, მაგ, ანალოგიური ჯანდაცვის სექტორში (KTQ Katalog 2015).

კომპანია სთავაზობს 5 დღიან ტრენინგს ჯანდაცვით დაინტერესებულ ყველა პირს, ასევე დასაქმებულს ჯანდაცვის სექტორში სხვადასხვა სპეციალობით, სხვადასხვა იერარქიულ დონეზე მყოფ პირებს, აღნიშნული იძლევა მთლიანი პროცედურის გადახედვის, კომპანიის კვლევის ინსტრუმენტების გამოყენების, ასევე ვიზიტორებთან პრაქტიკული სავარჯიშოების შესრულების საშუალებას. პრაქტიკული სავარჯიშო მოიცავს კომპანიის შეფასების სისტემის ინსტრუმენტებიდან დაწყებული პროცესის დაგეგმვით დამთავრებული, ასევე KTQ-ს პროცედურების მიხედვით გარე შეფასებას (Hermann H., 2015).

გარდა ამისა, ტრენინგს თან ახლავს აგრეთვე დიალოგი, შეფასების დასკვნა და შესაბამისი დოკუმენტაცია. ტრენინგი წარიმართება შპს KTQ-ს მიერ და მოიცავს საერთო გამოცდილებას უკვე ტრენირებული აუდიტებისას და აღნიშნული წვრთნა მიზნად ისახავს ერთის მხრივ, KTQ-ს პროცედურის ფილოსოფიის გადმოცემას, მეორეს მხრივ უკვე აკრედიტირებული აუდიტების გამოცდილების გაზიარებას. მეხუთე დღეს ტარდება გამოცდა პირადი სერტიფიკატის მისაღებად (www.ktq.de).

„თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს კატალოგში წარმოდგენილია ხარისხის მართვის ყველა ის ინსტრუმენტი და მეთოდი, რომელსაც ითვალისწინებს ფედერალური ერთობლივი კომიტეტისა და „ჯანდაცვაში ხარისხის უზრუნველყოფისა და გამჭვირვალობის ინსტიტუტის “ მიერ 2015 წლის 17 დეკემბერს შემუშავებული ხარისხის მართვის გაიდლაინი. სწორედ ამით განსხვავდება აღნიშნული კომპანიის მიდგომა ISO სერტიფიცირების კომპანიის მიდგომისაგან. „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) ერთიანად ახდენს სამედიცინო დაწესებულებების შემოწმებას კანონმდებლობით განსაზღვრული ხარისხის მართვის ყველა ელემენტისა და მეთოდების გათვალისწინებით (KTQ Katalog 2015).

სერტიფიცირების პროცესი მკაცრად მოითხოვს ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის კანონმდებლობის დაცვას. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა დაწესებულებაში მონაცემთა დაცვის უზრუნველყოფას.

გერმანიაში „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს მიერ სერტიფიცირებული საავადმყოფოების კვლევის შედეგად შიდა ხარისხის მართვის სურათი შემდეგნაირადაა წარმოდგენილი: დაწესებულებაში ფუნქციონირებს დამოუკიდებელი შიდა ხარისხის მართვის ორგანო და ასევე კომისია, რომელიც ასრულებს ხარისხის მართვის სამსახურის დავალებებს. საავადმყოფოში განყოფილებების დონეზე მუშაობენ ხარისხის მართვის სპეციალისტები, რომლებიც ორგანიგრამის მიხედვით ექვემდებარებიან ხარისხის მართვის სამსახურს (KTQ Katalog 2015).

ყველა „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს მიერ სერტიფიცირებულ საავადმყოფოს გაწერილი აქვს ხარისხის მართვის მიზნები, რომელთაგან უმნიშვნელოვანესია პაციენტი, თავისი მოთხოვნილებებით, სურვილებითა და საჭიროებებით. დაწესებულებაში თანამშრომლების უწყვეტი განათლება და თანამედროვე ტექნოლოგიები უზრუნველყოფენ პაციენტების მომსახურებას მაღალ დონეზე (KTQ Katalog 2015).

ხარისხის მართვის სამსახურს შემუშვებული აქვს კონცეფცია, რომელიც მოიცავს ხარისხის მართვასთან დაკავშირებული ღონისძიებების განხორციელებას და თანამშრომლების უწყვეტ განვითარებას (www.ktq.de) :

- a. მიზნები;
- b. ორგანიზაცია;
- c. კომუნიკაცია;
- d. შიდა და გარე ხარისხის აუდიტი;
- e. ხარისხის სამსახურის მიზნები;
- f. განვითარებითვის წინასწარ დაგეგმილი შემდგომი პროცესები.

ხარისხის მართვის სამსახური სტრუქტურულად ადმინისტრაციულ ხელმძღვანელობას ექვემდებარება. სამედიცინო პროცედურებისა და სერვისების ხარისხზე პასუხისმგებელია სამედიცინო ნაწილი, კერძოდ ექიმები და ექთნები, რომელიც თავის მხრივ ექვემდებარება ხარისხის მართვის კლინიკურ ნაწილს. ამ უკანასკნელთა ამოცანები ხარისხის მართვის მიმართულებით გაწერილია ხარისხის მართვის კონცეფციაში და მათ სამუშაო აღწერილობებში (KTQ Katalog 2015).

დაწესებულებაში ფუნქციონირებს აგრეთვე ხარისხის მართვის კომიტეტი, სადაც განიხილება დარღვევები, გადახვევები, ხარისხის მართვის ინდიკატორები, საჭირო რესურსები და ა.შ. კომიტეტი წარმოადგენს სტრატეგიული გადაწყვეტილების მიმღებ და მაკონტროლებელ ორგანოს, რომლის შემადგენლობაში შედის (KTQ Katalog 2015):

- 1) დაწესებულების სამედიცინო დირექტორი (მისი არყოფნის შემთხვევაში წარმომადგენელი);
- 2) დაწესებულების აღმასრულებელი დირექტორი (მისი არყოფნის შემთხვევაში წარმომადგენელი);
- 3) დირექტორი ექთანი;
- 4) სამეთვალყურეო საბჭოს თავმჯდომარე;
- 5) საექთნო და საექიმო საქმიანობის ხარისხის მართვის წარმომადგენლები.

„თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს მიერ სერტიფიცირებული საავადმყოფოების ხარისხის მართვის პოლიტიკა მოიცავს შემდეგ ძირითად ელემენტებს (KTQ Katalog 2015):

- a. პაციენტზე ორიენტაცია, სამედიცინო მომსახურების უმაღლესი ხარისხის უზრუნველყოფა;
- b. თანამშრომლებზე ორიენტაცია და სოციალური პასუხისმგებლობა;
- c. დაწესებულებაში განყოფილებებსა და სპეციალისტთა ჯგუფებს შორის ურთიერთთანამშრომლობის უზრუნველყოფა;
- d. სამედიცინო სფეროს პროგრესში წვლილის შეტანა;
- e. პარტნიორული ურთიერთობების მართვა.

ხარისხის მართვის სამსახურს ხარისხის პოლიტიკა, მიზნები, ინდიკატორები და საზომები აღწერილი აქვს სტრატეგიულ ჩარჩოში (www.ktq.de) .

ხარისხის მართვის სამსახურის მიერ მუდმივად ხორციელდება შემდეგი დავალებები:

1. პაციენტების გამოკითხვა;
2. თანამშრომლების კმაყოფილების გამოკითხვა;
3. საჩივრების მართვა;
4. წინადადებებისა და რჩევების შემუშავება და დანერგვა;
5. კრიტიკული შემთხვევების მართვის სისტემები;
6. სერტიფიცირება;
7. შიდა აუდიტი;
8. ყოველწლიურად ხარისხის მართვის ანგარიშის წარმოდგენა და გასაჯაროება.

საავადმყოფოს ხარისხის მართვის სამსახურს შერჩეული ჰყავს შიდა აუდიტი თავისივე თანამშრომლებისგან, რომლებიც უზრუნველყოფენ მუდმივ მზაობას გარე აუდიტისთვის. კიდევ ერთ მნიშვნელოვან ელემენტს წარმოადგენს სამუშაო ჯგუფები, რაც გულისხმობს იმას, რომ საავადმყოფოს ხარისხის მართვის სამსახურის სპეციალისტები ჩართულები არიან სხვადასხვა სტრუქტურებში, მაგალითად: ხარისხის მართვის სპეციალისტთა სამედიცინო ნაწილი ჯანდაცვის კომიტეტის წევრებს წარმოადგენენ, აქტიურად იღებენ მონაწილეობას სხვადასხვა კონფერენციებში.

დაწესებულებაში სხვა ზემოთ ჩამოთვლილის გარდა არსებობს ხარისხის მართვის შემდეგი მეთოდები და ინსტრუმენტები (www.ktq.de) :

1. შიდა აუდიტი;
2. სტანდარტული პროტოკოლი;
3. ხარისხის მართვის კომიტეტი;
4. ხარისხის პოლიტიკა -მიზნები;
5. ხარისხის მართვის ძირითადი მაჩვენებლების სისტემა;

6. პაციენტებისა და თანამშრომლების კმაყოფილების კვლევა;
7. ტკივილის მართვა და პროტოკოლი;
8. რისკის ანალიზი (გარე/შიდა);
9. კრიტიკული შემთხვევების ანგარიშის სისტემა;
10. საჩივრების მართვა;
11. დაწესებულების სერტიფიცირება, რესერტიფიცირება.

საავადმყოფოს ხელმძღვანელობა აქტიურადაა ჩართული ხარისხის მართვის კომიტეტის საქმიანობაში და ხარისხის მართვის უწყვეტი განვითარების პროცესში. თემატიკიდან და პრობლემებიდან გამომდინარე ყოველწლიურად მიმდინარეობს შეხვედრები და ხდება ახალი გეგმების შემუშავება. ხელმძღვანელობა მუდამ აკონტროლებს შიდა აუდიტს და თვალყურს ადევნებს ანგარიშებს, რომლებსაც წარადგენენ დეპარტამენტები. მათ მეტი პასუხისმგებლობა ეკისრებათ გამოკითხვის შედეგებზე. ახალი აუდიტის შერჩევა და დანიშვნა ხდება ხელმძღვანელობის მიერ. შიდა აუტიდი ტარდება წელიწადში ერთხელ (KTQ Katalog 2015).

ფინანსური რისკების მართვაზე პასუხისმგებელია დაწესებულების ხელმძღვანელობა, რომელიც ეკონომიკური- საფინანსო განყოფილებიდან იღებს ინფორმაციას. ფინანსური რისკების საზომებია (KTQ Katalog 2015):

1. ფინანსური ანგარიშების ყოველთვიური შედარება;
2. ყოველთვიური ბიზნეს შემოსავლების შესახებ განაცხადის მომზადება;
3. ლიკვიდურობის მიდმივი მონიტორინგი საბუღალტრო-საფინანსო დეპარტამენტში.

ხარისხის მართვის პოლიტიკის გაიდლაინის (Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement- Richtlinie- QM-RL-2015) მიხედვით დაწესებულების პოლიტიკა და მიზნები მიმართული უნდა იყოს ხარისხის მართვის მიზნებისაკენ. ხარისხის მართვა და კლინიკური რისკების მართვა წამყვანი ამოცანებია დაწესებულებისთვის და პასუხისმგებლობა უნდა დაეკისროს ყველა წამყვან პოზიციაზე მომუშავე პასუხისმგებელ პირს (QM-RL-2015).

დაწესებულებაში ჩამოყალიბებულია პოფესიული ჯგუფის კომიტეტი, რომელიც ხელმძღვანელებთან ერთად მუშაობს ხარისხის მართვის საკითხებზე. კომიტეტი მხარს უჭერს და კოორდინაციას უწევს კლინიკური რისკის მართვას საავადმყოფოში. ხარისხის მართვისა და კლინიკური რისკების მართვის სისტემების სწორად აგება და შემდგომში მისი პრაქტიკაში განხორციელებისათვის სწორი ჩარჩოს შემუშავება, რომელიც რათქმუნდა შეესაბამება მოქმედ კანონმდებლობას უზრუნველყოფს შესაძლო ხარისხისა და რისკის მართვის დამატებითი სტრუქტურების არსებობის დუბლირების თავიდან აცილებას. კლინიკური რისკის მართვის ინსტრუმენტებად საავადმყოფოში მიმართავენ: შეცდომების მართვისა და მათი დაფიქსირების სისტემას, რისკის აუდიტს, ავადობისა და სიკვდილობის საკითხებთან დაკავშირებულ კონფერენციებს- განხილვები, შემთხვევათა ანალიზი (QM-RL-2015).

პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად დაწესებულებებში შექმნილია ჰიგიენისა და ინფექციების საკითხებთან დაკავშირებული სტრუქტურული პროცესების მართვის სისტემა. საავადმყოფოებისთვის სავალდებულოა ჰიგიენის დაცვის საკითხებზე მკაცრი კონტროლის განხორციელება, ასევე უმნიშვნელოვანესია ანტიბიოტიკების მოხმარებაზე მკაცრი კონტროლი, რომელსაც ახორციელებს კვალიფიციური კადრებისაგან შექმნილი საბჭო (KTQ Katalog, 2015).

გარდა იმისა, რომ ხარისხის მართვა უნდა იყოს ეფექტური და ეფექტიანი, როგორც მომწოდებლისთვის (პერსონალი, დაწესებულება), ასევე მომხმარებლისთვის (პაციენტი)- ნათქვამია გაიდლაინში. ხარისხის მართვა წარმოადგენს უფრო მეტად დამხმარე მექანიზმს და შეძლებისდაგვარად ნაკლებად ბიუროკრატიულია (QM-RL-2015).

ხარისხის მართვის მეთოდებიდან და ინსტრუმენტებიდან ინდივიდუალური პრაქტიკის სტრუქტურაში განსაკუთრებულად დიდი ყურადღება ენიჭება ისეთ სპეციფიკურ ინსტრუმენტებს როგორცაა (QM-RL-2015):

- a. პროცესის მიმდინარეობის შეფასება, მასში მოიაზრება აგრეთვე დაწესებულების მუშაობის საათების წესი, ხელმისაწვდომობა, ჩაწერის სისტემა, მონაცემთა უსაფრთხოება და დაცვა;

- b. ინტერფეისის მართვა, გულისხმობს გუნდური შეხვედრების სახეობას და მასშტაბს, აგრეთვე მათ სიხშირეს, საკადრო და ორგანიზაციულ პირობებს. მაგალითად, მცირე მასშტაბის დაწესებულებაში, სადაც ცოტა თანამშრომელი მუშაობს ინფორმაციის სიმჭიდროვის (ინფორმაციის გავრცელების) ნაკადი ბევრად უფრო დიდია, ვიდრე დიდ დაწესებულებში. მოლაპარაკების შედეგები აუცილებლად ეცნობება თანამშრომლებს;
- c. პრობლემების მართვა: პრობლემების მართვისთვის რეკომენდირებული და ეფექტურია მათი ინდივიდუალური აღრიცხვა;
- d. პაციენტების ინფორმირება, ახსნა-განმარტებები: პრევენციას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება. პაციენტების განათლება და ჩართულობა შესაძლებლობას აძლევს მიმწოდებელს თავიდან აიცილოს მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემები.

„თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს მიერ 2017 წელს გამოქვეყნდა სტატია სათაურით: „პაციენტის უსაფრთხოება, როგორც KTQ-ს ცენტრალური კომპონენტი“. სტატიაში აღნიშნულია, რომ ჩატარებული კვლევის მიხედვით პაციენტებში მკურნალობით გამოწვეული ზიანის 37% მოდის რისკისა და უსაფრთხოების მართვაზე (Carstern Thüsig 2017).

1999 წლიდან ყოველ წელიწადს ტრდება „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ კომპანიის ფორუმი. ფორუმზე მიწვეულია კომპანიის მიერ აკრედიტირებული დაწესებულებები, ასევე ვიზიტორები, ხარისხის ინსტიტუტის დირექტორი და ჯანდაცვის სპეციალისტები. ფორუმზე დამსწრებთათვის შესაძლებელია პრაქტიკული ურთიერთობების ჩამოყალიბება კლინიკებს შორის სხვადასხვა ქვეყნებიდან (www.ktq.de).

ფორუმზე ხდება ისეთი მნიშვნელოვანი პრეზენტაციებისა და საკითხების წარდგენა, როგორცაა: კომპანიის აუდიტების გადასახედიდან სხვადასხვა მიმართულებების განვითარების აუცილებლობა; აკრედიტაცია, როგორც კლინიკური პროცესების მიმზიდველობისა და კონკურენტუნარიანობის საფუძველი; ხარისხის მართვა და მისი მნიშვნელობა კონკურენტუნარიან გარემოში; აკრედიტაცია, როგორც სტაბილურობის ფუნდამენტი; ქმნის თუ არა ეფექტურობას ხარისხის მართვის აკრედიტაცია;

ფედერალური ერთობლივი კომიტეტის მიერ დამტკიცებული ხარისხის მართვის გაიდლაინის პრაქტიკაში შესრულება, როგორც KTQ- ს აკრედიტაციის წარმატების საწინდარი და ა.შ. (www.ktq.de).

ცხრილი 2: *KTQ- ს მიერ აკრედიტირებული დაწესებულებების სტატისტიკა, 30 ნოემბერი 2017 წელი*

მიმართულება	KTQ- ს მიერ აკრედიტირებული	KTQ- ს სერტიფიკატების ერთობლივი რიცხვი
საავადმყოფო	301	2191
ამბულატორიული კლინიკები, სამედიცინო ცენტრები	45	204
რეაბილიტაციის სახლები	67	249
პოსპისები, მოვლის სახლები, ამბულატორიული მოვლა, ალტერნატიული მოვლის სახლები,	13	99
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	3	12

წყარო: KTQ – Manual/KTQ-Katalog Krankenhaus, Version 2015, Verlag W. Kohlhammer

1.3. საქართველოში არსებული სიტუაცია

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის ე.წ. „სემამკო“-ს სისტემა დარჩა. მისი რეფორმირების ხანგრძლივი და რთული პროცესი 90-იანი წლებიდან დაიწყო (გამყრელიძე, ა., ათუნი რ., გოცაძე გ., მაკლეჰოსი ლ., 2002).

1991-1994 წლებში სემამკოს მოდელის გარდაქმნების პირველი ეტაპი დაიწყო. ეკონომიკური, სოციალური და პოლიტიკური კრიზისის ფონზე ჯანდაცვის სისტემა თითქმის მთლიანად მოიშალა. უნდა აღინიშნოს, რომ თუ საბჭოთა პერიოდში

სახელმწიფო ერთ ადამიანზე დაახლოებით 130-135 აშშ დოლარს ხარჯავდა , კრიზისის პერიოდში ეს მაჩვენებელი 0.45 -0,8 დოლარამდე შემცირდა (გამყრელიძე, ა., ათუნი რ., გოცაძე გ., მაკლეჰოსი ლ., 2002).

უფლება ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე ასახული იქნა საქართველოს სამართლებრივ სივრცეშიც ქვეყნის დამოუკიდებელი სახელმწიფოებრივი ჩამოყალიბების შემდგომ ეტაპზე. საქართველოს 1995 წლის კონსტიტუციაში 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“. 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 წელს დაიწყო მუშაობა „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის პროექტზე. 1997 წლის 10 დეკემბერს კანონპროექტი მესამე მოსმენით მიიღო საქართველოს პარლამენტმა. კანონს უნდა შეევესო ქვეყნის ჯანდაცვის სფეროში არსებული ვაკუუმი. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონი მოიცავდა ყველა იმ ძირითად პრინციპებს, რომლებიც დაკავშირებულია პაციენტის უფლებების დაცვის სხვადასხვა ასპექტებთან, მათ შორის პაციენტთა ძირითად სოციალური უფლებებთან. კანონში ასახულია პაციენტის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უფლება და უკავშირდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფას და პაციენტის უსაფრთხოებას (გამყრელიძე, ა., ვასაძე, ო., 2003).

ამ პერიოდში დაიწყო სისტემის დეცენტრალიზაცია, დაფინანსების წყაროების შეცვლა, პირველადი ჯანდაცვის განვითარება, სისტემის მოსახლეობის საჭიროებებზე ორიენტირება. რეფორმის პირველ ეტაპზე ჯანდაცვის კუთხით მოსახლეობის მდგომარეობა კვლავ უმძიმესი რჩებოდა (გზირიშვილი, დ., 2012).

1997 წელს „საქართველოს კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ შეტანილი საკითხი უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის არსებობა მნიშვნელოვან ინსტრუმენტს წარმოადგენს ხარისხთან მიმართებაში, თუმცა სამწუხაროდ ეს მარეგულირებელი მექანიზმი საქართველოში სუსტად გამოიყენება.

„საქართველოს კანონის „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ მე-16 მუხლის ბ) პუნქტის თანახმად: ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის ერთ-ერთი მექანიზმია სამედიცინო დამხარების ხარისხის კონტროლი, ხოლო ამავე კანონის 63 -ე მუხლის თანახმად „ყველა სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლს დადგენილი წესით აწარმოებს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო“.

2003 წლის „ვარდების რევოლუციის“ შემდეგ დაიწყო საქართველოში ჯანდაცვის რეფორმის მესამე ეტაპი, მისი ერთ-ერთი მთავარი მიზანი ჰოსპიტალური სექტორის რეაბილიტაცია და განვითარება იყო (*საქართველოს ჯანდაცვის სისტემების ეფექტურობის შეფასება (2009)*).

2004 - 2006 წლებში მოხდა სისტემის ძირეული რეფორმა. გაუქმდა მიზნობრივი სამედიცინო გადასახადები და ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო სტრუქტურები, რის შედეგად ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსება მთლიანად სახელმწიფო ბიუჯეტის პრეროგატივა გახდა. დაიწყო სამედიცინო დაწესებულებების მასიური პრივატიზაცია, რის შედეგად სახელმწიფო საკუთრებაში პრაქტიკულად აღარ დარჩა, არც პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები და არც საავადმყოფოები (*საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმები (13/08/2007)*).

2005 წელს შემოღებული იქნა სოციალური გადასახადი, რომელიც პირდაპირ ბიუჯეტში შედიოდა და ჯანდაცვაც ბიუჯეტიდან ფინანსდებოდა, თუმცა აღნიშნული გადასახადი 2008 წელს გაუქმდა (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო 2013).

2007 წლის დასაწყისში საქართველოს მთავრობის მიერ შემუშავებული ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის ეროვნული პროგრამა „100 ახალი საავადმყოფო“ მშენებლობას ითვალისწინებდა. გეგმის მიხედვით უნდა შექმნილიყო 100 ახალი მრავალპროფილური საავადმყოფო, რომელთა უმეტესი ნაწილი რეგიონებში განთავსდებოდა და მოსახლეობისთვის ხელმისაწვდომი იქნებოდა 30 წუთიანი დროის მონაკვეთში. გენერალური გეგმით განისაზღვრა აუცილებელი მოთხოვნები საავადმყოფოს შენობისა და სამედიცინო აღჭურვილობისათვის. 2008 წელს საქართველოში საომარი მდგომარეობა იყო. ამ და სხვა მიზეზების გამო აღნიშნულ რეფორმაში დასახული მიზნების განხორციელება ვერ მოხდა (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო 2013).

საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 30 მარტის #85 დადგენილების საფუძველზე ჰოსპიტალური სექტორის პრივატიზაცია სადაზღვევო კომპანიებისთვის უმწეოთა სამედიცინო დაზღვევის პროგრამას დაუკავშირდა. სადაზღვევო კომპანიებისთვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობის მისაღებად ერთ-ერთი აუცილებელი პირობა იყო რაიონების თანამედროვე სტანდარტების საავადმყოფოებით უზრუნველყოფა.

2010 წლის 17 დეკემბერს საქართველოს მთავრობის მიერ მიღებულ იქნა # 385 დადგენილება „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“. სტაციონარული დაწესებულებების ნებართვების სისტემა შემუშავებული იქნა პაციენტების უსაფრთხოების დაცვის უზრუნველსაყოფად. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის მიზნით, სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით ახორციელებს სალიცენზიო ან სანებართვო პირობების შერჩევით შემოწმებას (თ. ვერულავა, 2009).

2010 წლის ახალი გეგმა ითვალისწინებდა 26 ე.წ. სამედიცინო რაიონში განსაზღვრული სიმძლავრისა და თანამედროვე დონის საავადმყოფოების შექმნას. კონკრეტულ სამედიცინო რაიონში გამარჯვებული კომპანია ვალდებული იყო 3 წლის განმავლობაში მომსახურებოდა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის ბენეფიციარებს. ამასთანავე, კომპანიას იგივე რაიონები 2011 წლის 1 დეკემბრიდან (2

შემთხვევაში 2012 წლის 1 მარტიდან) ახალი სტანდარტების საავადმყოფოებით უნდა უზრუნველყო. მიუხედავად იმისა, რომ მთავრობა მუდმივად ახორციელებდა მოლაპარაკებებს ინვესტირებასა და დონორებთან, 100 საავადმყოფოს პროგრამაში დასახული ამოცანების შესასრულებლად პროექტი მაინც ვერ განხორციელდა (თ. ვერულავა, 2009).

2012 წლის სექტემბრიდან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით ამოქმედდა სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემა. საქართველოში მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო პრაქტიკის დანერგვის მიზნით 2012 წლის 14 მაისს მიღებულ იქნა საქართველოს მთავრობის # 180 დადგენილება „კლინიკური მდგომარეობების მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების საგრანტო პროგრამა“ (საქართველოს მთავრობის # 180 დადგენილება), რომლის ფარგლებში ღიად გამოცხადებული საგრანტო კონკურსის გზით მოხდება კლინიკური მდგომარეობების მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) პროექტების შერჩევა და დაფინანსება; მათი შეფასების მიზნით შეიქმნა საკონკურსო კომისია, რომელიც განსაზღვრავს პროტოკოლის სარეკომენდაციო ფორმატს, პროექტების შეფასების კრიტერიუმებს; გათვალისწინებულია გაიდლაინების პრაქტიკული გამოყენების მონიტორინგის ჩატარება, რაც ხელს შეუწყობს კლინიკური გამოსავლის გაუმჯობესებას (თ. ვერულავა, 2009).

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიშში აღნიშნულია, რომ მაღალი ხარისხის და უსაფრთხო სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა და პაციენტების მიმართ ჯანდაცვის სისტემის გულისხმიერი დამოკიდებულება განსაზღვრავს პაციენტების კმაყოფილების დონეს, მიღებული სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა ასპექტით. სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევის შედეგი ცხადყოფს, რომ პაციენტთა კმაყოფილების ხარისხი მაღალია (80%-ზე მეტი) ისეთი მნიშვნელოვანი მომსახურების ასპექტების მიმართ, როგორცაა მკურნალობის მიზეზების თაობაზე

ადექვატური ახსნა-განმარტების მიცემა და ექიმების მიერ პაციენტთათვის ადექვატური დროის დათმობა (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში).

2013 წელს შემუშავდა და 28 თებერვლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანი იყო დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. პროგრამამ მოიცვა 2 მილიონზე მეტი მოქალაქე, რომლებსაც იმ პერიოდისათვის სამედიცინო დაზღვევა არ გააჩნდათ.

პროგრამის ამოქმედების შედეგად საქართველოს ყველა მოქალაქისათვის გარანტირებული გახდა საბაზისო სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა ორ ეტაპად მიმდინარეობდა. 2013 წლის 28 თებერვლიდან 1 ივლისამდე მოქმედებდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის პირველი ეტაპი, რომელიც გულისხმობდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ოჯახის/ უბნის ექიმის მომსახურებასა და გადაუდებელი შემთხვევების მართვას, როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ დონეზე. პროგრამის ფარგლებში ფინანსდებოდა გადაუდებელი სამედიცინო შემთხვევების 450 -ზე მეტი ნოზოლოგია.

სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით:

1. 28 თებერვლიდან 1 ივლისის ჩათვლით 1 347 658 პირი დარეგისტრირდა გეგმიურ ამბულატორიულ და პოლიკლინიკურ სერვისებზე.
2. ამავე პერიოდში გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება მიიღო 41 713 - მა მოქალაქემ, 15 275 - მა მიიღო გადაუდებელი სტაციონარული დახმარება.
3. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში ჩაერთო ქვეყნის მასშტაბით მოქმედი სტაციონარების 80% -

ზე მეტი (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტროს ანგარიში, 2013).

2013 წლის 1 ივლისიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის
სახელმწიფო პროგრამის მეორე ეტაპი, რომელიც მოქალაქეებს სამედიცინო
მომსახურების 3 ბლოკის ნაცვლად 6 ბლოკს თავაზობდა, კერძოდ:

1. პირველადი ჯანდაცვის გაფართოებული მომსახურება.
2. გადაუდებელი ამბულატორიული დახმარება.
3. გაფართოებული გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება.
4. გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები.
5. ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობა.
6. მშობიარობა.

გარდა ზემოთ ჩამოთვლილი სერვისებისა მნიშვნელოვნად გაფართოვდა ჯანდაცვისა
და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების მოცულობა. მაგ: ოჯახის / უბნის
ექიმის ვიზიტებს დაემატა 7 ექიმ - სპეციალისტის კონსულტაცია და გაიზარდა
ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩამონათვალი.

აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ თუ კერძო სადაზღვევო კომპანიაში დაზღვეულ
მოქალაქეს 1 ივლისის შემდგომ, ამა თუ იმ მიზეზით შეუწყდებოდა სადაზღვევო
კონტრაქტი, ამ შემთხვევაში მოქალაქე ერთვებოდა საყოველთაო ჯანმრთელობის
დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში და მას შეეძლო მიეღო, როგორც ოჯახის ან უბნის
ექიმის მომსახურება, ასევე ექთნის მომსახურება უფასოდ; ასევე სრულად
უფინანსდებოდა ძირითადი ანალიზები, გადაუდებელი ამბულატორიული და
სტაციონარული მომსახურება განსაზღვრული ჩამონათვალის მიხედვით (ერთეულ
შემთხვევაზე 15 000 ლარის ლიმიტის ფარგლებში) (საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის ჯანდაცვის
სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში).

2014 წლის 5 თვის განმავლობაში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო
პროგრამით იმაზე მეტმა მოქალაქემ ისარგებლა, ვიდრე 2013 წლის 11 თვეში. ამ

პერიოდში სტაციონარული მომსახურების კომპონენტით 22.1 %-ით მეტმა პირმა ისარგებლა, გეგმიური ქირურგიული ოპერაცია 74.5% -ით, ხოლო კარდიოქირურგიული - 35.8 % -ით მეტ პაციენტს გაუკეთდა. რაც შეეხება ქიმიო, ჰორმონო და სხივურ თერაპიას, აქ მოსარგებლეთა რაოდენობა 89.9 %-ით არის გაზრდილი (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2014).

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დანერგვამ საგრძნობლად გაზარდა სამედიცინო მომსახურებაზე საქართველოს მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობა, თუმცა ამ პროცესმა გარკვეული პრობლემები შეუქმნა სამედიცინო სერვისების მომწოდებლებს, რაც გამოიხატა ანგარიშსწორებისას წარმოქმნილი გაუგებრობებით.

მიუხედავად ყველაფრისა საქართველოს მოსახლეობა კიდევ ვერ სარგებლობს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებით.

მართალია, ახალი ცვლილებების შედეგად გარკვეული პირობები იქმნება ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და მასზე ხელმისაწვდომობის გაადვილებისათვის, მაგრამ ცვლილებები არ ითვალისწინებს სამკურნალო პროცესის ხარისხის განმსაზღვრელ რიგ მნიშვნელოვან ასპექტებს - სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებას, რაოდენობის ოპტიმიზაციას, პაციენტის უსაფრთხოებას, კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციების (გაიდლაინების) და დაავადებათა მართვის სტანდარტების (პროტოკოლების) არსებობისა და გამოყენების აუცილებლობას. მართალია გაიდლაინების ნაწილი შემუშავებულია, თუმცა კი არ არის ინსტიტუციონალიზებული. ამდენად, მსჯელობის საგნად რჩება თუ რამდენად ხელმისაწვდომი გახდება ხარისხიანი ჰოსპიტალური მომსახურება. საავადმყოფოთა გამართული მუშაობისათვის გადაწყვეტი რიგი ეკისრება ჰოსპიტალში ისეთი კომპეტენციების გაძლიერებას, როგორცაა:

1. კლინიკური ხარისხის გაზრდა და ამავდროულად, პაციენტთა ნდობის მოპოვება;

2. კლინიკური ეფექტურობის გაზომვა;
3. ეფექტურობის გაუმჯობესებისა და პროგნოზისთვის დროული და ზუსტი ინფორმაციის მართვა;
4. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მედიცინის დანერგვა და სხვა.

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულის განხორციელება მხოლოდ ხარისხის მართვის სისტემის დანერგვის გზით გახდება შესაძლებელი. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება რთული და კომპლექსური პროცესია, რასაც სხვადასხვა ქვეყნებში ჰოსპიტლების აკრედიტაციის პროცესის დანერგვით მიაღწიეს.

საქართველოში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის დანერგვის მცდელობა ჯერ კიდევ 2006 წელს გამოიკვეთა, როდესაც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის რეგულირების სპეციალური სამუშაო ჯგუფის მიერ, CoReform-ისა და ბიზნეს კლიმატის რეფორმის პროექტების ტექნიკური დახმარებით და ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) ფინანსური მხარდაჭერით მოწვეულ იქნა ამერიკელ ექსპერტთა ჯგუფი, რათა გადადგმულიყო პირველი ნაბიჯები სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შექმნისათვის. აღნიშნული ჯგუფის მიერ მომზადებულ იქნა დოკუმენტი - „ჯანდაცვის ნებართვების, ლიცენზირებისა და აკრედიტაციის კონცეფცია საქართველოში“. აღნიშნული პროექტის მიზანი იყო სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისათვის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთვის სამედიცინო დაწესებულებების ნებაყოფლობითი აკრედიტაციის სისტემის განვითარების პროექტის შემუშავება (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის რეგულირების სპეციალური სამუშაო ჯგუფი, CoReform-ისა და ბიზნეს კლიმატის რეფორმის პროექტები, 2006).

კონცეფციაში მოცემული სტრუქტურისა და რეკომენდაციების მიღებას ჯანდაცვის ლიცენზირების, ნებართვებისა და აკრედიტაციის შესახებ ხელი უნდა შეეწყოს ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებისათვის საქართველოში, შეექმნა გადახდის თანამედროვე ფინანსური სტრუქტურების საფუძველი, გაეზარდა სამედიცინო საზოგადოების როლი ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებებით უზრუნველყოფაში

და გაუმჯობესებინა სამედიცინო ინდუსტრიის საკანონმდებლო რეგულირება საქართველოში. აღნიშნული კონცეფციაში მოცემულ იყო მთელი რიგი გადაწყვეტილებები.

სტრუქტურა და დაწესებულება:

1. საავადმყოფოს ყველა დიაგნოსტიკური და სამკურნალო სტრუქტურა ხელმისაწვდომი უნდა იყოს.
2. თუკი საავადმყოფოში პაციენტთა გამოკვლევის, სამკურნალო და ღამის გასათენებელი განყოფილებები განლაგებულია ერთზე მეტ სართულზე, საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს სულ მცირე ერთი სრულყოფილად ფუნქციონირებადი ლიფტი.
3. საავადმყოფოში პაციენტთა გამოკვლევის, სამკურნალო და ღამის გასათენებელი განყოფილებები უზრუნველყოფილი უნდა იყოს გათბობითა და ვენტილაციით (ვენტილატორები მაინც).
4. საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს უწყვეტი წყალმომარაგების სისტემა.
5. საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს ცხელი წყლით მომარაგების სისტემა ყველა განყოფილებაში, სადაც ხორციელდება პაციენტთა გამოკვლევა და მკურნალობა.
6. საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს სრულყოფილად ფუნქციონირებადი საპირფარეშოები ყველა იმ განყოფილებაში, სადაც ხორციელდება პაციენტების გამოკვლევა, მკურნალობა და სადაც ისინი ათენებენ ღამეს.
7. საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს დაბროკოლებებისგან თავისუფალი სახანძრო გასასვლელები ყველა იმ განყოფილებაში, სადაც ხორციელდება პაციენტების გამოკვლევა, მკურნალობა და სადაც ისინი ათენებენ ღამეს.
8. საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს უწყვეტი ენერჯის წყარო, ასევე სრულყოფილად ფუნქციონირებადი ელექტრო გენერატორი.

9. თუ საავადმყოფო უზრუნველყოფს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, მას პირველ სართულზე უნდა გააჩნდეს გადაუდებელი დახმარების განყოფილება და ასევე უზრუნველყოფილი უნდა იყოს სასწრაფო დახმარების მანქანებითა და სხვა სატრანსპორტო საშუალებებით.
10. საავადმყოფოს უნდა ქონდეს ჟალუზები ყველა საოპერაციო ოთახის ყველა ფანჯარაზე.

აღჭურვილობა:

1. საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს სულ მცირე ერთი სრულყოფილად ფუნქციონირებადი სტერილიზატორი და ავტოკლავი.
2. საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს სულ მცირე ერთი რენტგენის აპარატი, რომლითაც შესაძლებელი იქნება თავის, ზურგის, მკერდის, მუცლისა და კიდურების რადიოგრაფული გამოსახულების მიღება.
3. საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს ლაბორატორია, რომელიც ძირითადი ტესტების/კვლევების გაკეთებას უზრუნველყოფს (როგორცაა, მინიმუმ, სისხლის და შარდის ანალიზი, ელექტროლიტები, შაქარი სისხლში და მარტივი ბაქტერიოლოგია).
4. საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს სულ მცირე ერთი სრულყოფილად ფუნქციონირებადი ელექტროკარდიოგრაფი.
5. თუ საავადმყოფო უზრუნველყოფს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, მას უნდა გააჩნდეს სულ მცირე ერთი სრულყოფილად ფუნქციონირებადი ხელოვნური სუნთქვის აპარატი.
6. თუ საავადმყოფოს აქვს ქირურგიული მომსახურება, მას უნდა გააჩნდეს სულ მცირე ერთი სრულყოფილად ფუნქციონირებადი მოწყობილობა ანესთეზიისათვის.

7. თუ საავადმყოფოს აქვს ქირურგიული მომსახურება, მას უნდა გააჩნდეს სულ მცირე ერთი სრულყოფილად ფუნქციონირებადი მონიტორი, რათა მუდმივი დაკვირვება განხორციელდეს სასიცოცხლო ფუნქციებზე ოპერაციისა და ანესთეზიიდან გამოსვლის პერიოდში, როგორცაა პულსის სიხშირე და რითმი, წნევა, სუნთქვა და ჟანგბადის შემცველობა.
8. საავადმყოფოს უნდა ჰქონდეს ძირითადი მოწყობილობები (კარგ მდგომარეობაში) რენიმაციისთვის. მინიმუმი არის: ხელოვნური სუნთქვის აპარატი, ჟანგბადის წყარო, ელექტროკარდიოგრაფი, ლარინგოსკოპი და ენდოტრაქეალური მილები ყველა ასაკისთვის, დეფიბრილატორი და ვენური კათეტერი.
9. თუ საავადმყოფოს აქვს სამშობიარო, მაშინ მას უნდა ჰქონდეს სულ მცირე ორი ინკუბატორის (დღენაკლულთათვის) მოწყობილობა.
10. საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს ხელის ჰიგიენის დაცვის შესაძლებლობა (წყალი და საპონი, ან სპირტი) იმ განყოფილებებში სადაც ხდება პაციენტების გამოკვლევა ან მკურნალობა.

პერსონალი:

1. საავადმყოფოს უნდა ჰყავდეს საკმარისი რაოდენობის ლიცენზირებული და სერთიფიცირებული ექიმები, რათა უზრუნველყოს სერვისების მიწოდება 24 საათის განმავლობაში.
2. საავადმყოფოში გამუდმებით უნდა იყოს სულ მცირე ერთი მორიგე ექიმი.
3. საავადმყოფოს სპეციალიზაციის ყველა სფეროში უნდა ჰყავდეს სულ მცირე ერთი ექიმი გამოძახებით, თუკი პაციენტს დასჭირდება სასწრაფო ან ურგენტული დახმარება.
4. თუ საავადმყოფოს აქვს სასწრაფო დახმარების განყოფილება, ამ განყოფილებაში ყოველთვის უნდა იყოს ექთანი.

5. სასწრაფო დახმარების განყოფილებას უნდა ჰყავდეს ერთი ექიმი გამოძახებით, იმ შემთხვევაში თუ მორიგე ექიმი დაკავებულია პაციენტით და სხვა პაციენტს დასჭირდება გადაუდებელი დახმარება.
6. საავადმყოფოს უნდა ჰყავდეს საკმარისი რაოდენობით ლიცენზირებული ექთნები, რათა საავადმყოფოს ყველა განყოფილებაში მუდმივად იმყოფებოდეს სულ მცირე ერთი ლიცენზირებული ექთანი.
7. საავადმყოფოს უნდა ჰყავდეს საკმარისი რაოდენობით ლაბორატორიის თანამშრომლები, რათა ლაბორატორია მუშაობდეს 24 საათის განმავლობაში ყოველდღიურად.
8. საავადმყოფოს უნდა ჰყავდეს რადიოლოგები საკმარისი რაოდენობით, იმისათვის რომ რადიოლოგიური განყოფილება მუშაობდეს 24 საათის განმავლობაში, ყოველდღიურად.

პროცესები:

1. საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს თვითმეფასების მექანიზმი და არსებული რესურსების გათვალისწინებით, მიიღოს ზომები აღმოჩენილი ნაკლოვანებების გამოსასწორებლად.
2. საავადმყოფოს უნდა ჰქონდეს ინფექციათა კონტროლისა და პრევენციის პროგრამა.
3. საავადმყოფომ თითოეული პაციენტისთვის უნდა გახსნას მხოლოდ ერთი სამედიცინო ბარათი.
4. საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს მექანიზმი, რომლითაც უზრუნველყოფს პაციენტის სამედიცინო ბარათის სისრულისა და სისწორის დაცვას.
5. საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს პროცესი, რითიც უზრუნველყოფს პაციენტისთვის სახიფათო პროცესების იდენტიფიცირებასა და შეფასებას.

6. თუ საავადმყოფო ვერ დააკმაყოფილებს რომელიმე არსებით სტანდარტს მომდევნო შვიდი დღის განმავლობაში, მან ეს უნდა აცნობოს ლიცენზიების გამცემ ორგანოს მომდევნო სამი დღის განმავლობაში (ეს შეიძლება ჩაიდოს კანონში და არა სტანდარტებში).
7. დაწესებულებისთვის ნებართვის მიღების წინაპირობა უნდა იყოს მოთხოვნა, რომ საავადმყოფომ განახორციელოს Joint Commission International-ის პაციენტის უსაფრთხოების მიზნები.

ეს მიზნებია:

მიზანი 1 - პაციენტთა სწორედ იდენტიფიცირება.

გამოყენებულ უნდა იქნას სულ მცირე ორი მეთოდი პაციენტის იდენტიფიცირებისთვის, სანამ მოხდება წამლის შეყვანა, სისხლის ან სისხლის პროდუქტების გაცემა, სისხლის ან სხვა სინჯის აღება კლინიკური გამოკვლევისთვის, ან სხვა ნებისმიერი სახის მკურნალობისა და პროცედურის წინ. პაციენტის ოთახის ნომერი არ უნდა იყოს გამოყენებული მისი იდენტიფიცირებისთვის.

მიზანი 2 - ეფექტური კომუნიკაციის გაუმჯობესება

საავადმყოფოში უნდა არსებობდეს სპეციალური პროცესი/პროცედურა, თუ როგორ მოხდება სიტყვიერი ან სატელეფონო მოთხოვნების, ან მნიშვნელოვანი ანალიზის შედეგების ჩაწერა/მიღება. ადამიანი, ვინც იღებს მოთხოვნას, ან ანალიზის შედეგს, ვალდებულია მიღებული ინფორმაცია გადაამოწმოს „ჩანაწერის წაკითხვის“ გზით.

მიზანი 3 - მაღალი რისკის წამლების უსაფრთხოების გაზრდა

პაციენტის სამკურნალო განყოფილებებიდან გატანილი უნდა იყოს კონცენტრირებული ელექტროლიტების ხსნარები (მათ შორის, კალციუმის ქლორიდი, კალციუმის ფოსფატი და ნატრიუმის ქლორიდი > 0.9%)

მიზანი 4 - სხეულის არასწორ ნაწილზე ოპერაციის გაკეთების, არასწორი პაციენტისთვის ოპერაციის გაკეთებისა და არასწორი ქირურგიული პროცედურის ჩატარების შემთხვევების აღმოფხვრა:

1. გამოყენებულ იქნას საკონტროლო სია (აღნიშვნის ფურცელი) უშუალოდ ოპერაციის დაწყებამდე, რათა გადამოწმდეს, რომ პაციენტი, მხარე და სხეულის ნაწილი ოპერაციისთვის სწორედაა შერჩეული.
2. შემუშავებულ იქნას საკონტროლო სია ან პროცედურა, რომლითაც გაკონტროლდება, რომ ყველა საჭირო დოკუმენტი, ინსტრუმენტი და ხელსაწყო (ავადმყოფობის ისტორია, რენტგენის სურათები და ა.შ.) არსებობს/ხელმისაწვდომია, სწორია და კარგად ფუნქციონირებს ოპერაციის დაწყებამდე.
3. ადვილად შესამჩნევი ნიშნულით მოინიშნოს სხეულის ნაწილი, რომელზეც ტარდება ოპერაცია. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ლატერალურობის აღრევის თავიდან ასაცილებლად (მაგ., მარჯვენა მუხლი, ან მარცხენა მუხლი).

მიზანი 5 - ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ინფექციების რისკის შემცირება

საავადმყოფოს თანამშრომლები იცავენ გამოქვეყნებულ და ზოგადად მიღებულ ხელის ჰიგიენის სტანდარტებს.

მიზანი 6 - შემცირდეს პაციენტის დაცემით მიღებული დაზიანების რისკი.

გარკვეული პერიოდულობით შეფასდეს პაციენტის დაცემის რისკი, რაც შეიძლება დამოკიდებული იყოს პაციენტის მიერ მიღებულ წამლებზე და გატარდეს შესატყვისი ზომები, მისი დაცემის თავიდან ასარიდებლად.

ამ სტანდარტებს უნდა აკმაყოფილებდეს ყველა დაწესებულება. გამონაკლისი გახლავთ ისეთი შემთხვევა, როდესაც დაწესებულება არ ახორციელებს იმ სერვისებს, რომელსაც ეხება ეს სტანდარტი (მაგალითად, სპეციალიზირებული ფსიქიატრიული საავადმყოფოს შემთხვევაში).

საავადმყოფოთა კლასიფიცირება შესაძლებელია მოხდეს რამდენიმე გზით, კერძოდ: დაყოვნების ხანგრძლივობის, მიწოდებული სერვისისა და კონტროლის (მფლობელობის) ტიპის მიხედვით.

1. დაყოვნების მიხედვით საავადმყოფოები იყოფა ხანმოკლე და ხანგრძლივი დაყოვნების დაწესებულებებად. ხანმოკლე ანუ ეპიზოდური მიიჩნევა „მწვავე“ ტიპის ჰოსპიტლების სინონიმად (Beafort longest Jn, Johnatan S. Rakisch). ხანგრძლივი დაყოვნების კი „ქრონიკული“ ტიპის ჰოსპიტლების სინონიმად. ამერიკის ჰოსპიტალთა ასოციაცია განსაზღვრავს ხანმოკლე დაყოვნების (მწვავე) ჰოსპიტლებად იმ დაწესებულებებს, რომელთა საშუალო დაყოვნების მაჩვენებელი არ აღემატება 30 დღეს. ხოლო ხანგრძლივად (ქრონიკულად) იმათ, რომელთა საშუალო დაყოვნება 30 დღეზე მეტია. საავადმყოფოთა 90%-ზე მეტი ხანმოკლე დაყოვნებისაა. ხანმოკლე (მწვავე) ჰოსპიტლებად მიიჩნევა ზოგადი მულტიპროფილური, რეფერალური ჰოსპიტლები, ხოლო ხანგრძლივი დაყოვნების ჰოსპიტლებად; რეაბილიტაციული და ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო დაწესებულებები (მაგ., ფსიქიატრიული). თუმცა ზოგიერთ მწვავე ჰოსპიტალს გააჩნია ქრონიკული დაავადებების განყოფილებებიც, მათ შორის ფსიქიატრიული.
2. საავადმყოფოების სერვისების ტიპები განსაზღვრავს დაწესებულება ზოგადია თუ სპეციალიზირებული. ზოგადი ტიპის მულტიპროფილური საავადმყოფოები აწარმოებენ ფართე სამედიცინო და ქირურგიულ მომსახურებას (მათ შორის სპეციალიზირებულს). მაშინ, როცა სპეციალიზირებული ჰოსპიტლები ერთ რომელიმე თერაპიულ ან ქირურგიულ სპეციალობას სთავაზობენ მომხმარებელს. ავტორთა გარკვეული კატეგორია მიიჩნევს, რომ პედიატრიული ჰოსპიტლებიც სპეციალიზირებულ დაწესებულებებს მიეკუთვნებიან, თუმცა არსებობს საწინააღმდეგო მოსაზრებებიც (რაც გათვალისწინებულ უნდა იქნას საქართველოს შემთხვევაშიც).
3. მესამე კლასიფიკაცია ჰოსპიტლებს ჰყოფს კონტროლის (მფლობელობის) ტიპის მიხედვით: მომგებიანი თუ არამომგებიანი, სახელმწიფო

(ფედერალური, მუნიციპალური) თუ კერძო. უმეტესი მწვავე ჰოსპიტლებისა
არამომგებიანი არასახელმწიფო ორგანიზაციების სახით არის წარმოდგენილი.

ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) CoReform-ისა და Business Climate Reform პროექტები მზად იყვნენ დახმარება გაეწიათ საქართველოს მთავრობისათვის შემოთავაზებული რეკომენდაციების განხორციელებაში. ამავე პერიოდში მომზადდა აკრედიტაციის სტანდარტების სახელმძღვანელოს სამუშაო ვარიანტი, რომელიც ეფუძნებოდა გაერთიანებული კომისიის საერთაშორისო აკრედიტაციის სტანდარტებს. სულ 450-ზე მეტი სტანდარტი იქნა შემუშავებული, რომელთაგანაც გამოყოფილ იქნა კრიტიკული და არსებითი მნიშვნელობის სტანდარტები. შემუშავებულ იქნა რეკომენდაციები კანონმდებლობაში ცვლილებების შეტანის თობაზე. თუმცა კი იმ დროისათვის აღნიშნული პროექტის პრაქტიკული განხორციელებისათვის შემდგომი ნაბიჯების გადადგმა ვერ მოხერხდა (შვარცი ტ., USAID 2010).

ამავე პროექტის შემდგომი განვითარების ეპატზე უკვე, „საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროგრამა“ (HSSP) ფარგლებში 2010 წლის აგვისტოში მოწვეულ იქნა მედიცინის დოქტორი ტომას შვარცი. იმის ფონზე, რომ მიმდინარეობდა ჰოსპიტალთა პრივატიზების პროცესი და სადაზღვევო კომპანიებს დაეკისრათ ვალდებულება, რომ მოახდინონ რეაბილიტაცია და/ან ააშენონ ახალი საავადმყოფოები, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტმა გამოთქვა მზადყოფნა რათა ხელი შეეწყოს საავადმყოფოების აკრედიტაციის პროცესის დაწყებისათვის. საქართველოს ჰოსპიტალთა ასოციაციამ თავის თავზე აიღო აღნიშნული პროცესის გაძღოლა. ჰოსპიტალთა ასოციაციას წარედგინა 20 სტანდარტი, რომელთაგან შეირჩა 13. მათი გამოყენება მოხდა პილოტური პროექტის პირველ ფაზაში, რაც მიზნად ისახავდა საავადმყოფოების აკრედიტაციის ცნების ხელახლა წარდგენასა და მისი განხორციელების დაწყებას. სერტიფიცირებასთან დაკავშირებულ პირველ საორიენტაციო შეხვედრას დაესწრო საქართველოს ჰოსპიტალთა ასოციაციის 12 წევრი ჰოსპიტალის წარმომადგენელი. მათგან 6-მა გამოთქვა პილოტურ პროექტში

მონაწილეობის მზადყოფნა, რომელიც მიზნად ისახავდა თვითშეფასების ჩატარებას 13 სტანდარტის გამოყენებით. ეს ჰოსპიტლებია:

1. გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა,
2. შ.პ.ს. მედიქლაბჯორჯია,
3. ხაშურის მრავალპროფილიანი საავადმყოფო,
4. თბილისის #5 საავადმყოფო-პოლიკლინიკური გაერთიანება,
5. მ. იაშვილის სახელობის ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფო და
6. გორის რეგიონალური საავადმყოფო.

იმის გამო, რომ გორის საავადმყოფოს სტატუსი/მესაკუთრეობის საკითხი ჯერ გარკვეული არ იყო, მან პროგრამაში მონაწილეობა ვერ მიიღო (შვარცი ტ., USAID 2010).

საქართველოს ჰოსპიტალთა ასოციაციასა და სამინისტროში ხელმძღვანელობის ცვლილების გამო აღარ განხორციელებულა რაიმე ახალი ღონისძიება პროფესიული ასოციაციების როლის ზრდასთან დაკავშირებით. გადაიდგა ნაბიჯები მხოლოდ 6 პილოტურ ჰოსპიტალში თვითშეფასების პროცესის განხორციელების ხელშესაწყობად. ეს მოიცავს ერთდღიანი სემინარის ჩატარებას პილოტური ჰოსპიტლების წარმომადგენელთათვის და ვიზიტებს 6-დან 5 საავადმყოფოში (გორის საავადმყოფოს გამოკლებით ზემოთხსენებული მიზეზის გამო). 5 საავადმყოფოში განხორციელებული ვიზიტების დროს მოხდა თვითშეფასების პროცესის დემონსტრირება, ნაჩვენები იქნა მაგალითები, მათ მიეცათ კონკრეტული მითითებები და მოსაზრებები სამოქმედო გეგმის შემუშავებასთან დაკავშირებით. პილოტურ ჰოსპიტლებს მიეწოდათ მასალები, რაც უზრუნველყოფს იმ ვაკუუმის ამოვსებას, რომელიც მათ გააჩნიათ რეგულაციებთან და პროცედურებთან დაკავშირებით. ასევე, მიეცათ კონკრეტული მითითებები და მოსაზრებები სამოქმედო გეგმის შემუშავებასთან დაკავშირებით. ზემოთაღნიშნული 5 საავადმყოფოდან ერთი (მედიქლაბჯორჯია) სრულად აკმაყოფილებდა პირველი ფაზის 13 სტანდარტს. სამ

ჰოსპიტალს (გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა, მ. იაშვილის სახელობის ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფო და თბილისის #5 საავადმყოფო-პოლიკლინიკური გაერთიანება) მიეცა რეკომენდაციები სტანდარტების მოთხოვნების სრულად დაკმაყოფილებასთან დაკავშირებით და მხოლოდ ერთი ჰოსპიტალი - ხაშურის მრავალპროფილური საავადმყოფო იქნა დაწუნებული სრულად. შემუშავებულ იქნა სამოქმედო გეგმა მე-2 ფაზისათვის - დამატებითი საავადმყოფოების ჩართვა პროექტში და სტანდარტების გაზრდა. აღნიშნული პროექტის ფარგლებში დაგეგმილი იყო მეორე ფაზის ჩატარება 2010 წლის დეკემბრის თვეში და მრავალწლიანი სამოქმედო გეგმის შემუშავება ჰოსპიტლების სერტიფიცირებასთან დაკავშირებით (შვარცი ტ., USAID 2010).

თითოეულ პილოტურ ჰოსპიტალს USAID HSSP-სათვის ყოველ 2 კვირაში ერთხელ უნდა წარედგინა პროგრესის ანგარიში. USAID HSSP პროექტს 2010 წლის ოქტომბრის მეორე ნახევარში წარდგენილი პროგრესის ანგარიშებზე ან საჭიროების შემთხვევაში განხორციელებულ ვიზიტზე დაყრნობით უნდა ჩაეტარებინა პილოტური პროგრამის შუალედური შეფასება (შვარცი ტ., USAID 2010).

2010 კალენდარული წლის ბოლოს, წარმოდგენილი დოკუმენტის ავტორი უნდა დაბრუნებულიყო საქართველოში, რომელიც დაადასტურებდა, თუ რამდენად აკმაყოფილებდნენ პილოტური ჰოსპიტლები 13 სტანდარტს, მაგრამ სამწუხაროდ აღნიშნული პროცესი გადადებულ იქნა გარკვეული ვადით.

ასევე, გადაწყვეტილება უნდა იქნას მიღებული 1-ელი ფაზის შემდგომ ნაბიჯებზე. შემოთავაზებული მიდგომა ასე გამოიყურება:

1. სხვა საავადმყოფოების დამატება (საქართველოს ჰოსპიტალთა ასოციაციის ახალი წევრები);
2. ახალი სტანდარტების დამატება პილოტური ჰოსპიტლებისათვის;
3. ორივე ერთად;
4. თუმცა ყველაზე მნიშვნელოვანი საფეხური იქნება აკრედიტაციის პროცესის ადგილობრივი (არასამთავრობო ორგანიზაციის) ხელშეწყობის პროცესის შემუშავება;

5. „მრავალწლიანი“ სამოქმედო გეგმის შემუშავება საავადმყოფოების სერტიფიცირებასთან დაკავშირებით. ამის გაკეთება შესაძლებელია პროექტ CoReform-ის ფარგლებში განხორციელებულ სამუშაოზე დაყრდნობით.

დაგეგმილი იყო საქართველოს ჰოსპიტალთა ასოციაციის ახალი გენერალური დირექტორი დანიშვნის პარალელურად ასოციაციის არსებული სამუშაო გეგმის განხილვა და განახლება, მიზნებთან შესაბამისობაში პილოტური პროგრამის განვითარების საზომი პარამეტრების ჩათვლით. პროფესიული ასოციაციების ვალდებულებებისა და ხელმძღვანელობის განსაზღვრის პროცესის გაგრძელება, განსაკუთრებით ქვემოთ მოცემულ საკითხებთან მიმართებაში:

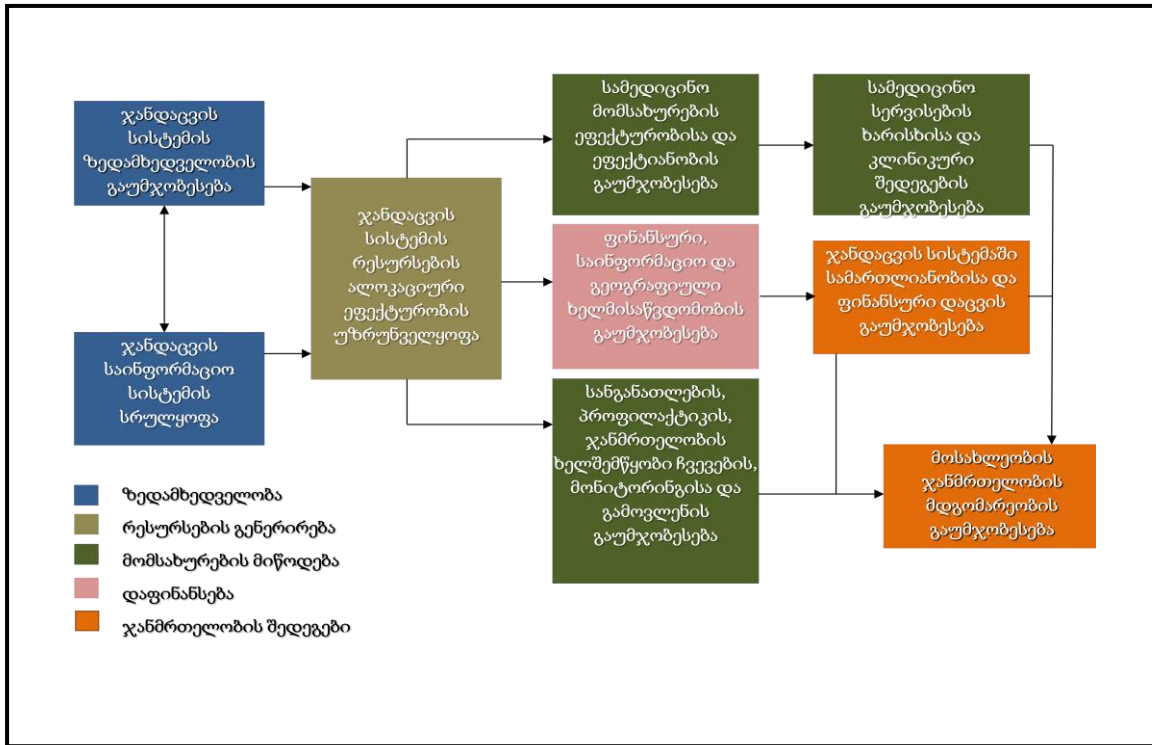
1. მათი წევრების კვალიფიკაციის სერტიფიცირება;
2. რეზიდენტურის მისაღები შინაარსისთვის საჭირო კრიტერიუმების შემუშავება;
3. უწყვეტი სამედიცინო განათლების (უსგ) კურსების უზრუნველყოფა (როგორც წინა ვიზიტის შესახებ ანგარიშში იყო აღნიშნული, უსგ უნდა იყოს სავალდებულო ნებისმიერი სისტემის ეფექტურობის უზრუნველსაყოფად);
4. წევრებისთვის მომსახურების ღირებულების დაკისრება.

აკრედიტაციის სააგენტოების ყველა პროგრამის ძირითადი კრიტერიუმი და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორი არის პაციენტზე ორიენტირებული სისტემის არსებობა, რაც რათქმაუნდა აკრედიტაციის პროცესის გავლით არის შესაძლებელი, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ არსებული სტაციონარული მომსახურების არსებული სიტუაციის ფარგლებში ერთეული საავადმყოფოები შეძლებენ აკრედიტაციის წარმატებით გავლას. საქართველოში ამ მიმართულებით გადადგმული ნაბიჯები და მცდელობები მეტყველებს იმაზე, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში უკვე გაჩნდა მოთხოვნა აკრედიტაციის ნებაყოფლობითი სისტემის დანერგვის თაობაზე. სახელმწიფოს მიერ ამ მიმართულებით გადადგმულია გარკვეული ნაბიჯები და დახარჯულია ფინანსური რესურსები. ეს პროცესი ასეც უნდა მომხდარიყო, რადგან მოქალაქეებს სახელმწიფოს მხრიდან უნდა ჰქონდეთ გარანტია, რომ მათთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება იქნება უსაფრთხო. ამისთვის ჯანდაცვის სისტემას უნდა შეეძლოს სამედიცინო შეცდომების

პრევენცია შესაბამისი კანონმდებლობის შემუშავების, კლინიკური გაიდლაინებისა და მოქნილი ნებაყოფლობითი აკრედიტაციის პროგრამების ჩამოყალიბების ხელშეწყობის გზით (შვარცი ტ., USAID 2010).

საქართველოში არსებული სიტუაციის შესწავლის, შეფასებისა და ანალიზისათვის გამოყენებულ იქნა ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს დაფინანსების ფარგლებში ამერიკელი ექსპერტების მიერ ჩატარებული კვლევა („ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროგრამა“ (HSSP), საქართველო - ანგარიში საქართველოში ვიზიტის შესახებ და ტ. შვარცი, ABT Associates, USAID (2010) - ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროგრამა (HSSP), ანგარიში საქართველოში ვიზიტის შესახებ) და ასევე, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში, რომელიც მომზადდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპული ოფისისა და მსოფლიო ბანკის ტექნიკური და ფინანსური მხარდაჭერით (2009).

საქართველომ აიღო ვალდებულება განახორციელოს სისტემის ეფექტიანი ხელმძღვანელობა და მართვა, რაც დაადასტურა 2008 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ტალინის ქარტიაზე ხელმოწერით: „ჯანდაცვის სისტემები, ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა“. 2007-2009 წლებში განხორციელდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისის რამდენიმე მისია შეფასების პროცესის ტექნიკური მხარდაჭერისთვის. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების კონცეპტუალური მოდელი შემუშავდა ჯანმოს მიერ ჯანდაცვის სისტემების ეფექტიანობის შეფასებისათვის 2000 წელს მოწოდებულ ჩარჩოზე დაყრდნობით, რომელშიც სამუშაო ჯგუფის მიერ ასახული იქნა ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის მიზნები და პრიორიტეტები. ამ პროცესის შედეგი იყო ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგიული „რუკა“, რომელიც განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის 9 კომპონენტს და ასახავს ურთიერთკავშირებს ამ კომპონენტებს, ჯანდაცვის სისტემის საბოლოო მიზნებსა და საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნულ პრიორიტეტებს შორის. აღნიშნული 9 კომპონენტი და ამ



კომპონენტების სუბ-კომპონენტები გახდა ეფექტურობის ინდიკატორების შერჩევის საფუძველი (ნახაზი 2.).

ნახაზი 2. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ჩარჩო, 2009

წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, 2009

ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება იმ კომპონენტებში, რომლებიც ხელს უწყობენ ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ახდენს იმ ძლიერი მხარეების ინდიტიფიცირებას, რომელნიც შესაძლებელია გამოყენებული იყოს და იმ სისუსტეების დიაგნოსტიკას, რომელნიც უნდა აღმოიფხვრას, რათა მოხდეს სიტუაციის გაუმჯობესება. ჯანდაცვის მომსახურებას, რომელიც არის უსაფრთხო, მაღალი ხარისხისა და გულისხმიერი პაციენტთა საჭიროებების მიმართ, მივყავართ უკეთეს კლინიკურ შედეგებამდე და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებამდე. ეს ცხრა კომპონენტი შემდეგნაირად გამოიყურება: ჯანდაცვის სისტემაზე კონტროლის

გაუმჯობესება; ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის გაუმჯობესება; ჯანდაცვის სისტემის რესურსების ეფექტური განაწილების უზრუნველყოფა; ჯანდაცვითი მომსახურების ეფექტურობისა და ეფექტიანობის გაუმჯობესება; ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური, გეოგრაფიული და ინფორმაციული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება; ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების, დაავადებათა პროფილაქტიკის, მონიტორინგისა და გამოვლენის გაუმჯობესება; სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და კლინიკური შედეგების გაუმჯობესება; ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში თანასწორობის და ფინანსური დაცვის გაუმჯობესება; მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება.

ამ განზომილებათა დიდი ნაწილი ასახავს ერთ ან რამდენიმე შუალედურ მიზანს ან ჯანდაცვის ეროვნულ პრიორიტეტს, რომელთაგანაც ჩვენ ყურადღებას გავამხვილებთ მხოლოდ იმ პრიორიტეტზე, რომელიც ეხება უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, კერძოდ ჰოსპიტალური დახმარების ეფექტურობისა და ეფექტიანობის გაუმჯობესებას (ცხრილი 3).

ცხრილი 3. ჯანდაცვის ეროვნული პრიორიტეტები, ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის შეფასების კომპონენტები და ჯანდაცვის სისტემის ცენტრალური მიზნები და ამოცანები

ჯანდაცვის ეროვნული პრიორიტეტები	ფუნქციონირების შეფასების კომპონენტები ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგიული რუკის მიხედვით	მიზნები და ცენტრალური ფუნქციები
საბაზისო სამედიცინო მომსახურების საყოველთაო ფინანსური ხელმისაწვდომობისა და ჯანმრთელობის რისკებთან ასოცირებული კატასტროფული ხარჯებისაგან მოსახლეობის დაცვის უზრუნველყოფა.	სამართლიანობისა და მოსახლეობის ფინანსური დაცვის გაუმჯობესება	სამართლიანი დაფინანსება
სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა აუცილებელი მარეგულირებელი გარემოს შექმნისა და აღსრულების მეშვეობით	ჯანდაცვითი მომსახურების ხარისხისა და კლინიკური შედეგების გაუმჯობესება	ჯანდაცვითი მომსახურების გაწევა
	ჯანდაცვის სისტემის ხელმძღვანელობის გაუმჯობესება	ხელმძღვანელობა
ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა სამედიცინო ინფრასტრუქტურისა და კომპეტენტური საკადრო რესურსების უწყვეტი განვითარების მეშვეობით	ჯანდაცვის სისტემის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება	ჯანდაცვითი მომსახურების გაწევა
	ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება	ჯანდაცვის დაფინანსება
	ჯანდაცვის სისტემის რესურსების პროდუქტიული გამოყენების უზრუნველყოფა	რესურსების გენერირება
ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის გაზრდა სმჯსდ სამინისტროსა და მისი საქვეუწყებო ორგანიზაციების სიმძლავრეთა მშენებლობისა და მენეჯმენტის უკეთესი პრინციპების შემოღების გზით.	ჯანდაცვის სისტემის რესურსების პროდუქტიული გამოყენების უზრუნველყოფა	რესურსების გენერირება
	ჯანდაცვითი მომსახურების ეფექტურობისა და ეფექტიანობის გაუმჯობესება	ჯანდაცვითი მომსახურების გაწევა
	ჯანდაცვის სისტემის ხელმძღვანელობის გაუმჯობესება	ხელმძღვანელობა

წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემების ეფექტურობის შეფასება, 2009

ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის შეფასების ეს ქვე-კომპონენტი მოწოდებულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ეფექტიანობის შეფასებისა და ეფექტურობის გაანალიზებისათვის, ძირითადი აქცენტით სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებაზე, რომელიც ქვეყნის ჯანდაცვის რეფორმის დღის წესრიგში ერთ-ერთ უმთავრეს პრიორიტეტად რჩება. ამ ქვე-კომპონენტის გაანალიზებისათვის შერჩეული ინდიკატორებია საწოლის დატვირთვის მაჩვენებელი და საწოლზე დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა. პირველი მათგანის ზრდას და მეორეს შემცირებას (გარკვეულ დონემდე) საკუთარი წვლილი შეაქვს სტაციონარული დახმარების ეფექტურობისა და ეფექტიანობის გაუმჯობესებაში, რასაც საბოლოო ჯამში მიყვევართ ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხზე მსჯელობისაკენ. ხოლო თავად სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ფართო გაგებით, შესაძლოა განისაზღვროს, როგორც საჭირო დროსა და შესაბამის პირობებში სათანადო სამედიცინო დახმარების მიღების შესაძლებლობა.

ჯანდაცვის სისტემათა შორის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მომსახურების მიწოდებაში არსებული განსხვავებების აღმოფხვრას ყოველწლიურად ასობით ათასი სიცოცხლის შენარჩუნება შეუძლია. პროდუქტიულობის დანაკარგებსა და ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან დაკავშირებული მილიარდობით დოლარის ხარჯების თავიდან აცილება შესაძლებელია სამედიცინო მომსახურებასა და ადმინისტრირებაში მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საუკეთესო პრაქტიკის უფრო თანმიმდევრული გატარების მეშვეობით. ბევრი პაციენტი ღებულობს საჭიროზე მეტ მომსახურებას, ბევრიც იმაზე ნაკლებს, ვიდრე ესაჭიროება; ხშირია შეუსაბამო სამედიცინო დახმარების მიღების შემთხვევებიც. ამასთანავე, არც თუ მცირეა შეცდომათა რაოდენობა, რომლებიც საზიანოა ადამიანთა ჯანმრთელობისათვის და რომელთა თავიდან აცილებაც შესაძლებელია. ყოველწლიურად მილიონობით ადამიანი ზარალდება ათობით ათასობით კი იღუპება სამედიცინო შეცდომების გამო. უფრო მეტიც, ხელმძღვანელი სტრუქტურების ან სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მხრიდან ყოველთვის არ ხდება ამ პრობლემათა გააზრება ან მათზე ადეკვატური რეაგირება. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების საკვანძო გამოწვევები მოიცავს:

1. კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების დანერგვას;
2. პაციენტთა უსაფრთხოების გაუმჯობესებას;
3. კლინიკური ეფექტიანობის გაუმჯობესებას;
4. პაციენტების მოთხოვნების მიმართ სისტემის რეაგირების გაუმჯობესებას, მ.შ. პაციენტთა კმაყოფილების და მომსახურების გამოცდილების მონიტორინგს, ინფექციების პრევენციასა და კონტროლს, ხარისხის მართვასა და გაუმჯობესებას და ა.შ. ანუ ყველა იმ კომპონენტს, რომლის გაუმჯობესების და მართვისთვისაც არის შექმნილი სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემა.

აკრედიტაციის ფილოსოფია გულისხმობს:

- a) პაციენტზე ორიენტირება (ფოკუსირება);
- b) პირველადი ზემოქმედება სისტემაზე (მომსახურების ფუნქციებზე);
- c) სტანდარტები ოპტიმალური, თუმცა კი აუცილებლად მიღწევადი;
- d) შეფასების პროცესი მწმუნელობას ანიჭებს სიახლეებს;
- e) მთლიანი პროცესის შედეგი;
- f) ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესებისა და პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მუდმივი კულტურა;
- g) გამჭვირვალობაზე დამყარებული პროცესის სანდოობა.

1.4. შპს. „აკად გ. ჩავიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის მიერ ხარისხის გერმანული სერტიფიკატის მოპოვების პრაქტიკული გამოცდილება

2011-2012 წლებიდან საქართველოში მოქმედებს საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა სხვადასხვა კატეგორიის 3.000.000-მდე

მოქალაქისთვის. 65 წლამდე მოქალაქეები ფინანსდებიან 70%-ით, 65წელს ზემოთ მოქალაქეები 90%-ით, სოციალურად დაუცველები 100%-ით. ასევე ქვეყანაში მოქმედებს კერძო დაზღვევა, რომელსაც უკავია ბაზრის 15%.

საქართველოში ჯანდაცვა ხელმისაწვდომია ყველასათვის და ამრიგად არსებული სიტუაცია სრულად შეესაბამება „ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის“ (WHO) გლობალური ჯანდაცვის პრიორიტეტს.

„აკად. გ. ჩავიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი“ აქტიურად თანამშრომლობს მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის- გერმანიის, ამერიკის შეერთებული შტატების, ავსტრიის, რუსეთის, თურქეთის წამყვან კლინიკებთან და კვლევით ცენტრებთან.

მათ შორის განსაკუთრებით აღსანიშნავია გერმანიაში - „Herz-Zentrum Bad Krozingen“ (www.herzzentrum.de), ზად კროცინგენის გულის ცენტრთან მრავალწლიანი თანამშრომლობა, რომელსაც საფუძველი ჩაეყარა 1994 წელს და რომლის შედეგად 2011 წ. დაარსდა პირველი ქართული- გერმანული გულის ცენტრი - ერთ-ერთი წარმატებით განხორციელებული საერთაშორისო ერთობლივი სამედიცინო პროექტი.

პარტნიორობის პირველი ეტაპი:

1994 წ- ჯანდაცვის მინისტრის ბატონ ავთანდილ ჯორბენაძის ინიციატივა „ზად კროცინგენის გულის ცენტრში“. დაიდო შეთანხმება საქართველოში ინტერვენციული კარდიოლოგიისა და კარდიოქირურგიის სერვისების განვითარების შესახებ.

1998 წ.- „ზად კროცინგენის გულის ცენტრის“ გულის კათეტერიზაციის ლაბორატორიაში ქართველი ექიმების ტრენინგები.

1999 წ. - ინტერვენციული კარდიოლოგიის განყოფილების პროფესორის ბატონ ბიუტნერის ინიციატივა საქართველოში და ჩავიძის ცენტრის ადგილობრივ ექიმებთან პირველი 12 პერკუტანული კორონარული ინტერვენცია (PCI).

1999-2000 წწ. - ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრის დახმარებით ხორციელდებოდა ტელეკარდიოლოგიის პირველი პროექტი, რომლის მეშვეობით

ჩაფიძის ცენტრის პაციენტთა სკანირებული კორონაროგრამები გადაეცემოდა ბად-კროცინგენის ცენტრს, სადაც ხდებოდა მათი ტელეკონსულტაცია და მკურნალობის მეთოდების (PCI ან CABG) შერჩევა, შუნტირების რთული შემთხვევების საჭიროებისას- პაციენტების გაგზავნა გერმანიაში.

2000 წ. – „საქართველოში თანამედროვე კარდიოლოგიის განვითარების ხელშემწყობი“ გერმანულ-ქართული ასოციაციის დაფუძნება ბად კროცინგენში (გერმანია).

2000 წ. მარტი - დაიწყო მოსამზადებელი სამუშაოები გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის კარდიოქირურგიული სამსახურის შესაქმნელად. აპარატურით აღჭურვასა და კადრების მომზადებაში აღსანიშნავია გერმანიის და იაპონიის მთავრობების დახმარება.

2000-2009 წწ. - ქართველი ექიმების, ექთნების და სამედიცინო ტექნიკური ჯგუფის (40-ზე მეტი პერსონალი) ტრენინგები ბად კროცინგენის გულის ცენტრში.

2001-20004 წწ. - ბად კროცინგენის ექიმების მრავალჯერადი (დაახლოებით 10) ვიზიტი ჩაფიძის ცენტრში. 500-ზე მეტი ერთობლივი კარდიოვასკულური ოპერაცია.

2000, 2006, 2007 წ.წ. - ერთობლივი გერმანულ-ქართული სამეცნიერო სიმპოზიუმების ჩატარება თბილისში.

2004 - ბად კროცინგენის გულის ცენტრის გულსისხლძარღვთა ერთ-ერთი წამყვანი ქირურგის, დოქტორ პიტერ ტოლენარის გადმოსვლა სამუშაოდ აკად. გ. ჩაფიძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრში.

პარტნიორობის მეორე ეტაპი:

2011 წ. „ქართულ-გერმანული ჰოსპიტლის - ჩაფიძის გულის ცენტრის“ დაარსება.

პარტნიორობის მიზნები:

- a) ქართულ-გერმანულ გულის ცენტრში ინტერვენციულ კარდიოლოგიასა და გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიაში უახლესი მეთოდების დანერგვა;
- b) ელექტრონული ჯანმრთელობის და ტელემედიცინის თანამედროვე მეთოდების პრაქტიკაში დანერგვა;

- c) ახალი სერვისების დანერგვა-განვითარება: ელექტროფიზიოლოგია, არითმოლოგია, ინტერვენციული ანგიოლოგია;
- d) სამედიცინო მომსახურების ევროპული სტანდარტების დანერგვა;
- e) სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფა;
- f) ფრაიბურგის უნივერსიტეტისა და ბად-კროცინგენის გულის ცენტრის ბაზაზე ქართველი ექიმების დახელოვნება.

2013 წელს ცენტრი მთლიანად გარემონტდა და აღიჭურვა თანამედროვე სტანდარტებით;

2015 წელს პარტნიორების ხელშეწყობით კლინიკაში გაიხსნა ახალი 30 საწოლიანი სტაციონარული განყოფილება - ქირურგიის სტაციონარი.

ჰოსპიტალში დანერგილია ყველა სახის კარდიოლოგიური და ანგიოლოგიური დაავადებების მკურნალობის თანამედროვე, მაღალტექნოლოგიური მეთოდები (კარდიოლოგია, ინტერვენციული კარდიოლოგია და ანგიოლოგია, ანგიოქირურგია, კარდიოქირურგია, ელექტროფიზიოლოგია/აბლაცია, სრულყოფილი ლაბორატორიული და დიაგნოსტიკური კვლევები). არსებული სამედიცინო აღჭურვილობა შეესაბამება თანამედროვე მსოფლიო სტანდარტებს.

ცენტრის შენობა-ნაგებობის ფართობი 9500 მ², მიწის ფართობი 10500 მ². წელიწადში 25000 პაციენტს, მათ შორის 17000 ამბულატორიული და 8000 სტაციონარული პაციენტი, მიეწოდება სამედიცინო მომსახურება. კეთდება 700-მდე მაღალტექნოლოგიური ღია ოპერაცია გულზე და 2500 ინტერვენციული პროცედურა (ანგიოგრაფია, კორონაროგრაფია, კორონარების ანგიოპლასტიკა და პერიფერიულ სისხლძარღვებზე ენდოვასკულარული ჩარევები). 150 პაციენტს უტარდება რითმოლოგიური პროცედურები.

ჰოსპიტალი დაკომპლექტებულია მაღალკვალიფიციური, დასავლეთ ევროპისა და აშშ-ს ჰოსპიტლებში და უნივერსიტეტებში განათლება მიღებული და დატრენინგებული სტაფით. მუშაობს 400-ზე მეტი თანამშრომელი.

საქართველოში მხოლოდ აკად. გ. ჩაფიძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრში არის 2 კატლაბი და ორი კარდიოქირურგიული ბრიგადა, რაც საშუალებას

იმლევა პაციენტების მიღებასა და ეფექტურ მკურნალობას 24/7 საათის განმავლობაში.

ჰოსპიტალი არის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის კარდიოლოგიური დეპარტამენტის ბაზა, სამედიცინო უნივერსიტეტის კარდიოქირურგიის პოსტდიპლომური განათლების (რეზიდენტურის) ბაზა და ასევე გააჩნია აკრედიტაცია კარდიოლოგიის და ინტერვენციული კარდიოლოგიის პოსტდიპლომური სწავლების (რეზიდენტურა). ცენტრში ფუნქციონირებს უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა თანამშრომლებისთვის და ასევე სხვადასხვა საექტონო განათლების კურსები.

გადაუდებელი კარდიოლოგიური სერვისების განვითარებასთან ერთად ბოლო პერიოდში გაიზარდა გულის უკმარისობით დაავადებული პაციენტების რიცხვი, რომელიც სპეციფიკურ სამედიცინო დახმარებას და მართვას საჭიროებს, ამიტომ 2017 წელს ჩაფიძის ცენტრსა და კომპანია ნოვარტის(Novartis) შორის გაფორმდა მემორანდუმი, რომლის ძირითადი მიზანია გულის უკმარისობის ერთობლივი სკოლის ჩამოყალიბება ცენტრის ბაზაზე და ქართველი და უცხოელი კარდიოლოგების გადამზადება ამ მიმართულებით. ასევე ცენტრი არის ნოვარტისის და ფაიზერის (Pfizer) რეგიონული “ცენტერ ოფ ექსელენსე”(Center of Excellence).

ყოველივე ზემოთთქმულიდან გამომდინარე ცენტრში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა მკურნალობის ხარისხის და არსებული სამედიცინო სტანდარტების მაქსიმალურ დაცვას, რისთვისაც ცენტრში მუშაობს ხარისხის მართვის დეპარტამენტი.

დეპარტამენტი თავის საქმიანობაში ხელმძღვანელობს საქართველოს კონსტიტუციით, საერთაშორისო ხელშეკრულებებით, კანონებით ჯანდაცვის და სამედიცინო მომსახურების სფეროში, აკად. გ. ჩაფიძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის წესდებით, საკუთარი დებულებით, ტოპ-მენეჯერების ბრძანებებით და სხვა საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებით.

დეპარტამენტის ყოველდღიურ საქმიანობას კოორდინაციას უწევს აღმასრულებელი დირექტორი, რომელიც ახორციელებს დეპარტამენტის მიმართ სამსახურეობრივ ზედამხედველობას.

დეპარტამენტის ძირითადი ამოცანებია:

- ა) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სფეროში საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული ნორმების და ნორმატივების დანერგვა.
- ბ) გაწეული სერვისების შესაბამისობის დადგენა საერთაშორისო გაიდლაინებთან და პროტოკოლებთან.
- ბ) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების შესაძლებლობების ანალიზი და სათანადო მექანიზმების შემუშავება.

ცენტრის მენეჯმენტის გადაწყვეტილებით 2015 წელს შესწავლილი იქნა სხვადასხვა, სამედიცინო ხარისხის შემფასებელი კომპანია მთელი მსოფლიოს მასშტაბით. გერმანელი პარტნიორების რეკომენდაციით და გამომდინარე იქიდან, რომ გერმანული ჰოსპიტლების მართვის და ხარისხის სტანდარტის სისტემა ცენტრის ხელმძღვანელობას მიაჩნია ყველაზე მისაღებად საქართველოს რეალობაში, გადაწყდა „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) კომპანიასთან თანამშრომლობა.

2016 წლიდან დაიწყო აქტიური თანამშრომლობა „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) კომპანიასთან და მის ექსპერტებთან.

პირველი ვიზიტი განხორციელდა 2016 წლის 31 მარტს. ვიზიტის ფარგლებში დაწესებულებას წარედგინა აკრედიტაციის პროცესის მიმდინარეობის შესახებ ინფორმაცია. აკრედიტაციის პროცესი მოიცავდა რამოდენიმე ეტაპს.

1. საავადმყოფოს მიერ თვითშეფასების ანგარიშის დაწერა:

ჰოსპიტალის თვითშეფასების შიდა ორგანიზაცია უმეტეს წილად დამოკიდებულია დაწესებულების ცალკეულ გარემოებებზე. შესაძლებელია გამოყენებული იქნას უკვე არსებული გამოცდილება, მაგ: დაწესებულების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით შესაძლებელია განხილული იყოს პროექტზე ორიენტირებული სტრუქტურა ან ხარისხის მართვის სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებული საკითხები. უნდა აღინიშნოს, რომ ჰოსპიტალის მენეჯმენტს, რომელიც მართავს თვითშეფასებასთან დაკავშირებული პროცედურების მზადების პროცესსა და თვითშეფასების სისტემის დანერგვას მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს თვითშეფასების წარმატებულად

წარმართვაში. შიდა ორგანიზაციული თვითშეფასება კომპანიის მოთხოვნების მიხედვით უნდა მოიცავდეს ქვემოთ ჩამოთვლილ საფეხურებს:

1. აკრედიტაციის პროცედურების კოორდინირებაზე პასუხისმგებელი პირების დანიშვნა, რომლებსაც გააჩნიათ კვალიფიკაცია ხარისხის მენეჯმენტში და გადაწყვეტილების მიღების კომპეტენცია შიდა ორგანიზაციული თვითშეფასების დროს;
2. საავადმყოფოს მენეჯმენტის მიერ პროექტის დაგეგმვა და პასუხისმგებელი კოორდინატორის დანიშვნა, რომელიც უზრუნველყოფს თანამშრომელთა ინტეგრაციას და ინფორმირებულობას პროექტის დაგეგმვის პერიოდში;
3. ორგანიზაციული სტრუქტურის განხილვის საფუძველზე ფინანსური და ადამიანური რესურსების შეფასება. გადაწყვეტილების მიღება იმის შესახებ, თუ რა სახის გარე სემინარებია საჭირო აკრედიტაციის პროცესში მონაწილე სამუშაო ჯგუფისათვის (მაგ: საბაზისო ცოდნა ხარისხის მართვაში, „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს ტრენინგი ჰოსპიტალში დასაქმებულთათვის) ან დიპლომის შემდგომი განათლება სამუშაო ჯგუფის ხელმძღვანელებისათვის;
4. ჰოსპიტალში ყველა მიმართულებაში, დისციპლინაში დასაქმებულთათვის, პროფესიონალთათვის ყველა იერარქიულ დონეზე ინფორმატიული შეხვედრის წარმოება, „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ)-ს აკრედიტაციის თვითშეფასების საკითხებთან დაკავშირებით; მონაწილეობა სავალდებულოა. იმ თანამშრომლების შესახებ, რომლებიც მონაწილეობას არ ლებულობენ სერტიფიცირების პროცესში წერილობითი ინფორმაციის მომზადება;
5. ხელმძღვანელი საკოორდინაციო ჯგუფის ჩამოყალიბება და შექმნა;
6. თვითშეფასებაში ჩართული მიმართულებების განსაზღვრა;
7. თანამშრომელთა ინფორმირება სპეციფიკური პროექტების დაგეგმვაზე, აკრედიტაციის კრიტერიუმების შესახებ დაწესებულების ინფორმირება „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) კომპანიის სახელმძღვანელო კატალოგის გავრცელების გზით;

8. დაწესებულებაში პროფესიონალთა ჯგუფის და იერარქიული დონეების გამოყენებით სამუშაო ჯგუფის ჩამოყალიბება;
9. ინდივიდუალური სამუშაო ჯგუფისთვის შიდა პროექტის გეგმის შექმნა; ჯგუფის ხელმძღვანელებისთვის კომპეტენციების განსაზღვრა.

ზემოთ ჩამოთვლილი ქმედებების საკონტროლო სია დამხმარე საშუალებაა, სისრულეში მოყავს და მორგებულია საავადმყოფოს ინდივიდუალური ორგანიზაციის სტრუქტურაზე.

თვითშეფასების წარმოდგენა მოიცავს:

1. ჩართული სფეროების ინტეგრაცია;
2. სამუშაო ჯგუფის მუშაობა „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) კომპანიის სახელმძღვანელო კატალოგზე; შიდა დისციპლინარულ, პროფესიონალთა და იერარქიულ დონეებზე. კრიტერიუმების განმსაზღვრელი შიდა პროცედურების აღწერილობა მოიცავს შემდეგ ინდივიდუალურ ნაბიჯებს: დაგეგმვა, შესრულება, შემოწმება და მოქმედება.
3. „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) კომპანიის შეფასების სისტემით მიღწევადობის განსაზღვრა (მაგ: საკოორდინაციო ჯგუფის მიერ კრიტერიუმის შეფასება);
4. სამუშაო ჯგუფის ხელმძღვანელობის მუდმივი კლასიფიცირება, თუ შესაძლებელია ჯგუფის კოორდინირებაში მონაწილეებით ან პროექტზე პასუხისმგებელი და მენეჯმენტში დასაქმებული თანამშრომლებით.

თვითშეფასების პრეზენტაციის წარდგენამდე ხდება შეგროვებული მონაცემებზე კონსულტაციის მიღწევა და საერთო მოსაზრების ჩამოყალიბება:

1. შეგროვებული მონაცემების თავმოყრა ყველა სამუშაო ჯგუფიდან (ინდივიდუალური კატეგორიებისა და კრიტერიუმებს შორის ინტერფეისები, ზოგადი პრეზენტაციისთვის: პროცესის აღწერილობის შესახებ შენიშვნები, რომელიც ხასიათდება განსაკუთრებული პოზიტიურობით);
2. „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) კომპანიის რეკომენდაცია ქულების შესახებ ზოგადი პრეზენტაციის

საფუძველზე დაყრდნობით, სამუშაო ჯგუფებისთვის ინდივიდუალური დავალებების მომზადება;

3. თვითშეფასების ანგარიში ეგზავნება „თანამშრომლობა ჯანდაცვის ტრანსპარენტობასა და ხარისხში“ (KTQ) კომპანიას, მათივე მოთხოვნების მიხედვით შემუშავებულ ფორმატში. გასათვალისწინებელია ის, რომ შეზღუდვას სიტყვების რაოდენობაზე, დასაშვებია 40 000 მახასიათებელი;
4. თვითშეფასების დასრულების დროს კომპანიის შეფასების შედეგად ხდება გადაწყვეტილების მიღება.

როგორც უკვე ავლინებთ ხელმძღვანელი საკოორდინაციო ჯგუფისა და სამუშაო ჯგუფების შექმნა ხდება დეპარტამენტის დონეზე, ხოლო მიზნობრივი სამუშაო ჯგუფები ფორმირდება პროფესიულ და იერარქიულ დონეზე. თვითშეფასების სამუშაო ჯგუფების მიერ რეკომენდაციების გაცემა არ ხდება მანამდე, სანამ დასაქმებულების მიერ არ მოხდება პროცესების აღწერა.

სამუშაო ჯგუფის ფორმირება განისაზღვრება ინდივიდუალურად დაწესებულებების მიერ. KTQ -ს რეკომენდაციის მიხედვით უნდა ჩამოყალიბდეს სუბ კატეგორიების შინაარსის შესაბამისი სამუშაო ჯგუფი, მაგ: პაციენტზე ორიენტირებული კატეგორიაზე მომუშავე ჯგუფი. პროფესიულ ჯგუფებში სამედიცინო და საექსტერნო სფეროში უნდა იყვნენ ჰიგიენისტები, თერაპევტები, დასუფთავების სამსახურისა და კვების სამსახურის წარმომადგენლები. ამ სახით ჯგუფის დაკომპლექტება იძლევა კრიტერიუმების სწორად შეფასების საშუალებას, პროფესიულ და იერარქიულ დონეზე. სამუშაო ჯგუფის ამოცანაა კრიტერიუმის მოთხოვნების შესაბამისად განმარტებულ მონაცემთა შეგროვება, რომელიც შემდეგ საკოორდინაციო ჯგუფს მიეწოდება შედეგებისთვის. გამოცდილებამ აჩვენა, რომ სამუშაო ჯგუფი არ უნდა აღემატებოდეს ათ წევრს. ძალიან მნიშვნელოვანია კვალიფიციური ხელმძღვანელის დანიშვნა ჯგუფში, რომელიც გააკონტროლებს კომუნიკაციას და კოორდინირებას გაუწევს სამუშაო ჯგუფს და შემდეგ გადამისამართება მოხდება ხელმძღვანელ საკოორდინაციო ჯგუფთან.

უნდა აღინიშნოს, რომ თუნდაც დიდი დეპარტამენტის შეფასების დროს ზოგადი პრეზენტაციის მომზადება მაინც მნიშვნელოვანია. ყოველივე მიმართულია

პროფესიონალებთან კომუნიკაციის წარმართვისკენ და ინფორმაციის ნაკლებობის პრევენციისკენ.

თვითშეფასების ანგარიში შესაძლებელია მოიცავდეს დეპარტამენტების მიხედვით სპეციფიკურ განსხვავებებს. ჰოსპიტალს ეძლევა საშუალება აღწეროს განსაკუთრებით-კარგად ჩამოყალიბებული პროცესები სხვადასხვა სამუშაო სფეროში. დაწესებულების პროცედურები უნდა იქნას აღწერილი და შეფასებული შიდა ხარისხის მენეჯმენტის მიხედვით. რათქმაუნდა შესაბამის კარიტერიუმში ხდება მესამე მხარის დაკვირვების შედეგად მიღებული ინტერფეისების აღწერა.

ზოგადად მნიშვნელოვანია, რომ ნებისმიერი პროფესია, რომელიც ჩართულია პროცესში - მიუხედავად იმისა შეიძლება აღნიშნული მიმართულება ნათლად და სანიმუშოდ არ იყოს წარმოდგენილი- უნდა იყოს განხილული თვითშეფასებაზე დაფუძნებული კრიტერიუმების გათვალისწინებით. მოთხოვნები ან/ და საკითხები, რომელიც ჩამოთვლილია კრიტერიუმებში უნდა იყოს აღწერილი მთლიანი დაწესებულების მასშტაბით.

თვითშეფასების დაგეგმვის, ორგანიზებისა და იმპლემენტაციისთვის მნიშვნელოვანია KTQ-ს კატალოგის გადახედვა. კრიტერიუმების შემცირება შეუძლებელია, რადგან თითოეული მათგანი უკავშირდება ხარისხის სპეციფიკური მაჩვენებლის შეფასებასთან დაკავშირებულ კომპლექსურ პროცესს.

თვითშეფასების ანგარიშისაკენ მიმართული ელემენტები კატალოგის კრიტერიუმებს წარმოადგენს. დაწესებულებები აღნიშნულ ელემენტებს იყენებენ პროცესის აღწერისთვის (განიხილება PDCA ციკლი), რომელიც უკავშირდება ინდივიდუალურ კრიტერიუმებს ან სიაში აღნიშნულ მოთხოვნებსა და ქვეთავებს.

თვითშეფასების ანგარიშის დაწერისას პასუხი უნდა გაეცეს ყველა შეკითხვას, სწორედ ამიტომ ყველა მოთხოვნა იწყება სიტყვით „გთხოვთ აღწეროთ“.... . ეს იმას ნიშნავს, რომ აკრედიტაციის პროცესი მოითხოვს აღწერილობას და კომენტარებს ყველა გამოყენებული და გამოუყენებელი კატეგორიებისას.

შევსებული უნდა იყოს გამოტოვებული კრიტერიუმის ან ქვეთავის აღწერილობა. თვითშეფასების ანგარიში წარმოადგენს კრიტერიუმებსა და კატეგორიებში წარმოდგენილი მოთხოვნების მიხედვით აღწერილ პროცესებს დაწესებულებაში. Plan, do, check, act- საფეხურების მიხედვით წარმოდგენილი ჩამონათვალი შესაძლებელია ვრცლად იყოს შევსებული, ან თუ შეუვსებადია გამოტოვებული, დაწესებულებებს ასევე შეუძლიათ დაწერონ ინდივიდუალური აღწერილობები კრიტერიუმების შევსებისას. Plan, do, check, act- საფეხურებში ახსნილია ფორმატი, როგორ უნდა იყოს შევსებული კატეგორია ანგარიშისთვის. თითოეულ კრიტერიუმს აქვს 4 „ტექსტბოქსი“- ტექსტური ჩარჩო. თვითშეფასების პროგრამული უზრუნველყოფა დამატებითი დამხმარე საშუალებაა, რომელიც მოიცავს თვითშეფასების ინდივიდუალური დოკუმენტის შექმნის ფუნქციას.

KTQ-ს შეფასების სისტემა ამოწმებს მოთხოვნების გამჭვირვალობას და რამდენად გასაგებია ის დაწესებულებისთვის. გამჭვირვალობა ფასდება მაქსიმალური ქულით, ზუსტი გაგება კრიტერიუმის/ სწორად აღქმა მოწმდება და ფასდება პროგრამულად KTQ- ს მიერ. KTQ- ს სურვილია პროცედურების დინამიკის შენარჩუნება და კატალოგის შინაარსის უწყვეტი გაუმჯობესება, შიდა ხარისხის მენეჯმენტის შემდგომი განვითარებისა და პრომოციისათვის.

- a) დაგეგმვის საფეხურის აღწერა მოითხოვს მიზნობრივ კონტროლს და პროცესების დაგეგმვას; უფრო მეტიც, თითოეული კრიტერიუმის დაგეგმვა უნდა მოიცავდეს გაწერილ პასუხისმგებლობებს;
- b) მოქმედების საფეხური გამომდინარეობს დაგეგმვის საფეხურიდან და მიმართულია შესაბამისად დანერგვისაკენ;
- c) შემოწმება გულისხმობს პროცესების გადახედვას და შეფასებას. აღნიშნული ელემენტი მოითხოვს განსაზღვრული ნორმატივების, ზომების და წესების დაცვას;
- d) ბოლო საფეხურზე (მოქმედება) ხდება წინა სამი საფეხურის ანალიზის შედეგად მიღებული გაუმჯობესების ღონისძიებების შემუშავება.

KTQ-ს ყველა კრიტერიუმი მოითხოვს PDCA- ციკლის სრულყოფილ აღწერას. დაწესებულებებმა უნდა შეავსონ თითოეული კრიტერიუმი, რომელიც PDCA-

ციკლია მოცემული. შემოწმებისა და მოქმედების ეტაპები ეხმარება დაწესებულებებს პროცესის ოპტიმიზაციაში და უწყვეტი გამუჯობის დონის მიხედვით შემუშავებაში. ქულების შედეგები განისაზღვრება თითოეული საფეხურის კრიტერიუმების დამატებით, მიღწევისა და შეღწევადობის დონეების შეფასებასთან კავშირში.

აკრედიტაციის კატალოგი შედგება 6 კატეგორიისაგან, რომელშიც შედის ქვეკატეგორიები და კრიტერიუმები. 2015 წლის კატალოგი მოიცავს:

6 კატეგორიას:

1. პაციენტებზე ორიენტაცია;
2. თანამშრომლებზე ორიენტაცია;
3. უსაფრთხოება და რისკის მართვა;
4. ინფორმაცია და კომუნიკაცია;
5. დაწესებულების მართვა;
6. ხარისხის მართვა.

19 ქვეკატეგორიას:

1. პაციენტის მოვლის/პაციენტზე ზრუნვის ზოგადი პირობები;
2. მწვავე გადაუდებელი დახმარება;
3. არჩევითი ამბულატორიული მომსახურეობა;
4. სტაციონარული მოვლა;
5. შემდგომი მოვლა/ სხვა პროფილის დაწესებულებაში გადაყვანა;
6. გარდაცვალება;
7. პერსონალის დაგეგმვა/განვითარება;
8. პაციენტებთან დაკავშირებული რისკი;
9. დაცვისა და უსაფრთხოების კონცეფციები;
10. ინფორმაციისა და კომუნიკაციის ტექნოლოგიები;
11. პაციენტის მონაცემები;
12. ინფორმაციის მართვა;
13. დაწესებულების ფილოსოფია და კულტურა;

14. სტრატეგიებისა და მიზნების დაგეგმვა;
15. დაწესებულების განვითარება;
16. ხარისხის მართვის სტრუქტურა და მიმდინარეობა;
17. გამოკითხვა;
18. მოსაზრების მართვა;
19. ხარისხთან დაკავშირებული მონაცემები.

55 კრიტერიუმს:

1. ხელმისაწვდომობა და ჩაწერა-მიღების დაგეგმვა;
2. გაიდლაინები და სტანდარტები;
3. ინფორმაცია და პაციენტების განაწილება;
4. კვება და სერვისი;
5. პირველადი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
6. არჩევითი ამბულატორიული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
7. ამბულატორიული ოპერაციები;
8. სტაციონარული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
9. თერაპიული პროცესები;
10. ოპერაციული პროცესები;
11. ვიზიტები;
12. გაწერა;
13. გარდაცვალება;
14. გარდაცვლილ პაციენტებთან მუშაობა;
15. პერსონალის დაკომპლექტება;
16. პერსონალის განვითარება;
17. სოციალიზაცია;
18. განათლება, პრე და პოსტდიპლომური განათლება;
19. სამუშაო საათები;
20. იდეების მართვა;
21. კლინიკური რისკების მართვის მეთოდები;
22. საკუთარი/თვით და სხვა/გარედან არსებული ჯანმრთელობის საფრთხეები;

23. სამედიცინო გადაუდებელი შემთხვევების მართვა;
24. ჰიგიენა;
25. ჰიგიენისა და გარემოსდაცვითი ინფორმაცია, ინფექციის მართვა;
26. ნარკოტიკები;
27. ლაბორატორია და ტრანსფუზიოლოგია;
28. სამედიცინო პროდუქტები;
29. პროფესიული უსაფრთხოება;
30. ხანძარსაწინააღმდეგო დაცვა;
31. მონაცემთა უსაფრთხოება;
32. გარემოს დაცვა;
33. უსაფრთხოება კატასტროფების დროს;
34. სისტემებიდან გამორთვა, ტექნიკური უსაფრთხოება;
35. ქსელის სტრუქტურა და მონაცემთა სისტემები;
36. კლინიკური დოკუმენტაცია;
37. ხელმისაწვდომობა და დაარქივება (1);
38. ხელმისაწვდომობა და დაარქივება (2);
39. ინფორმაციის გადაცემა, სატელეფონო კომუნიკაცია (ინფორმაციის მიღება, გაცემა);
40. ფილოსოფია, ხედვა;
41. მართვის კომპეტენცია, ნდობასთან დაკავშირებული ღონისძიებები;
42. ეთიკური, კულტურული და რელიგიური პასუხისმგებლობა;
43. მარკეტინგი, კომუნიკაცია, კრიზისების მართვა;
44. განვითარება, მედიაცია, შუამავლობა და სტრატეგიებისა და მიზნების გაგმების განხორციელება;
45. ეკონომიკური საქმიანობა, კომერციული რისკის მართვა;
46. სოციალური პასუხისმგებლობა, პარტნიორობა და ურთიერთთანამშრომლობა (1);
47. სოციალური პასუხისმგებლობა, პარტნიორობა და ურთიერთთანამშრომლობა (2);
48. ინოვაცია და ცოდნის მართვა;

49. ორგანიზაცია, ხარისხის მართვის ამოცანა;
50. ქსელური კავშირი, პროცესის დიზაინი და ოპტიმიზაცია;
51. პაციენტების გამოკითხვა (1);
52. პაციენტების გამოკითხვა (2);
53. თანამშრომლების გამოკითხვა;
54. საჩივრების მართვა: თანამშრომლების, პაციენტების და პარტნიორების;
55. ხარისხთან დაკავშირებული მონაცემები შიდა/გარე პროცესები.

PDCA საფეხურების სათითაო შეფასება განისაზღვრება მიღწევადობისა და შეღწევადობის დონეებით. შესრულების (do) საფეხურს (0-9 ქულა) აქვს უფრო მაღალი შეფასება, ვიდრე დაგეგმვის საფეხურს(plan), შემოწმებისა (Check) და მოქმედების (act) (0-3 ქულა) საფეხურები ფასდება შესრულების პრაქტიკაში დანერგვის შემდგომ. ქულების მინიჭება ხორციელდება მოთხოვნების შესაბამისად შეღწევადობისა და მიღწევადობის დონეების შეფასების საფუძველზე.

მიღწევადობის დონე ფასდება კრიტერიუმების შესრულების ხარისხის მიხედვით. შეღწევადობის დონე აღწერს დაწესებულების ცალკეული დეპარტამენტების მიხედვით დანერგვის ხარისხს, ე.ი. ფასდება თუ რამდენადაა გამოყენებული კრიტერიუმი დაწესებულების ყველა სფეროში. „სფეროში“ იგულისხმება დაწესებულების ინტერდისციპლინარული სფერო, ასევე ინტერ-პროფესიონალური სფერო. ინდივიდუალური და პროფესიულ სფეროებში დანერგილი უნდა იყოს კრიტერიუმებისა და ქვეთავების შესაბამისი მოთხოვნები.

მიღწევისა და შეღწევადობის დონეები ფასდება ცალცალკე. შეღწევადობის დონე ფასდება მხოლოდ მიღწევადობის დონის შეფასების შემდგომ. როგორც წესი შეღწევადობის დონე დაბალია მიღწევადობის დონესთან შედარებით. თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია, რომ შეღწევადობის დონის ქულა უმნიშვნელოდ მაღალი იყოს მიღწევადობის დონის ქულაზე.

KTQ- ს მოლოდინია დაწესებულებაში ყველა კატეგორიის რელევანტური შეფასება, მაშინაც კი როდესაც დაწესებულება არ ასრულებს რომელიმე კრიტერიუმს.

ქულებით შეფასების მაგალითი:

ქულა 3 (საფეხურებისთვის დაგეგმვა, შემოწმება და მოქმედება) ან 9 (საფეხურისთვის შესრულება) მიენიჭება მიღწევადობის დონეს იმ შემთხვევაში თუ PDCA- ციკლში მოთხოვნილი ყველა კრიტერიუმი ხარისხის ასპექტების მოთხოვნების შესაბამისად იქნება შევსებული. დაბალი ქულის მინიჭება ხდება მაშინ თუ კრიტერიუმებზე პასუხი ნაწილობრივ იქნება შევსებული. (მაგ: მოთხოვნების ელემენტარული დონე). შეღწევადობის დონის შესაფასებლად, ქულა 3 ან 9-ის მისანიჭებლად აუცილებელი მოთხოვნაა შესაბამისი სფეროს მოთხოვნილი კრიტერიუმებით დაკმაყოფილება. ორივე შემთხვევაში -მიღწევადობისა და შეღწევადობის დონე ჯამდება და ხდება გამოყვანილი საშუალო მაჩვენებლით დაგეგმვის, შესრულების, შემოწმებისა და მოქმედების საფეხურების შეფასება.

ხარისხის მოთხოვნების შესაბამისად შესრულებული PDCA - ციკლის საფეხურები ფასდება ორივე დონეზე უმაღლესი ქულით.

KTQ კატალოგი საშუალებას აძლევს ყველა დაწესებულებას პასუხი გასცეს ყველა კრიტერიუმს.

იმ შემთხვევაში თუ კრიტერიუმის შევსება ვერ ხერხდება, იმ მიზეზით, რომ დაწესებულება არ ასრულებს/ არ აქვს აღნიშნული სერვისი ქულა წინასწარ დადგენილია. ქულის მინიჭება ხდება შემდეგნაირად: მაგ : თუ დაწესებულებას არ აქვს ქირურგიული მომსახურება, ამ შემთხვევაში მიღწევადობის კრიტერიუმის ქულა 1.4.3 (27 ქულა) აკლდება კატეგორია 1 -ის მიღწევადობის მაქსიმალურ ქულას (369). შედეგად 369-24=342 ქულა.

პროცედურა უზრუნველყოფს, რომ დაწესებულებაში მკურნალობა იგივე გზით ხდება, მაშ შემდეგ, რაც წინასწარ დაწესებული მთლიანი ქულიდან კატეგორიაში 55% მიღწეულია სერტიფიკატის მისაღებად.

თვითშეფასების ანგარიშის მოცულობა ლიმიტირებულია, მაქსიმუმ 400,000 მახასიათებელი (არ ითვლება თავისუფალი გვერდი) 63 კრიტერიუმის ასაღწერად. 400,000 მახასიათებელი შესაძლებელია გადანაწილდეს ცალკეულ კრიტერიუმებს შორის. კრიტერიუმებისთვის არ არსებობს მაღალი ან დაბალი ლიმიტი. თითოეული კრიტერიუმის მოთხოვნების ასაღწერად შესაძლებელია გამოყენებული იქნას 6,300

მახასიათებელი საშუალოდ. KTQ -ს პროგრამული უზრუნველყოფა ზღუდავს სათაურის განმარტების მახასიათებელსაც.

თვითშეფასების პრეზენტაციის იმპლემენტაცია ხდება საკოორდინაციო ჯგუფში. კონსესუსი მოიცავს მიმდინარე შედეგების შეჯამებას და პროცესების აღწერას, თვითშეფასების ანგარიშის საბოლოო ვერსიის შემუშავების მიზნით. ეს იმას ნიშნავს, რომ სამუშაო ჯგუფის შედეგები დგინდება კრიტერიუმების დონეზე KTQ -ს კრიტერიუმების შესრულების აღწერილობის მიხედვით.

თვითშეფასების აღწერილობითი ნაწილის ქულებით შეფასებას ახორციელებს საკოორდინაციო ჯგუფი. პროცენტული ნაწილი კატეგორიების მიხედვით იძლევა სურათს, თუ რამდენად მზადაა ჰოსპიტალი სერტიფიცირებისთვის. ასევე მიღწეული ქულა კატეგორიაში იძლევა გაუმჯობესების პოტენციალის საწყის ეტაპზე შეფასების საშუალებას ამავე კრიტერიუმში.

დაწესებულება, რომელიც ასრულებს 55 კრიტერიუმს აქვს შანსი მიაღწიოს მაქსიმალურ ქულას. სერტიფიცირებისთვის შეფასება ვარგისიანია თუ დაწესებულება თითოეულ კატეგორიაში გადალახავს 55%. თუმცა სერტიფიცირება არ არის დაკავშირებული მხოლოდ ქულების მიღწევასთან.

წარმატებული თვითშეფასების შემდეგ დაწესებულება გადის გარე KTQ -ს შეფასებას. თუ გენერალური მენეჯმენტი გადაწყვეტს, დაწესებულების გარე შეფასებას „KTQ -ს მიხედვით გაფორმებული კონტრაქტი სერტიფიცირებაზე“ გავრცელდება და სერტიფიცირების სააგენტო შემოდის შემოწმებაზე. შემდეგ თვითშეფასება ეგზავნება დაწესებულების მიერ არჩეულ სერტიფიცირების სააგენტოს. სააგენტოსთვის გადაგზავნილი მასალა მოიცავს KTQ -ს თვითშეფასების, KTQ -ს ხარისხის, ასევე კანონმდებლობის შესაბამისად შედგენილი და სრუქტურირებული ხარისხის ანგარიშებს PDF ფორმატში. ჰოსპიტალს შეუძლია სააგენტოს გადაუგზავნოს ორიგინალი PDF ფაილი ან შემოწმებული და განახლებული ანგარიში სერტიფიცირების ნაწილში თანდართული კომენტარებით. განაცხადის წარმატებით გადახედვის შემდეგ სერტიფიცირების სააგენტო KTQ -ს დამკვირვებლებს უგზავნის თვით-შეფასებას, რომლებიც ამზადებენ KTQ -ს გარე შეფასებას (წინასწარი შეფასება).

დაწესებულება ინფორმირებული იქნება KTQ-ს დამკვირვებელთა პროფესიული ჯგუფის, თანამშრომლების შესახებ. დაწესებულებას აქვს უფლება დასაბუთებული უარი თქვას KTQ-ს დამკვირვებლებზე. იმ შემთხვევაში, თუ KTQ-ს მოლოდინი თვითშეფასებაზე უარყოფითია გარე შეფასება ვერ წარიმართება.

დაწესებულებების KTQ-ს მიერ სერტიფიცირება ხდება KTQ-ს პროცედურების პრინციპების განსაზღვრის საფუძველზე. მოქმედი წესები ვითარდება დინამიურად და გამოკითხვა ხდება KTQ-ს ოფისში. KTQ-ს სერტიფიცირების სააგენტოსთან კონტრაქტზე ხელმოწერის დროს მოქმედი წესების დაცვა სერტიფიკატის მისაღებად სავალდებულოა.

იმისათვის, რომ ჰოსპიტალმა მიიღოს სერტიფიკატი თითოეულ კატეგორიაში უნდა ქონდეს მიღებული დადგენილი ქულების სულ ცოტა 55%. პროცენტული მაჩვენებელი იანგარიშება თითოეული კატეგორიის ჯამური ქულებიდან - ძირითადი კრიტერიუმებისა და წონადობის გათვალისწინებით. დაწესებულებისთვის ცალკე გამოითვლება დადგენილი მთლიანი ქულა. ამ მიზნით იმ კრიტერიუმში მიღწეული მაქსიმალური ქულა, რომელსაც ჰოსპიტალი არ ასრულებს აკლდება მთლიან ქულას შესაბამის კატეგორიაში.

KTQ-ს სერტიფიკატის მინიჭებისთანავე უნდა გამოქვეყნდეს KTQ-ს ხარისხის ანგარიში. KTQ-ს ხარისხის ანგარიშის გამოსაქვეყნებელი ვერსია მზადდება დაწესებულების მიერ, გადახედვა ხდება KTQ-ს მკვლევარების მიერ გარე შეფასების ფარგლებში და უდასტურდება ან მიეწოდება დაწესებულებას ჩასასწორებლად. სერტიფიცირების სააგენტო უგზავნის შიდა-კოორდინირებული KTQ-ს ხარისხის მოხსენებას შპს. KTQ-ს შესამოწმებლად.

ამავე დროს ვალიდური აქტუალური ხარისხის მოხსენება, რომელიც შესრულებულია გერმანიის საერთაშორისო კოდირების ნორმატივის მიხედვით ქვეყნდება PDF ფაილში შპს KTQ-ს მიერ. აქვე უნდა იყოს მითითებული თუ რომელ ხარისხის მოხსენებას იყენებს დაწესებულება, (სტრუქტურული განსხვავდება სერტიფიცირების სფეროდან, რადგან დეპარტამენტების აღწერილობები, მაგ: გერიატრიული და ზოგადი მედიცინის დეპარტამენტების მოხსენებები არ შედის KTQ-ს

სერტიფიცირებაში). აღნიშნული ინფორმაცია დოკუმენტირებულია KTQ-ს ვებგვერდზე. უფრო მეტიც, შპს. KTQ არ აწარმოებს სტრუქტურიზებული ხარისხის მოხსენების შინაარსის გადახედვას.

სერტიფიცირებისთვის მნიშვნელოვანი წინაპირობების გადახედვის მიზნით KTQ-ს ვიზიტის ანგარიში ქვეყნდება ხარისხის ანგარიშის გამოქვეყნებისთანავე. KTQ-ს ვიზიტის ანგარიში წარმოადგენს კონფიდენციალურ დოკუმენტს KTQ-ს ოფისისთვის და გამოიყენება მხოლოდ შიდა რევიზიისთვის და არ გადაეგზავნება მესამე მხარეს (მაგ:KTQ-ს აქციონერი).

„KTQ-ს პროცედურების წესების მიხედვით დაწესებულების სერტიფიცირების ფორმალური ვალდებულებებზე“ ხელმოწერით დაწესებულება ადასტურებს, რომ მომზადება არ მომხდარა უფლებამოსილი სერტიფიცირების სააგენტოს ხელშეწყობით. დამატებით ასევე არც კონსულტაცია და არც მომზადება, მაგ: თვით-შეფასების ანგარიში ან „ვიზიტების ტესტი წარიმართა KTQ-ს გარე დამკვირვებლისგან.

KTQ-ს საარბიტრაჟო ბორდის მიერ სერტიფიცირების შესახებ დასკვნის გამოტანამდე, დაწესებულებას აქვს უფლება გაასაჩივროს შეფასება.

KTQ- ს გარე შეფასების მიზანია დაწესებულების შიდა ხარისხის მართვის გადახედვა და შეფასება - საავადმყოფოს თვითშეფასების ანგარიშისა და KTQ- ს ვიზიტის (KTQ- ს დამკვირვებელი) საფუძველზე. თვითშეფასების პირველ საფეხურზე კრიტერიუმით ფასდება თვითშეფასების ანგარიშის საფუძველზე (KTQ- ს დამკვირვებლების პირველადი შეფასება). KTQ- ს ვიზიტის მეორე საფეხურზე ხდება შეფასებული კრიტერიუმების გადახედვა და ანალიზი KTQ- ს დამკვირვებელთა გუნდის მიერ საავადმყოფოში. გარე შეფასების მესამე საფეხური განსაზღვრავს KTQ- ს ანგარიშისთვის მზადების სრულყოფას/დასრულებას: მომზადებული უნდა იქნას KTQ- ს ვიზიტის ანგარიში და KTQ- ს ხარისხის ანგარიში, მოწმდება, თუ რამდენად რელევანტურია მისი პრაქტიკული გამოყენება.

KTQ-ს გარე შეფასებამდე ჰოსპიტალსა და KTQ-ს სერტიფიცირების სააგენტოს შორის, ასევე სერტიფიცირების სააგენტოსა და KTQ-ს აუდიტებს შორის იდება

ხელშეკრულება/კონტრაქტი. ჰოსპიტლის მიერ შერჩეული KTQ-ს სერტიფიცირების სააგენტო აყალიბებს KTQ-ს წესების მიხედვით მკვლევართა ჯგუფს ვიზიტის წარმოსადგენად. ეს არის შიდა დისციპლინარული ჯგუფი, იგი შედგება საავადმყოფოს, როგორც სამედიცინო ასევე საექთნო და ეკონომიკური სფეროს თითო წარმომადგენლისაგან. გარე შეფასება (წინასწარი შეფასების ანალიზი, ვიზიტები) პროცედურულ პრინციპებზეა აგებული, რომელზე დაკვირვებაც KTQ-ს აუდიტების ვალდებულებაა. იგი მოიცავს მაგალითად სამართლებრივი დებულებების დამუშავებას ან მონაცემთა დაცვას.

თვითშეფასების ანგარიშში აღწერილი საკითხების გადახედვა ხდება KTQ-ს აუდიტების მიერ, KTQ-ს ვიზიტის ფარგლებში. გარე შეფასება ხორციელდება იგივე შეფასების სისტემის საფუძველზე, რომელზეც თვითშეფასება. გარე შეფასების დროს აქცენტი კეთდება თვითშეფასების დაკვირვებაზე, სპეციფიკურ სფეროებში ინსპექტირების, დიალოგისა და დოკუმენტების გადახედვის საშუალებით. ვიზიტის ბოლო დღეს ხდება ანალიზი და კრიტერიუმების შეფასება, KTQ-ს აუდიტთა გუნდის კონსულტაციის საფუძველზე.

დიალოგი ტარდება სტრატეგიული მენეჯმენტის დონეზე და ასევე საავადმყოფოს შტატთან. შიდა ხარისხის მენეჯმენტის ძლიერი მხარეები და გაუმჯობესების პოტენციალი დამტკიცებული უნდა იყოს KTQ-ს აუდიტების მიერ და ჩაწერილი უნდა იყოს ჰოსპიტლისთვის KTQ-ს ვიზიტის ანგარიშში ამომწურავად და გასაგებად. აღნიშნულ პროცესში KTQ-ს აუდიტები განიხილავენ მოთხოვნილი კრიტერიუმების შესრულებისა და დანერგვის სხვადასხვა გზებს და მისაღები ვარიანტის რეალიზაციას. დიალოგი და ინსპექტირება/შემოწმება KTQ-ს აუდიტებს ეხმარება გადახედვისა და შეფასების პროცესში.

მას შემდეგ, რაც ცალკეული პროცესების აღწერილობა ჰოსპიტალში დაფასებულია KTQ-ს პროცედურა არ მოიცავს რაიმე სტანდარტს, რომელიც უკავშირდება მარტივ გადაწყვეტილებას ან შესრულებას. წარმატებული სერტიფიცირების შემდეგ KTQ-ს აუდიტი შპს KTQ-ს აწვდის რეკომენდაციას სერტიფიკატის გადაცემის შესახებ.

KTQ-ს სერტიფიცირება ყოველთვის გულისხმობს შიდა ხარისხის მენეჯმენტის რანდომიზირებულ გადახედვას დაწესებულების ყველა სფეროში. არ ხდება ნაწილობრივი სფეროების/ მიმართულებების სერტიფიცირება (მაგ: ცალკე პროფესიებისა და მკურნალობის სფეროების). მოწმდება პაციენტთან დაკავშირებული და ორგანიზაციასთან დაკავშირებული პროცესების სრულყოფა. KTQ-ს სერტიფიკატის ვალიდურობა 3 წელს მოიცავს. რაც იმას გულისხმობს, რომ დაწესებულება საზოგადოებაში KTQ-ს მიერ სერტიფიცირებულ დაწესებულებად ითვლება სამი წლის მანძილზე. ვადის ამოწურვის შემდეგ სერტიფიკატი აღარ გამოიყენება. შესაბამისად ჰოსპიტალის შესახებ მონაცემების გამოქვეყნებაც არ მოხდება KTQ-ს ვებგვერდზე.

გარე შეფასების პროცედურის ჩამონათვალი:

1. ჰოსპიტალი არჩევს შპს KTQ-ს მიერ აკრედიტირებულ სერტიფიცირების სააგენტოს;
2. ჰოსპიტალსა და სერტიფიცირების სააგენტოს შორის გაფორმებულ კონტრაქტზე ხელმოწერა;
3. განაცხადისთვის საჭირო დოკუმენტების წარმოდგენა: თვითშეფასების ანგარიში, ხარისხის ანგარიში- KTQ-ს ხარისხის ანგარიში და სტრუქტურირებული ხარისხის ანგარიში- გერმანიის სოციალური კოდების მიხედვით შედგენილი- გარე ხარისხის უზრუნველყოფის ფედერალურ ოფისებში მონაწილეობის სერტიფიკატი, შპს KTQ-ს წესების მიხედვით შედგენილი ჰოსპიტალის სერტიფიცირების ფორმალური ვალდებულების დასტური;
4. სერტიფიცირების სააგენტოს მიერ განაცხადის გადახედვა- ფორმალური სისრულე და შინაარსის გაგება;
5. სერტიფიცირების სააგენტოს მიერ KTQ-ს მკვლევარის შერჩევა;
6. KTQ-ს აუდიტების დასახელება- სახელი, თანამდებობა, პროფესიული ჯგუფი - სერტიფიცირების სააგენტოს მიერ;
7. KTQ-ს შერჩეულ აუდიტებზე დასტური ან დასაბუთებული უარი;

8. KTQ-ს აუდიტებმა უნდა დაადასტურონ თავიანთი სურვილი და ვიზიტებთან დაკავშირებული დროის რესურსი;
9. KTQ-ს სერტიფიცირების სააგენტოსა და KTQ-ს აუდიტებს შორის კონტრაქტის გაფორმება;
10. KTQ-ს სერტიფიცირების სააგენტო უზრუნველყოს KTQ-ს აუდიტს თვით-შეფასებას შეთანხმებულ ფორმატში, შემდეგ დოკუმენტებთან ერთად: ხარისხის ანგარიში- KTQ-ს ხარისხის ანგარიში და გერმანიის სოციალური კოდების მიხედვით შედგენილი სტრუქტურირებული ხარისხის ანგარიში-ორგანიზაციის სქემა, ჰოსპიტლის ვებგვერდის გეგმა, ასევე განაცხადი მისიის შესახებ;
11. KTQ-ს აუდიტი ეცნობა სტრუქტურულ მონაცემებს, ორგანიზაციის სქემას (დასაქმებულები, ზომა, დეპარტამენტების რაოდენობა) და ინდივიდუალურად და პირველადი შეფასებისგან დამოუკიდებლად აკეთებს თვით-შეფასების შეფასებას და კომენტარებს;
12. წინასწარი შეფასებისთვის KTQ-ს აუდიტი აყალიბებს გამოკითხვის გაიდლაინს, რომელიც მოიცავს დიალოგისას და ინსპექტირება-შემოწმებისთვის აუცილებელ კითხვებს, შემდეგ ხდება ვიზიტების გეგმის წარმოდგენა, საკონტაქტო სფეროს დასახელებით;
13. წინასწარი შეფასება, რომელიც უნდა მოიცავდეს კომენტარებს, ძლიერ მხარეებს, განვითარების პოტენციალს, გამოკითხვის გაიდლაინს, კონტაქტებს, მტკიცებულებებს/დოკუმენტებს ტითოეული კრიტერიუმის შესაბამისად ეგზავნება სერტიფიცირების სააგენტოს. KTQ-ს პროგრამული უზრუნველყოფა თავაზობს დახმარების გაწევას ზემოთ აღნიშნულ თემებთან დაკავშირებით;
14. სერტიფიცირების სააგენტო EDV სისტემის დახმარებით აერთიანებს წინასწარ შეფასებას ერთ დოკუმენტად და აცნობებს KTQ-ს აუდიტს შესაძლო განსხვავებული მოსაზრების შესახებ;
15. ამის შემდეგ სერტიფიცირების სააგენტო ერთ დოკუმენტად ჩამოყალიბებულ წინასწარ შეფასებას KTQ-ს დამკვირვებლებს, შემდგომი მომზადებისთვის;

16. KTQ-ს აუდიტები თანხმდებიან შესაძლო განსხვავებულ მოსაზრებებზე შესაძლო დავის გამორიცხვის მიზნით, რაც უკავშირდება თვით-შეფასების ინტერპრეტაციას;
17. KTQ-ს აუდიტებთან შეთანხმების საფუძველზე სერტიფიცირების სააგენტო ამზადებს საბოლოო ვიზიტების გეგმას, წინასწარ შეფასებას ჰოსპიტალის ბაზაზე და გამოკითხვის გაიდლაინებს;
18. სერტიფიცირების სააგენტო ჰოსპიტალს უგზავნის ვიზიტების გეგმას კონტაქტების წინასწარი შეთანხმების ინფორმირების მიზნით;
19. დაწესებულება იძლევა საკონტაქტო პირების სახელებს ვიზიტების გეგმისთვის, რომელიც მოიცავს ასევე მონაცემებს ორგანიზაციული თავისებურებებით;
20. KTQ-ს აუდიტების მიერ უკუკავშირის შემდეგ ვიზიტების გეგმა, რომლის კლასიფიცირება მოხდა ყველა მონაწილე მხარის მიერ, ეგზავნება დაწესებულებას სერტიფიცირების სააგენტოს მიერ.

KTQ-ს ვიზიტის ანგარიშის მომზადება, სერტიფიკატის მიღება და ხარისხის ანგარიშის გამოქვეყნება:

- a) KTQ-ს ვიზიტის ანგარიშის მომზადება ხდება თანმხლები აუდიტორის მიერ ჰოსპიტალში KTQ-ს დამკვირვებლების მიერ წარმოებული შეფასებისა და კონსულტაციის საფუძველზე.
- b) KTQ-ს აუდიტის მიერ მოთხოვნილი ნებისმიერი ცვლილება დასაბუთებულია. ვიზიტის დასრულების შემდეგ ანგარიში გადაეგზავნება KTQ-ს აუდიტებს დასამტკიცებლად;
- c) KTQ-ს აუდიტების მიერ დამტკიცებული KTQ-ს ვიზიტის ანგარიში დაწესებულების მენეჯმენტს ეგზავნება კონფიდენციალურად. ამავე დროს KTQ-ს ოფისს ეგზავნება სერტიფიკატის მიღების შესახებ რეკომენდაცია, KTQ-ს ვიზიტის ანგარიში და ხარისხის ანგარიში. დადებითი პასუხის შემთხვევაში შპს KTQ-ს მიერ ხდება სერტიფიკატის გადაცემა. ამავდროულად გამოქვეყნდება ხარისხის ანგარიში KTQ-ს ვებგვერდზე.

- d) საბოლოოდ, KTQ-ს აუდიტები ამბრუნებენ მონაცემთა მთლიან ბაზას, რომელიც მათ ვიზიტის დროს მიიღეს ან ანადგურებენ მას.

KTQ-ს ვიზიტის დროს ხდება ხელშეკრულებით შეთანხმებული ბიზნეს ოპერაციების შემოწმება დაწესებულების პროცედურებში ჩარევის გარეშე. დაწესებულების ერთი თანამშრომლის კოორდინირება (როგორც წესი ხარისხის მენეჯმენტის წარმომადგენელი) უზრუნველყოფს ვიზიტის წარმართვას შეუფერხებლად. აუცილებელი და მიზანშეწონილია ყველა თანამშრომლისა და პაციენტის ინფორმირებულობა KTQ-ს ვიზიტის შესახებ.

ინფორმაცია შესაძლებელია განთავსდეს ყველა ფუნქციონირებად განყოფილებაში. KTQ-ს რეკომენდაციას ინფორმაციის გავრცელება KTQ-ს შესახებ ზემოთ მოყვანილი მაგალითის მიხედვით.

უფრო მეტიც, სერტიფიცირების სააგენტო აკვირდება როგორ ხდება KTQ-ს აუდიტების იდენტიფიცირება.

ვიზიტის ცენტრალური ელემენტია დიალოგი. სწორედ ამიტომ ვიზიტისას დიალოგს დიდი დრო მიაქვს. გამოცდილებამ გვაჩვენა, რომ დიალოგს დაახლოებით 90 წუთი სჭირდება, რადგან მასში ჩართულმა ყველა წევრმა უნდა მიიღოს მონაწილეობა. დიალოგის განმავლობაში პროცესზე გროვდება ორიენტირებული და შერჩევითი შეფასების საკითხების შესახებ ინფორმაცია. ხდება უშუალო თემების გადამოწმება და შერჩეული კრიტერიუმების შესახებ კითხვების დასმა. კონსესუსისა და მოთხოვნის ფარგლებში დაწესებულების მიერ მოწოდებული სრული ინფორმაცია განისაზღვრება და კრიტერიუმი ფასდება. პროცესების შეფასება ხდება პროფესიულ და იერარქიულ დონეზე, თუ ეს შესაძლებელია.

KTQ-ს აუდიტი სვამს კითხვას, რომელიც ეფუძნება წინასწარ დამუშავებულ გამოკითხვის გაიდლაინს. KTQ- იძლევა წინადადებებს KTQ-ს აუდიტების განსაზღვრის შესახებ თითოეული დიალოგის დროს, ანუ ხდება კონკრეტული პიროვნების გამოყოფა ყველა დიალოგისთვის, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება გეგმა გრაფიკის დაკვირვებაზე, ყველა მონაწილის ჩართულობის უზრუნველყოფასა

და კონფლიქტის მართვაზე. აღნიშნული მიღწევა არ გულისხმობა, იმას, რომ KTQ-ს სამივე აუდიტი შესაძლებელია და უნდა იყოს დიალოგის მონაწილე.

დიალოგის ყველაზე ფართო და მნიშვნელოვანი კატეგორიებია პაციენტზე ორიენტაცია, თანამშრომელზე ორიენტაცია და ხარისხის მენეჯმენტი. სწორედ ამიტომ არნიშნული კატეგორიების შემოწმება უნდა მოხდეს ვიზიტის დროს. KTQ-ს აუდიტი შემთხვევითი სელექციის საფუძველზე თვით-შეფასების კრიტერიუმსა და პროცესებს განიხილავს უფრო დეტალურად და კითხვებს სვამს მათ გარშემო.

შემდგომი რეკომენდაცია ითვალისწინებს დიალოგის შემადგენლობას:

1. ვიზიტისას KTQ-ს აუდიტი ასაბუთებს, რომელ თანამშრომელთან სურს საუბარი (ფუნქციურად კრიტერიუმთან კავშირში);
2. დაწესებულება ასახელებს თანამშრომელს და აცნობებს მას (განსაზღვრულ პირს) და ვიზიტების გეგმის მოთხოვნის შესაბამისად შეარჩევს სადისკუსიო ჯგუფს;
3. დაწესებულებამ შესაძლებელია შეთავაზოს დამატებითი თანამშრომელი ვიზიტამდე- დამსწრესთან საუბრის სემდეგ KTQ-ს აუდიტის დახმარებით. გათვალისწინებული უნდა იყოს ჯგუფის წევრების რაოდენობა (არაუმეტეს 6-8 კაცისა)

დაწესებულების მიღწევა იქნება დიალოგის შედეგად გადაწყვეტილების მიღება და დიალოგის მოთხოვნების შესაბამისად პრობლემებისა და საკითხების წარმოჩენა.

დოკუმენტთან დაკავშირებული მოთხოვნების დანერგვასთან დაკავშირებით KTQ-ს აუდიტორთა მიერ შემოწმება მნიშვნელოვანი პროცესია. მნიშვნელოვანია, რომ ხარისხთან დაკავშირებული დოკუმენტი ხელმისაწვდომი იყოს ვიზიტისთანავე. იგი მოიცავს, კორპორაციის პოლიტიკას წერილობითი ფორმით, ისევე, როგორც მისიას, შიდა სტანდარტებსა და გაიდლაინებს, პაციენტებისა და მათი ანთესავების შესახებ ინფორმაციულ საშუალებებს, ამ უკანასკნელთა გამოკითხვის შედეგებს.

KTQ-ს აუდიტს ეძლევა წვდომა აღნიშნულ დოკუმენტაციაზე, ასევე მონაცემთა დაცვაზე. ხდება დაკვირვება მონაცემთა ბაზის წესების დაცვის პაციენტთა დოკუმენტების გადასხედვისას. პრინციპში KTQ-ს დამკვირვებელი დაწესებულების

ნებართვის გარეშე ვერ შეძლებს დოკუმენტის გადაადგილებას. უფრო მეტიც, KTQ-ს დამკვირვებელი დაკავშირებულია შემდეგ პროცედურულ პრინციპებთან:

1. KTQ-ს გარე შეფასების ფარგლებში მოგროვილი ყველა მონაცემი გამოიყენება ექსკლუზიურად სერტიფიცირებასთან დაკავშირებით და მხოლოდ სერტიფიცირების სააგენტოსთან გადაგზავნის მიზნით;
2. KTQ-ს სერტიფიცირების სააგენტოც და KTQ-ს აუდიტებიც სრული წესებისა და მოთხოვნების გათვალისწინებით იცავენ მონაცემთა კონფიდენციალობას.

დაწესებულებამ უნდა უზრუნველყოს KTQ-ს აუდიტორთა და დამსწრეთა შესახვედრი ოთახი, რომელიც უნდა იყოს ექსკლუზიურად მხოლოდ აუდიტორთა გუნდისთვის, უნდა იკეტებოდეს, ისე რომ შესაძლებელი იყოს კონფიდენციალური დოკუმენტების დატოვება. ეს იმას ნისნავს, რომ დიალოგისთვის დამატებით საჭიროა სხვა ადგილი. აუდიტორთა გუნდის შეხვედრის ოთახში უნდა იყოს ტელეფონი, რადგან დაწესებულებაში ვიზიტის განმავლობაში შესაძლებელი იყოს მათთან კონტაქტი. ვიზიტზე დამსწრე ამავე ოთახში მოისმენს თვით-შეფასებას და ზოგად შეფასებას. აღნიშნული ორგანიზაციული საკითხების მოგვარება სერტიფიცირების სააგენტოს ან დამსწრის მოვალეობაა.

უფრო კომფორტულია აუდიტორთა ჯგუფის დღის შეხვედრები საწყის ეტაპზე თითოეული დიალოგის შემდეგ და შესაბამისად ვიზიტის ბოლო დღეს. დაწესებულების საკონტაქტო პირი (როგორც წესი ხარისხის წარმომადგენელი) მონაწილეობას იღებს დილის შეხვედრაში დღის შემდგომი გეგმა გრაფიკიზე მსჯელობის მიზნით და გეგმის შესაძლო ცვლილებებზე სასაუბროდ. ცვლილებების შეიძლება მოაზრებოდეს ახალი დოკუმენტის მიღება ან ახალი დამატებითი საკონტაქტო პირის დასახელება. დილის შეხვედრა მიზნად არ ისახავს ვიზიტის შედეგების შესახებ წინასწარ დისკუსიას. აღნიშნული საკითხი განიხილება ბოლო შეხვედრაზე, ვიზიტის ბოლო დღეს.

- 1) ხანმოკლე შეხვედრების განმავლობაში (KTQ-ს რეკომენდაციით: დაახლოებით 15-30წუთი) KTQ-ს აუდიტორთა გუნდმა შესაძლებელია იმსჯელონ

დიალოგისა და შემოწმების შედეგად მიღებულ ცოდნაზე და წარმოადგინონ მოკლე შეფასება დისკუსირებული კრიტერიუმების შესახებ;

- 2) KTQ-ს აუდიტორმა უნდა გაამართლოს კრიტერიუმის შეფასება ვიზიტის ანგარიშში და ამავდროულად დაასაბუთოს ინფორმაცია შესაძლო ძლიერი მხარეებისა და გაუმჯობესების შესახებ. როგორც პროცედურა სერტიფიცირება და კონსულტირება მკაფიოდ განსხვავდება ერთმანეთისგან;
- 3) ვიზიტის ბოლო დღეს აღნიშნული შედეგების შესახებ გამართული შეხვედრა საშუალებას აძლევს KTQ-ს აუდიტებს შეექმნათ საერთო შთაბეჭდილება შედეგზე. ცალკეული კრიტერიუმების შემოწმება, რომელიც უკვე შემოწმდა, შეიძლება წინასწარ შეფასდეს და საბოლოოდ გაერთიანდეს ვიზიტის ანგარიშში.

დამატებით, მნიშვნელოვანია, რომ დაწესებულების მიერ მომზადებული ხარისხის ანგარიშთან დაკავშირებული ფორმულირება უნდა იყოს დადასტურებული, სხვა ფორმულირების არჩევის შემთხვევაში, დასაბუთებული უნდა იყოს შესაბამისი კომენტარები. დიალოგი-„ღია თემებზე მსჯელობა“ გვთავაზობს კარგ საშუალებას გაურკვეველი საკითხების გარკვევის აუდიტორთა გუნდის ბოლო შეხვედრამდე, აღნიშნული მსჯელობა უკავშირდება საბოლოო შედეგების განსაზღვრას და ასევე ქულების მინიჭებას.

საბოლოო შეხვედრის განმავლობაში დაწესებულებას ეცნობება აუდიტთა გუნდის წინასწარი შეფასება და ასევე სერტიფიკატის გადაცემის შესახებ რეკომენდაციები. ამ შემთხვევაში KTQ-ს აუდიტი ხაზს უსვამს დაწესებულების სპეციფიკურ ძლიერ მხარეს პროცედურებში და ახდენს გაუმჯობესების პოტენციალის იდენტიფიკაციას. საბოლოო შეხვედრის განმავლობაში KTQ-ს აუდიტი აჯამებს ვიზიტის შედეგებს. ხდება დაწესებულების პირველადი შეფასება. საბოლოო შეხვედრის მიზანია KTQ-ს აუდიტების პროცედურების შესაბამისი ახსნა და ძლიერ მხარეებთან და გაუმჯობესების პოტენციალთან დაკავშირებული უკუ კავსირის უზრუნველყოფა. საბოლოო შეხვედრა არ ითვალისწინებს ქულების შესახებ მსჯელობას. თუმცა დაწესებულებას აქვს უფლება კითხვა დასვას ან ახსნა მოითხოვოს გარკვეული საკითხების. საბოლოო შეხვედრის განსაზღვრული სტრუქტურა შეთანხმებული უნდა

იყოს KTQ-ს აუდიტების, დამსწრისა და დაწესებულებას შორის ბოლო დღის შუადღეს, ვიზიტის ბოლოს. საბოლოო შეხვედრაში მონაწილეობს ყველა KTQ-ს აუდიტი, დამსწრე, გენერალური მენეჯერი, აღმასრულებელი, თანამშრომელი, საკონტაქტო პირი. საბოლოო შეხვედრის ხანგრძლივობა დაახლოებით 1 საათია.

დამსწრისა და KTQ-ს აუდიტების მიერ ხდება დიალოგის, ინსპექტირებისა და დოკუმენტების გადახედვის შედეგად მიღებული ინფორმაციის დოკუმენტირება. KTQ-ს აუდიტები შეხვედრის განმავლობაში კომენტარს აკეთებენ, ხოლო დამსწრე ასაბუთებს პროცესის გაუმჯობესებაზე და თვით-შეფასების ანგარიშის პასუხისმგებლობაზე და მის აქტიურ დანერგვაზე ჰოსპიტალურ პრაქტიკაში პროცესების აღწერას. საკმარისი ინფორმაციის მიღების შემდეგ აუდიტორთა გუნდი აფასებს კრიტერიუმს. საბოლოო შეხვედრაზე, სულ ბოლოს ფასდება ყველა შევსებული კრიტერიუმი და მისი დასაბუთება ხდება ვიზიტის ანგარიშში ძლიერი მხარეებისა და გაუმჯობესების პოტენციალის თვალსაზრისით.

KTQ-ს ვიზიტის ანგარიში მზადდება სერტიფიცირების სააგენტოს მიერ და ეგზავნება KTQ-ს მკვლევარს შემდეგი ვიზიტის შეთანხმებისთვის. მას შემდეგ, რაც მკვლევართა გუნდი დაამტკიცებს შინაარსს ან აუცილებელ ცვლილებებს ანგარიშში იგი ეგზავნება დაწესებულებას.

საბოლოო ვიზიტის ანგარიში დაწესებულებას უნდა გადაეგზავნოს მომდევნო 4 კვირის განმავლობაში. დაწესებულებას შეუძლია გამოთქვას საკუთარი აზრი. ვიზიტის ანგარიშს ღებულობს გენერალური მენეჯმენტი და კონფიდენციალურია. იგი მოიცავს თვით-შეფასებასთან დაკავშირებულ ვრცელ დეტალებს და KTQ-ს გარე შეფასების კრიტერიუმებს და აძლევს დაწესებულებას წარმოდგენას ძლიერი მხარეზე და გაუმჯობესების პოტენციალზე. დეტალური ვიზიტის ანგარიში გამოიყენება დაწესებულების შიგნით. ამ ანგარიშის მიზანია KTQ-ს გარე შეფასების შესახებ დაწესებულების დეტალური ინფორმირება, ძლიერი მხარეებისა და გაუმჯობესების პოტენციალის ჩამონათვალი, ასევე ქულობრივი სისტემის აღწეილობა შესაბამისი გზით ვიზიტის შემდეგ. ყველაზე მნიშვნელოვანია ქულებით შეფასება. კომენტარები ეხმარება დაწესებულებას შიდა ხარისხის მენეჯმენტის გაუმჯობესებაში. ვიზიტის

ანგარიშში თითოეული კრიტერიუმის შეფასების შესახებ ინფორმაცია მოიცავს KTQ-ს გარე შეფასების შედეგების აღწერილობას შემდეგი კუთხით:

1. კრიტერიუმების მოთხოვნები;
2. თვით-შეფასების ანგარიში, და
3. დიალოგი და ინსპექტირება.

KTQ-ს აუდიტის ამოცანას არ წარმოადგენს დაწესებულების კონსულტირება. KTQ-ს ვიზიტის ანგარიშის შესწავლა იძლევა ძლიერი მხარეების იდენტიფიცირების საშუალებას.

ურთიერთთანამშრომლობა KTQ-ს აუდიტებს, სერტიფიცირების სააგენტოსა და დამსწრეს შორის შემდგენაირად უნდა იყოს წარმოდგენილი:

- 1) კონსესუსზე დაყრდნობით KTQ-ს აუდიტი ანაწილებს ქულებს;
- 2) დამსწრე ასაბუთებს დიალოგის შედეგებს;
- 3) დამსწრე განსაზღვრავს ვიზიტის ანგარიშის შინაარსს KTQ-ს აუდიტთან შეთანხმებით;
- 4) დამსწრე პასუხისმგებელია KTQ-ს ვიზიტის ანგარიშის ფორმატზე და
- 5) KTQ-ს აუდიტი ამტკიცებს საბოლოო ვიზიტის ანგარიშს

უფრო მეტიც KTQ-ს ვიზიტის ანგარიში აძლევს KTQ-ს აუდიტებს წარმოდგენას პირველი ვიზიტის შედეგებზე და საჭიროების შემთხვევაში რესერტიფიცირებაზე. KTQ-ს რესერტიფიცირების პროცესი განმარტავს, რომ უნდა ჩამოყალიბდეს აუდიტთა ახალი გუნდი. აუდიტთა ახალ გუნდს აქვს შესაძლებლობა შეაფასოს ხარისხის მენეჯმენტის განვითარება წინა კვლევის საფუძველზე.

KTQ-ს ხარისხის ანგარიშისა და KTQ-ს ვიზიტის ანგარიშები ერთდროულად ეგზავნება დაწესებულებას.

თავი 2. კვლევის მეთოდოლოგია

2.1. კვლევის ტექნიკა და ინსტრუმენტი

ნაშრომში დასახული ამოცანების გადასაჭრელად გამოყენებულ იქნა არსებული ოფიციალური ინფორმაციის, მკვლევარებისა და ექსპერტების კვლევებისა და მოსაზრებების შესწავლა, სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი და პირდაპირი ინტერვიუების მეთოდები. კვლევის მეთოდოლოგია ეყრდნობოდა საქართველოში არსებული სხვადასხვა წამყვანი ჰოსპიტლების ხელმძღვანელების, ხარისხის სამსახურის ხელმძღვანელების, ადმინისტრაციული პერსონალის, ექიმებისა და ექთნების გამოკითხვის მასალებს. მოძიებულ იქნა საქართველოში ჰოსპიტლების აკრედიტაციის დანერგვასთან დაკავშირებული პრაქტიკულად ყველა დოკუმენტი.

კვლევითი საქმიანობა მოიცავდა სამ ეტაპს. პირველ ეტაპზე მოხდა კითხვარის შემუშავება და საქართველოს უნივერსიტეტის ეთიკის კომისიასთან შეთანხმება, საქართველოს მასშტაბით საავადმყოფოების განაწილების ანალიზი და გამოკითხვისთვის აუცილებელი ორგანიზაციული საკითხების მოგვარება.

საავადმყოფო სექტორში აკრედიტაციის გზით სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების პერსპექტივებთან დაკავშირებული საკითხების შესწავლა განხორციელდა ორი ტიპის კითხვარის საშუალებით, რომელთაგან ერთი, რომელიც მოიცავდა 17 კითხვას, განკუთვნილი იყო კლინიკის მენეჯმენტისთვის, ხოლო მეორე, რომელიც მოიცავდა 11 კითხვას - ექიმებისა და ექთნებისთვის.

კვლევის ორივე ინსტრუმენტის პირველი ოთხი კითხვის მიზანი იყო საავადმყოფოთა მენეჯმენტისა და კლინიკური პერსონალის აზრის გარკვევა საქართველოში სამედიცინო ორგანიზაციების აკრედიტაციის სისტემის დანერგვის საჭიროების შესახებ. მე-5 კითხვა საშუალებას იძლეოდა დაგვედგინა, თუ რამდენად ცნობილია რესპოდენტებისთვის საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნები. მომდევნო კითხვები განსხვავებული იყო ადმინისტრაციული და კლინიკური პერსონალისთვის და მათი მიზანი იყო გაგვერკვია, თუ როგორ აფასებენ ისინი მათ მიერ წარმოებული სერვისების ხარისხს და რამდენად ცნობილია მათთვის საავადმყოფოს ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულების როლი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფაში. ბოლო შეკითხვა ემსახურებოდა იმ დადებითი მხარეების წარმოჩენას, რისი მოტანაც შეუძლია სააკრედიტაციო სისტემის დანერგვას საქართველოში.

მეორე ეტაპზე ჩატარდა საავადმყოფოების ადმინისტრაციისა და კლინიკური პერსონალის პირისპირ ინტერვიუება, ხოლო მესამე ეტაპზე მოხდა გამოკითხვის შედეგების სტატისტიკური დამუშავება, მიღებული შედეგების ანალიზი და ილუსტრირება.

2.2. სამიზნე ჯგუფები

სადოქტორო კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენდა საქართველოს სტაციონარული დაწესებულებების მენეჯმენტი და მათში დასაქმებული ექიმები და ექთნები.

კვლევისთვის შერჩეულ იქნა 51 სტაციონარული დაწესებულება, რომელთაგან 33 იყო თბილისის და 18 რეგიონის საავადმყოფო. თუმცა, გარკვეულმა პრობლემებმა, უმეტესწილად კვლევაში მონაწილეობის სურვილის არარსებობამ, საკითხის

სირთულემ და კომპლექსურობამ შეამცირა კვლევის მასშტაბები და რეალურად კვლევაში მონაწილეობა მიიღო მხოლოდ 46-მა სამედიცინო დაწესებულებამ, ანუ დაგეგმილის 90.2%-მა (ცხრილი 4).

ცხრილი 4. კვლევაში მონაწილე დაწესებულებები.

N	სამედიცინო დაწესებულების სახელწოდება
თბილისი	
1	დ. ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრი
2	ვია-ვიტა - დიალიზის, ნეფროლოგიისა და ეფერენტული მეთოდური მკურნალობის ცენტრი
3	შპს „აკად. გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი“
4	შპს „თბილისის გულის ცენტრი“
5	შპს „სისხლძარღვთა და გულის დაავადებათა ცენტრი“
6	სამედიცინო ცენტრი „მედიკლაბ ჯორჯია“
7	საქართველო-ისრაელის ერთობლივი კარდიოლოგიისა და ანგიოლოგიის ცენტრი „ჰელსიკორი“
8	სამედიცინო ცენტრი „ლანცეტი“
9	აკადემიკოს ნ. ყიფშიძის სახელობის საუნივერსიტეტო კლინიკა
10	კლინიკა კარდიონეტი
11	შპს „ბავშვთა ინფექციური/კლინიკური საავადმყოფო“
12	შპს „იოანე მოწყალეს სახელობის პრივატ კლინიკა“
13	კ. ერისთავის სახელობის ქირურგიის ეროვნული ცენტრი
14	სს „ჩაჩავას კლინიკა“
15	შპს „მრავალპროფილური კლინიკა კონსილიუმ მედულა“
16	კარაპს მედლაინი
17	სს „სამედიცინო კორპორაცია ევექსი“ ტრანსვატოლოგიური ჰოსპიტალი
18	სამედიცინო ცენტრი იუნონა
19	მაღალი სამედიცინო ტენოლოგიების ცენტრი
20	შპს „საქართველოს საპატრიარქოს წმინდა იოაკიმე და ანას სახელობის

	სამედიცინო ცენტრი“
21	ყელ ყურ ცხვირის სნეულებათა ეროვნული ცენტრი,ჯაფარიძე-ქევანიშვილის კლინიკა
22	გივი ჟვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა
23	ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი
24	შპს N5 კლინიკური საავადმყოფო
25	შპს კლინიკა ავერსი
26	ჯო ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი
27	წმინდა მიქაელ მთავარანგელოზის სახელობის კლინიკური საავადმყოფო
28	გერმანულ-ქართული კლინიკა ევრომედი - შპს „დიაგნოსტიკური სერვისი“
რეგიონები	
29	საზღვაო ჰოსპიტალი
30	შპს "რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი, სტეფანწმინდის კლინიკა"
31	სსიპ საქართველოს თავდაცვის სამინისტროს სამხედრო ჰოსპიტალი
32	შპს. „ბათუმის ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და ტუბერკულოზის რეგიონალური ცენტრი“
33	შპს. „უნიმედი კახეთი-ბავშვთა ახალი კლინიკა“
34	შპს. „ არქიმედეს კლინიკა“ სენაკი
35	შპს. "მესტიის საავადმყოფო-ამბულატორიული გაერთიანება"
36	შპს. უნიმედი კახეთი, ახმეტის ჰოსპიტალი
37	სს. ფოთის ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფო
38	შპს. უნიმედი კახეთი, კარაპს მედლაინი
39	შპს. „უნიმედი სამცხე“ ასპინძის სამედიცინო ცენტრი
40	ზუგდიდის რეფერალური ჰოსპიტალი
41	უნიმედი კახეთი, ყვარელის ჰოსპიტალი
42	შპს. უნიმედი სამცხე, ახალციხის სამედიცინო ცენტრი
43	დასავლეთ საქართველოს ინტერვენციული მედიცინის ცენტრი
44	შპს. უნიმედი აჭარა, ქობულეთის რეგიონული საავადმყოფო
45	სს. „იავნანა“ გორის დედათა და ბავშვთა სამედიცინო ცენტრი

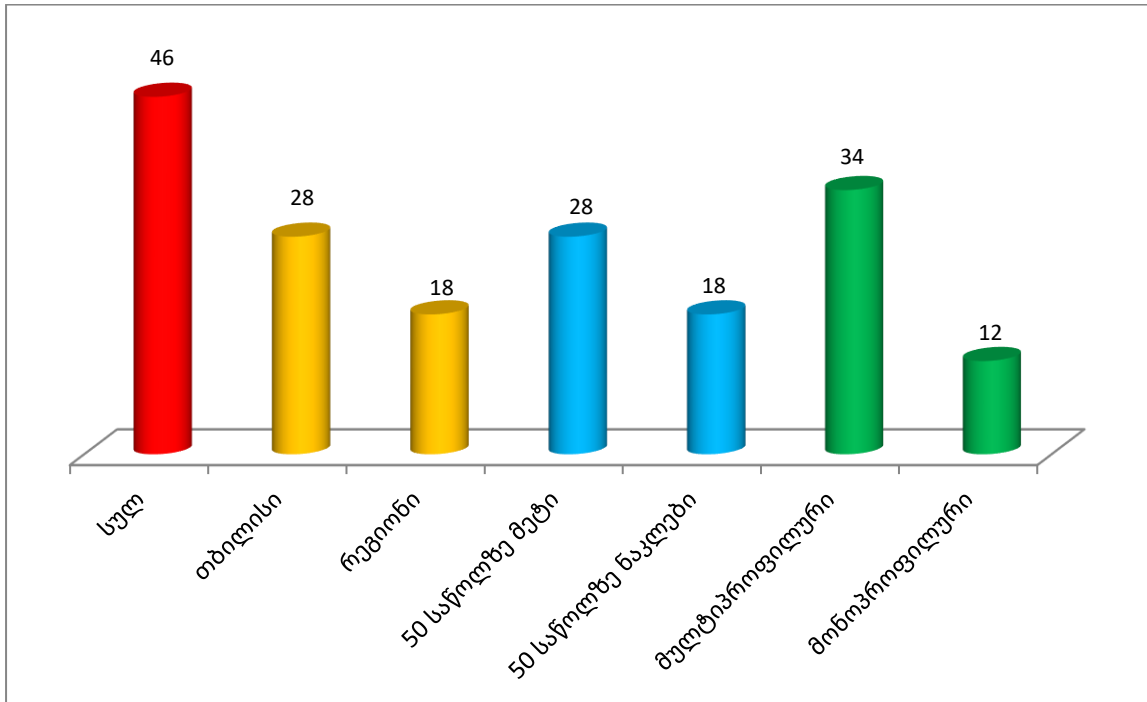
46	შ.პ.ს. „ჯეო ჰოსპიტალს“-ის ზესტაფონის მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი
უარი განაცხადა	
1	მ. იაშვილის სახელობის ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფო
2	თბილისის გულისა და სისხლძარღვთა კლინიკა
3	ნიუ ვიჟენის საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალი
4	კარდიოლოგიური კლინიკა გული
5	ს.ხეჩინაშვილის სახელობის საუნივერსიტეტო კლინიკა

წყარო: კვლევის მასალები

თავი 3. კვლევის შედეგები

3.1. კვლევაში მონაწილე საავადმყოფოებისა და პერსონალის დახასიათება

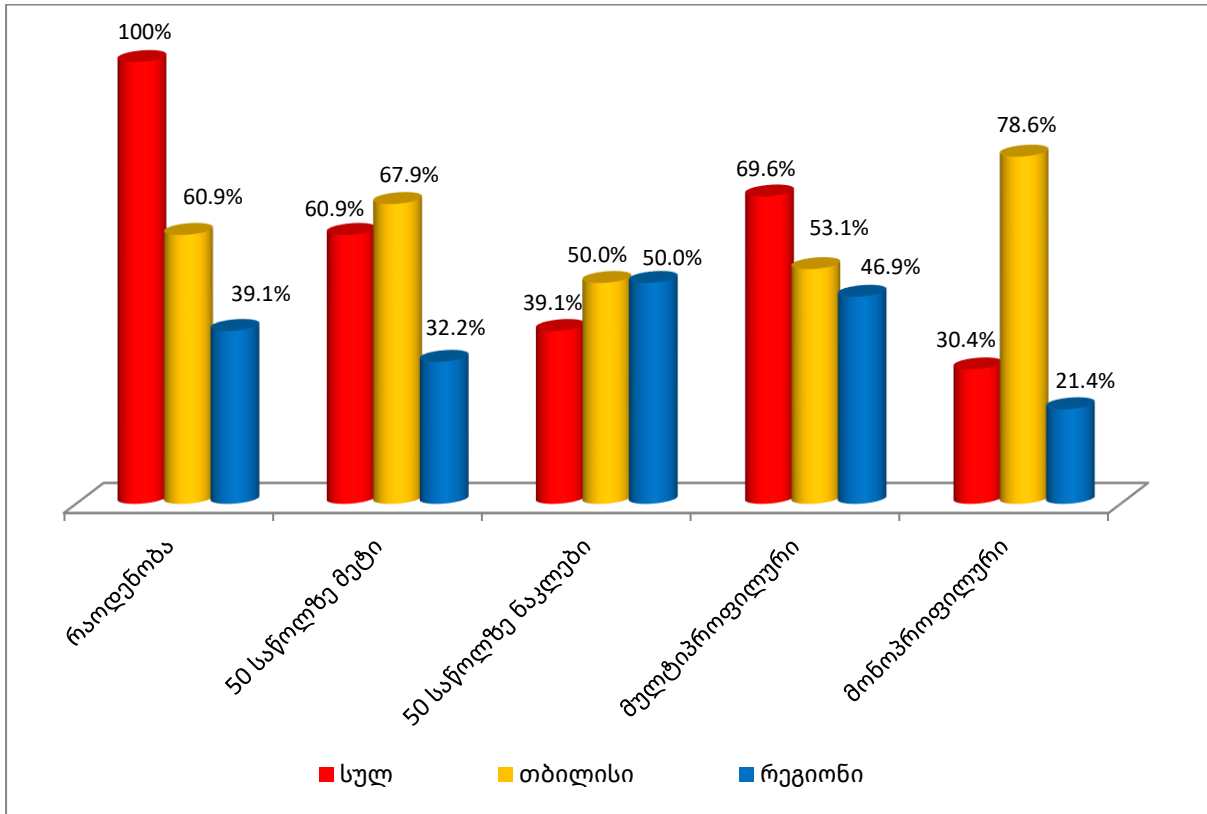
კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 46 საავადმყოფომ, რომელთაგან 28, ანუ საერთო რაოდენობის 60,9% მდებარეობდა თბილისში, ხოლო 18 (39,1%) საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში. სიმძლავრის მიხედვით, 50-ზე მეტ საწოლზე გაშლილი იყო 28 საავადმყოფო (საერთო რაოდენობის 60,9%) და 50 საწოლზე ნაკლებზე - 18 საავადმყოფო (საერთო რაოდენობის 39,1%). 32 საავადმყოფო, რამაც გამოკითხულთა 69,6% შეადგინა, იყო მულტიპროფილური, ხოლო 14 საავადმყოფო (გამოკითხულთა 30,4%) მონოპროფილური (ნახაზი 3).



ნახაზი 3. საავადმყოფოების მდებარეობა, სიმძლავრე და პროფილი.

წყარო: კვლევის მასალები.

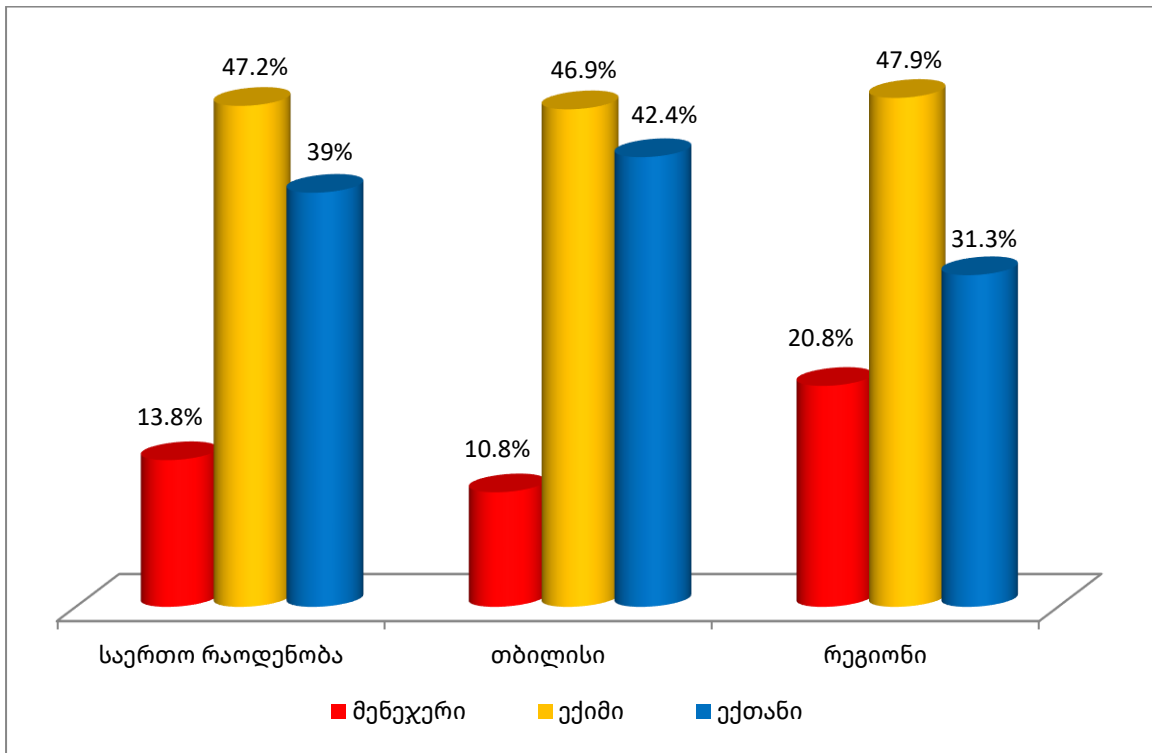
სიმძლავრის მიხედვით, 50-ზე მეტ საწოლზე გაშლილი 28 საავადმყოფოდან 19, ანუ ამ ტიპის საავადმყოფოთა 67,9% მდებარეობდა თბილისში, ხოლო 9 (32,1%) რეგიონებში. 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის 18 საავადმყოფოდან ნახევარი (9 საავადმყოფო) იყო თბილისში და ნახევარი რეგიონებში. მულტიპროფილური საავადმყოფოებიდან 17 (ამ ტიპის საავადმყოფოთა 53,1%) თბილისში მდებარეობდა და 15 (46,9%) რეგიონებში. რაც შეეხება მონოპროფილურ საავადმყოფოებს, მათგან 11 (გამოკითხულთა 78,6%) იყო თბილისში და მხოლოდ 3 საავადმყოფო (21,4%) მდებარეობდა რეგიონებში (ნახაზი 4).



ნახაზი 4. საავადმყოფოების განაწილება მდებარეობის, სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით.

წყარო: კვლევის მასალები.

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 477-მა რესპონდენტმა. მათ შორის, 66 იყო (გამოკითხულთა 13,8%) სხვადასხვა დონის მენეჯერი, 225 (47,2%) ექიმი, და 186 (39%) ექთანი. თბილისში სულ გამოკითხულ იქნა 333 რესპონდენტი, რაც კვლევაში მონაწილეთა 69,8%-ია. მათგან 36 (10,8%) იყო მენეჯერი, 156 (46,9%) - ექიმი და 141 (42,4%) ექთანი. რეგიონებში გამოკითხულ იქნა 144 რესპონდენტი, რაც კვლევაში მონაწილეთა 30,2%-ია. მათგან 30 (20,8%) იყო მენეჯერი, 69 (47,9%) ექიმი, და 45 (31,3%) ექთანი (ნახაზი 5).

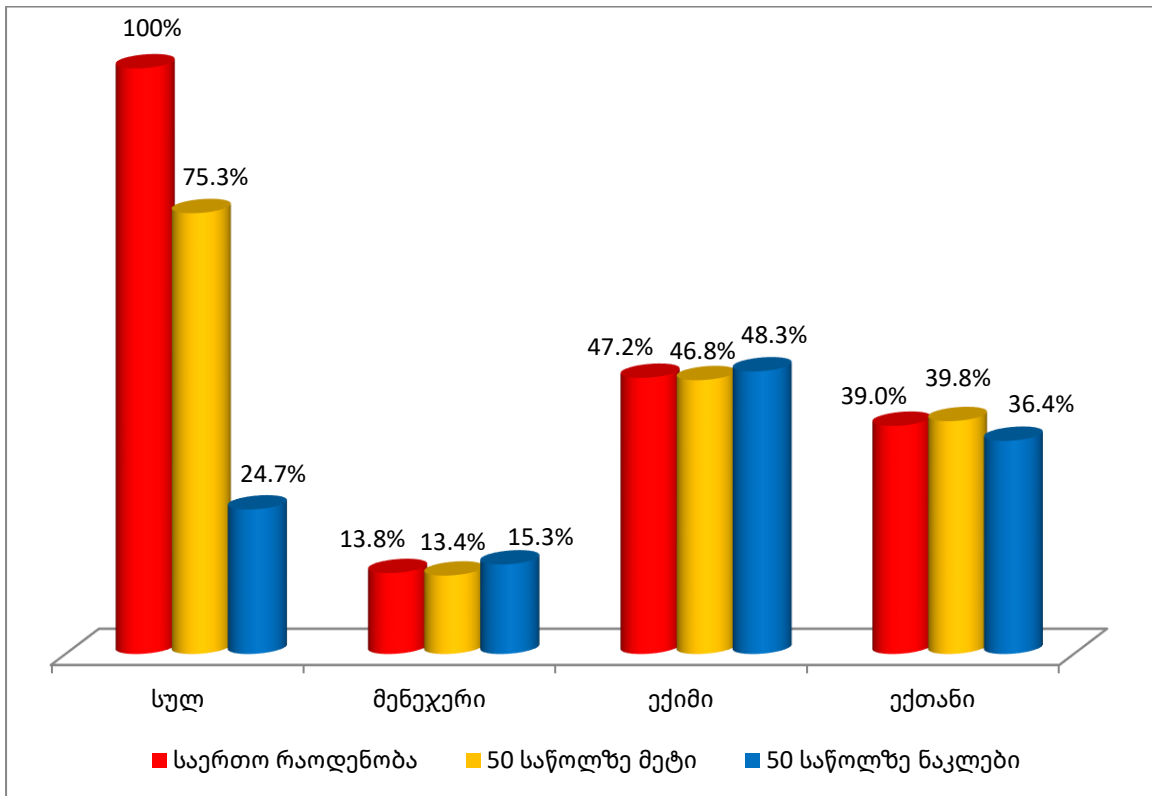


ნახაზი 5. რესპონდენტთა განაწილება თანამდებობისა და საავადმყოფოების მდებარეობის მიხედვით.

წყარო: კვლევის მასალები.

განხილული მონაცემებიდან ირკვევა, რომ თბილისის საავადმყოფოებში ექთნები უფრო მეტად არიან დაინტერესებული აკრედიტაციის პროცესზე აზრის გამოთქმით, ვიდრე რეგიონებში.

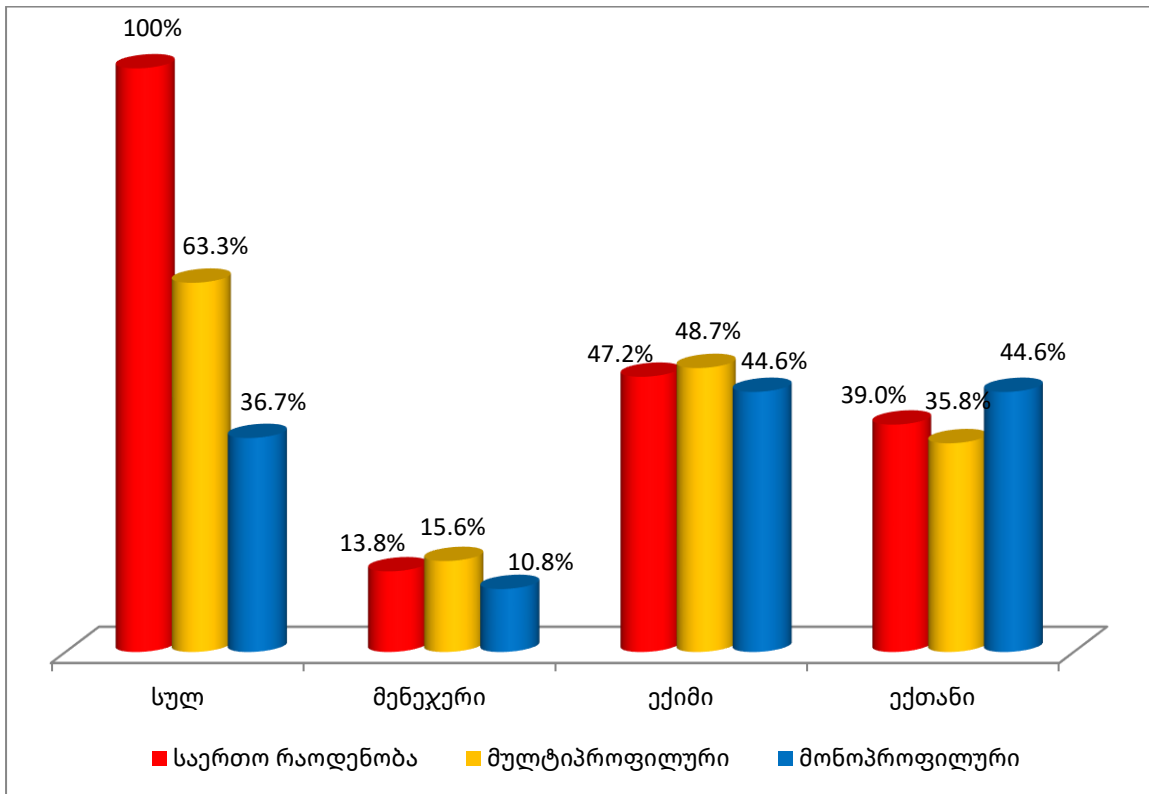
50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხულ იქნა 359 რესპოდენტი, ანუ საერთო რაოდენობის 75,3%. მათგან 48 (საერთო რაოდენობის 13,4%) იყო მენეჯერი, 168 (46,8%) ქეიმი და 143 (39,8%) ქეთანი. 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხული 118 რესპოდენტიდან, რამაც საერთო რაოდენობის 24,7% შეადგინა, 18 (საერთო რაოდენობის 15,3%) იყო მენეჯერი, 57 (48,3%) ქეიმი და 43 (36,4%) ქეთანი (ნახაზი 6).



ნახაზი 6. რესპონდენტთა განაწილება საავადმყოფოების სიმძლავრის მიხედვით.

წყარო: კვლევის მასალები.

მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხული იქნა 302 რესპოდენტი, ანუ საერთო რაოდენობის 63,3%. მათ შორის, 47 (საერთო რაოდენობის 15,6%) იყო მენეჯერი, 147 (48,7%) ექიმი და 108 (35,8%) ექთანი. რაც შეეხება მონოპროფილურ საავადმყოფოებს, კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 175-მა (საერთო რაოდენობის 36,7%) რესპოდენტმა, რომელთა შორის 19 (10,8%) იყო მენეჯერი, ხოლო გამოკითხულ ექიმთა და ექთანთა რაოდენობა თანაბარი იყო (78 რესპოდენტი), რამაც მონოპროფილურ დაწესებულებებში გამოკითხულთა 44,6% შეადგინა (ნახაზი 7).



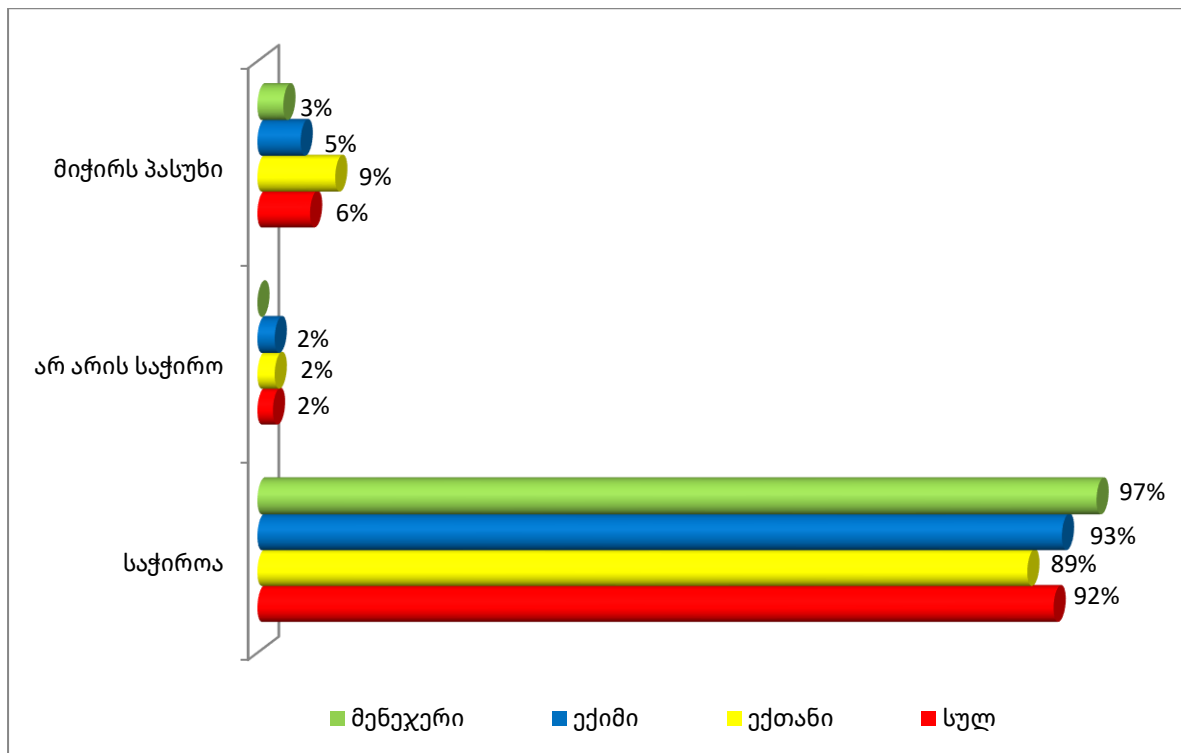
ნახაზი 7. რესპონდენტთა განაწილება საავადმყოფოების პროფილის მიხედვით.

წყარო: კვლევის მასალები.

განხული მონაცემები ცხადყოფს, რომ კვლევაში მონაწილე პერსონალის პროცენტული შემადგენლობა საავადმყოფოების სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება, რაც უფრო დამაჯერებელს უნდა ხდიდეს საავადმყოფოთა აკრედიტაციის პერსპექტივებზე მათ მიერ გამოთქმული აზრის ანალიზის შედეგებს.

3.2. კვლევაში მონაწილე პერსონალის გამოკითხვის შედეგები

კვლევაში მონაწილე რესპოდენტთა 92% საჭიროდ მიიჩნევს საავადმყოფოთა აკრედიტაციის პროცესის დანერგვას საქართველოში, 2% არ თვლის მას საჭიროდ, ხოლო 6%-ს უჭირს პასუხის გაცემა ამ კითხვაზე. გამოკითხულ მენეჯერთა 97%, ექიმთა 93% და ექთანთა 89% საჭიროდ მიიჩნევს აკრედიტაციის დანერგვის პროცესს საქართველოში. უარყოფითი პასუხი ექიმებისა და ექთნების 2-2%-მა დააფიქსირა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა გამოკითხულ მენეჯერთა 3%-ს, ექიმთა 5%-ს და ექთანთა 9%-ს (ნახაზი 8). მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=12,5$; $df=2$; $P<0.05$).



ნახაზი 8. აკრედიტაციის პროცესის დანერგვის საჭიროება საქართველოში.

წყარო: კვლევის მასალები.

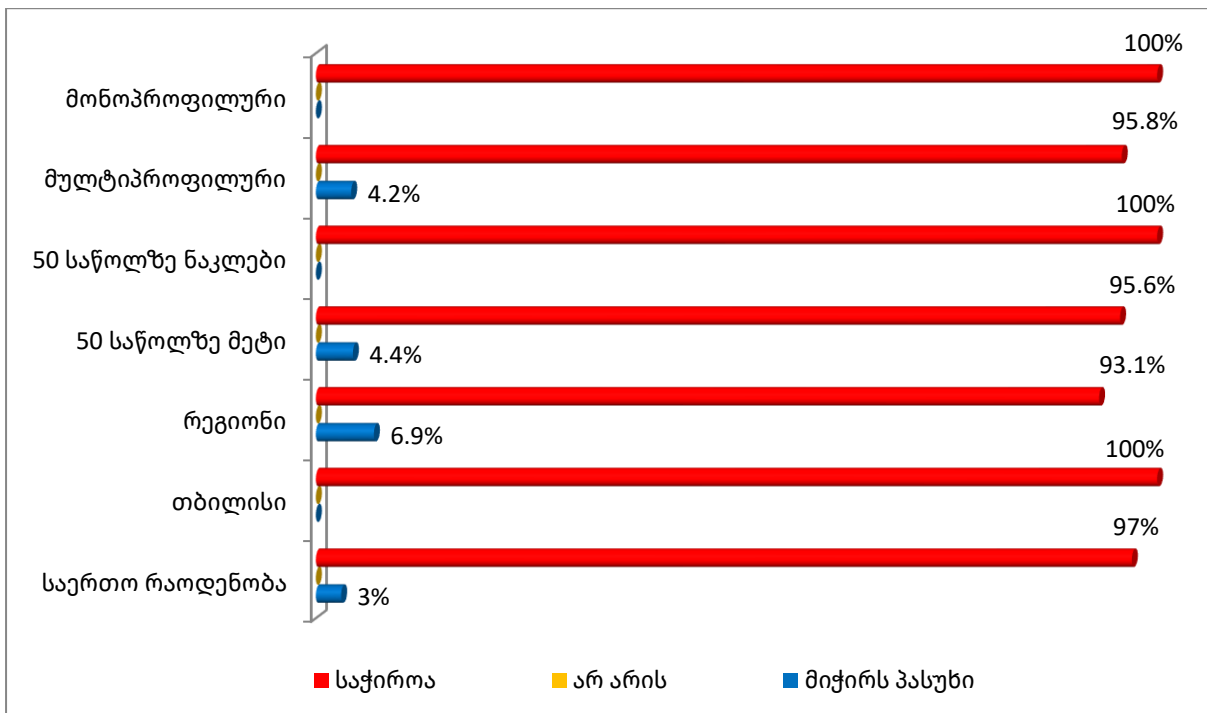
საავადმყოფოების მდებარეობის მიხედვით, გამოკითხულ მენეჯერთა პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: რეგიონებში 93,1%, ხოლო თბილისში 100% თვლის,

რომ ქვეყანაში აკრედიტაციის პროცესის დანერგვა საჭიროა, მაშინ, როდესაც რეგიონში მენეჯერების 6,9%-ს გაუჭირდა ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა.

აკრედიტაციის პროცესის დანერგვა საჭიროდ მიაჩნია 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოებში დასაქმებული მენეჯერების 100%-ს, მაშინ როდესაც 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში მათი წილი 95,6% იყო. დარჩენილ 4,4%-ს გაუჭირდა ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა.

რაც შეეხება საავადმყოფოთა პროფილს, მონოპროფილური საავადმყოფოების მენეჯერთა 100%-ს მიაჩნია, რომ აკრედიტაციის დანერგვა საჭიროა.

მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ მენეჯერთა მხოლოდ 95,8% თვლის აკრედიტაციის დანერგვას საჭიროდ, ხოლო 4,2%-ს გაუჭირდა ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა (ნახაზი 9).

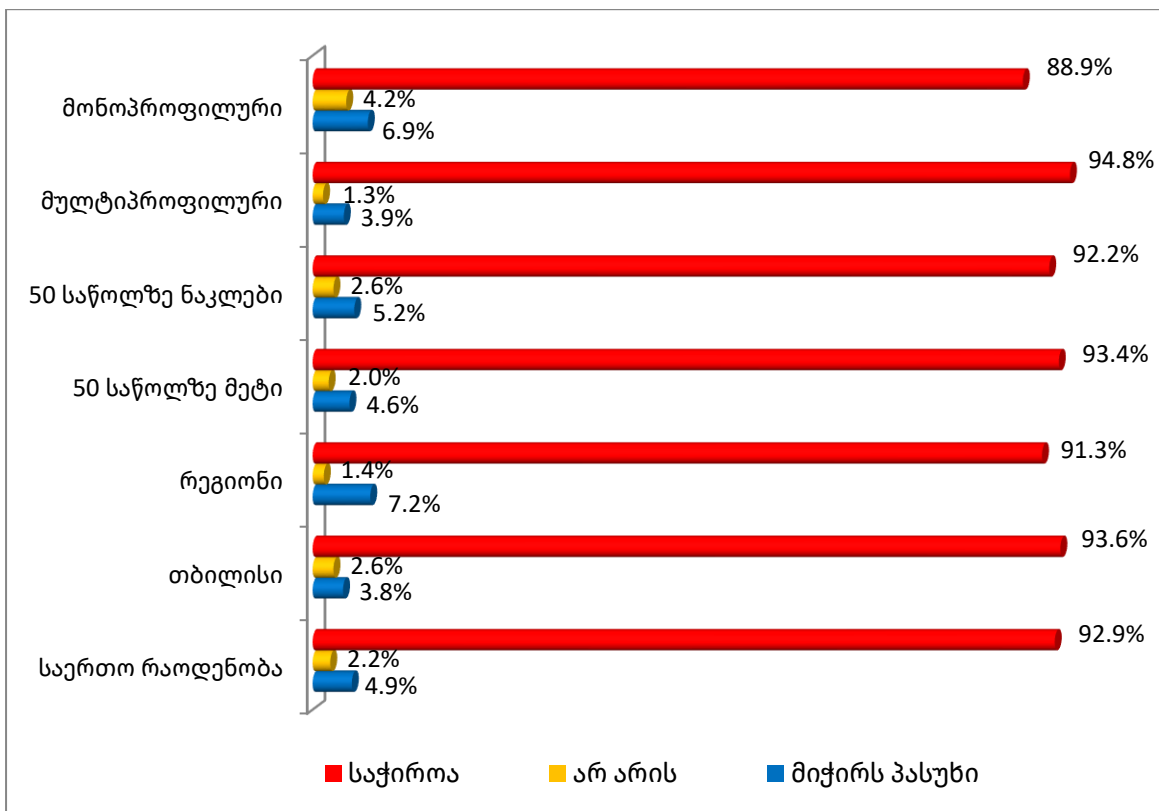


ნახაზი 9. მენეჯერების აზრი აკრედიტაციის პროცესის დანერგვის საჭიროებაზე საქართველოში საავადმყოფოთა მდებარეობის, სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით.

წყარო: კვლევის მასალები.

რაც შეეხება ექიმებს, თბილისის საავადმყოფოებში მათი 93,6% ხოლო რეგიონებში 91,3% თვლის, რომ აკრედიტაციის პროცესის დანერგვა საჭიროა. უარყოფითი დამოკიდებულება აკრედიტაციის შემოღებაზე გააჩნია თბილისის საავადმყოფოთა ექიმების 2,6%-ს, ხოლო რეგიონებში - 1,4%. ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა გაუჭირდათ თბილისში ექიმების 3,8%-ს, ხოლო რეგიონებში -ში 7,2%-ს.

50 საწოლზე მეტი და 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა 93,4%-ს და 92,2%-ს შესაბამისად, საჭიროდ მიაჩნიათ აკრედიტაციის პროცესის დანერგვა, 2,0% და 2,6% შესაბამისად, თვლის, რომ ის საჭირო არ არის, ხოლო 7,2%-ს და 4,6%-ს გაუჭირდა ამ საკითხთან დაკავშირებით საკუთარი აზრის გამოთქმა. მსგავსი მონაცემებია მიღებული გამოკითხულ ექიმთა პასუხებში მათი საავადმყოფოების პროფილის მიხედვით შედარებისას (ნახაზი 10).



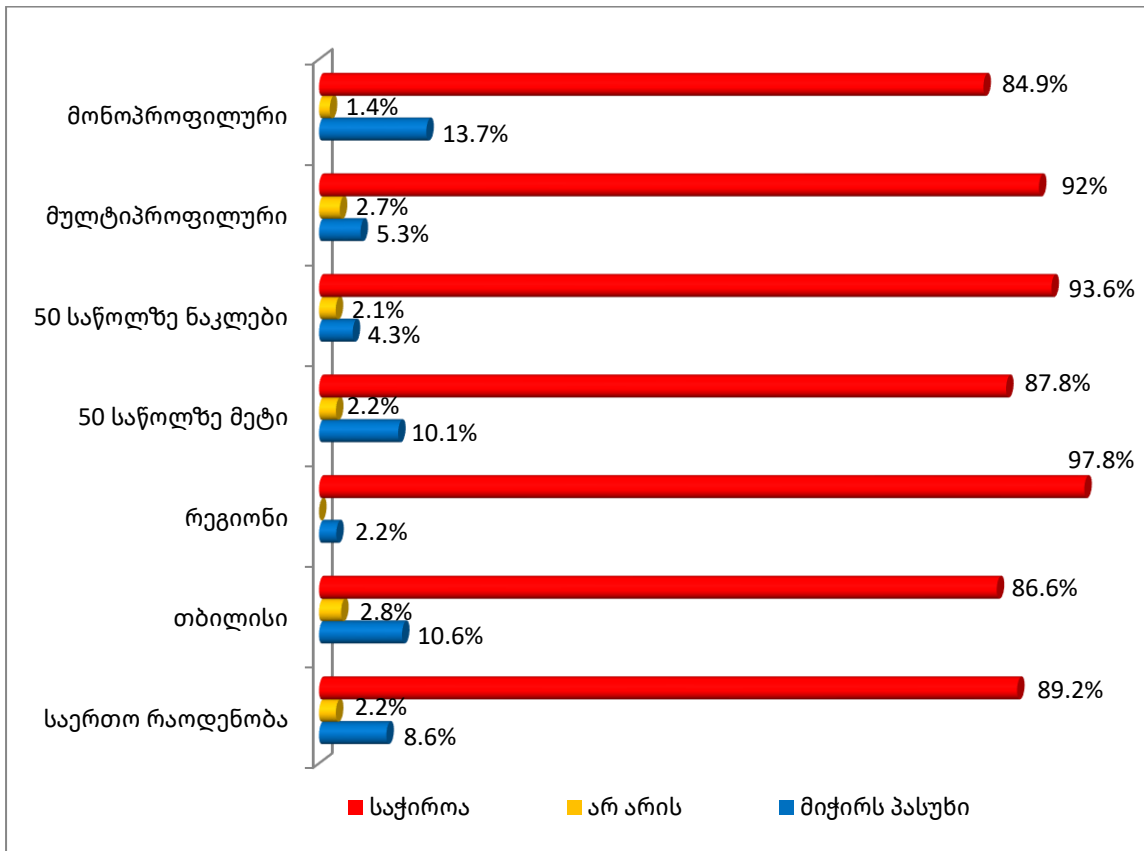
ნახაზი 10. ექიმების აზრი აკრედიტაციის პროცესის დანერგვის საჭიროებაზე საქართველოში საავადმყოფოთა მდებარეობის, სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით.

წყარო: კვლევის მასალები.

მენეჯერებისა და ექიმებისაგან განსხვავებული მონაცემები იქნა მიღებული ექთანთა გამოკითხვის შედეგად. კერძოდ, თბილისში მდებარე საავადმყოფოების ექთანთა მხოლოდ 86,6%-მა, ხოლო რეგიონების 97,8%-მა ჩათვალა, რომ აკრედიტაციის პროცესის შემოღება საჭიროა. უარყოფითი დამოკიდებულება საავადმყოფოთა აკრედიტაციის დაწყებასთან დაკავშირებით აღმოაჩნდა თბილისის ექთანთა 2,8%-ს, მაშინ როდესაც რეგიონებში ესეთები საერთოდ არ აღმოჩნდნენ. ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა გაუჭირდა თბილისის საავადმყოფოებში დასაქმებულ ექთანთა 10,6%-ს, ხოლო რეგიონებში დასაქმებულთა 2,2%-ს.

50 საწოლზე მეტი და 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოში გამოკითხულ ექთანთა 87,8%-ს და 93,6%-ს შესაბამისად, საჭიროდ მიაჩნიათ აკრედიტაციის პროცესის დანერგვა საქართველოში, 2,2% და 2,1% შესაბამისად, თვლის, რომ ის საჭირო არ არის, ხოლო 10,1%-ს და 4,3%-ს გაუჭირდა ამ საკითხთან დაკავშირებით საკუთარი აზრის გამოთქმა.

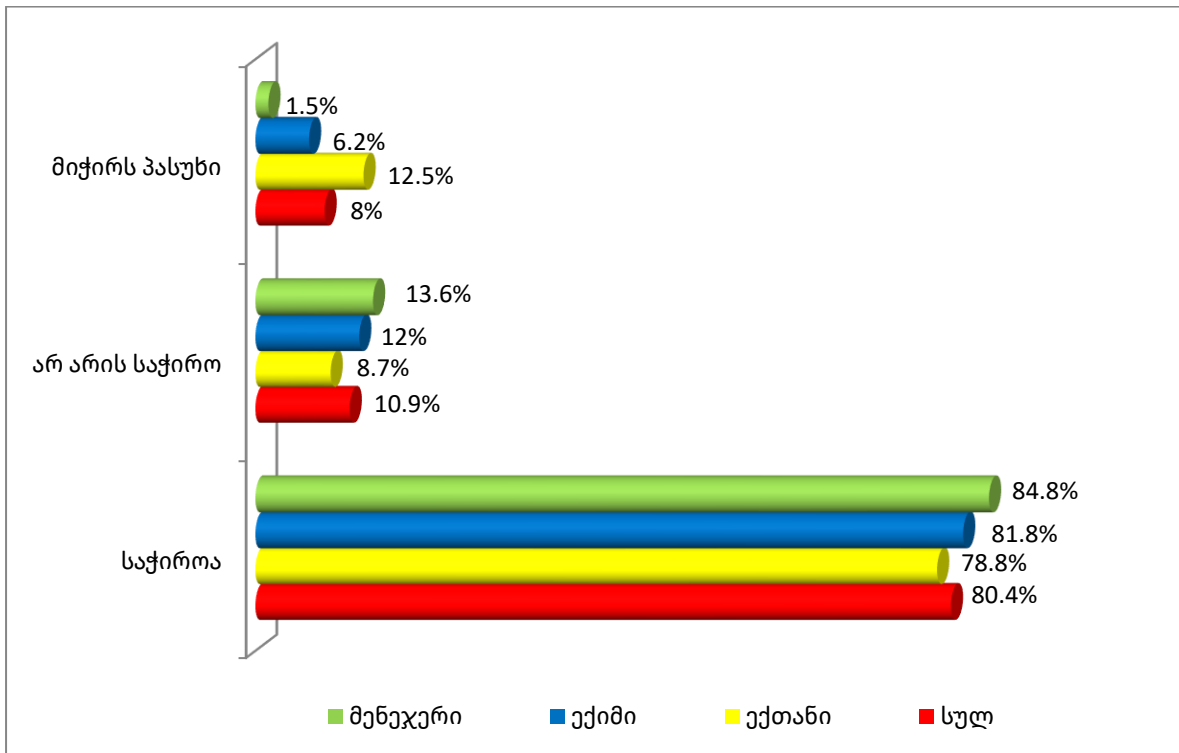
რაც შეეხება საავადმყოფოთა პროფილს, მულტიპროფილური საავადმყოფოების ექთანთა 92%-ს მიაჩნია, რომ აკრედიტაციის დანერგვა საჭიროა, 2,7% ვერ ხედავს მის საჭიროებას და 5,3%-ს გაუჭირდა ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა. რაც შეეხება მონოპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ ექთნებს, მათი მხოლოდ 84,9% თვლის აკრედიტაციის დანერგვას საჭიროდ, 1,4%-მა არ ჩათვალა ამ პროცესის დაწყება საჭიროდ, ხოლო 13,7%-ს გაუჭირდა კითხვაზე პასუხის გაცემა (ნახაზი 11).



ნახაზი 11. ექთნების აზრი აკრედიტაციის პროცესის დანერგვის საჭიროებაზე საქართველოში საავადმყოფოთა მდებარეობის, სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით.

წყარო: კვლევის მასალები.

კითხვაზე, უნდა იყოს თუ არა სავალდებულო საავადმყოფოების აკრედიტაცია საქართველოში კვლევაში მონაწილე რესპოდენტთა 80,4% მიიჩნევს, რომ ის სავალდებულო უნდა იყოს, 10,9% არ თვლის მას სავალდებულოდ, ხოლო 8%-ს უჭირს პასუხის გაცემა ამ კითხვაზე. გამოკითხულ მენეჯერთა 84,8%, ექიმთა 81,8% და ექთანთა 78,8% თვლის, რომ საავადმყოფოთა აკრედიტაცია სავალდებულო უნდა იყოს საქართველოში. უარყოფითი პასუხი მენეჯერთა 13,6%-მა, ექიმების 12%-მა და ექთნების 8,7%-მა დააფიქსირა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა მენეჯერთა 1.5%-ს, ექიმთა 6.2%-ს და ექთანთა 12.5%-ს (ნახაზი 12). მონაცემები სტატისტიკურად ნაკლებად სარწმუნოა (chi-square=13,4; df=6; P>0.05).



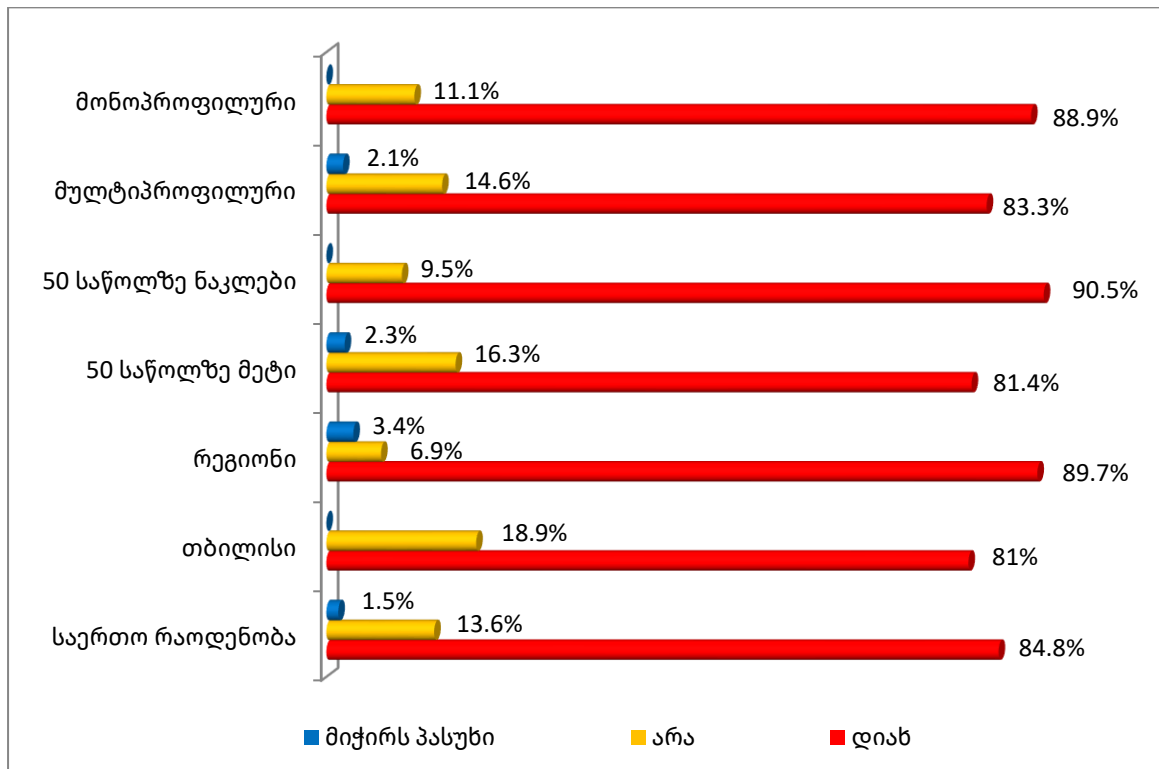
ნახაზი 12. უნდა იყოს თუ არა საავადმყოფოების აკრედიტაცია სავალდებულო საქართველოში.

წყარო: კვლევის მასალები.

ამავე კითხვაზე დადებითი პასუხი გასცა თბილისში გამოკითხულ მენეჯერთა 81%-მა და რეგიონებში 89,7%-მა. უარყოფითი პასუხი გასცა თბილისში მენეჯერთა 18,9%-მა, ხოლო რეგიონებში - 6,9%-მა. პასუხის გაცემა გაუჭირდა რეგიონების საავადმყოფოთა მენეჯერთა 3,4%-ს, ხოლო თბილისში ასეთები არ აღმოჩნდნენ.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოების მენეჯერთა 81,4% და 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოების მენეჯერთა 90,5% თვლის, რომ აკრედიტაციის პროცესი საქართველოში სავალდებულო უნდა იყოს. რაც შეეხება მოსაზრებას, რომ აკრედიტაციის პროცესი არ უნდა იყოს საავადმყოფოებისთვის სავალდებულო იზიარებს 50-ზე მეტი საწოლის მქონე საავადმყოფოების მენეჯერთა 16,3%, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლების მქონეთა 9,5%. პასუხის გაცემა გაუჭირდა 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოების მენეჯერთა 2,3%-ს, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლების მქონეთა შორის ასეთი არ აღმოჩნდა.

პროფილის მიხედვით პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა:
მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ
მენეჯერთა 83,3%-მა, უარყოფითი 14,6%-მა, ხოლო 2,1%- ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა.
რაც შეეხება მონოპროფილურ საავადმყოფოებს, დადებითი პასუხი გასცა
გამოკითხულ მენეჯერთა 88,9%-მა, უარყოფითი - 11,1%-მა (ნახაზი 13).

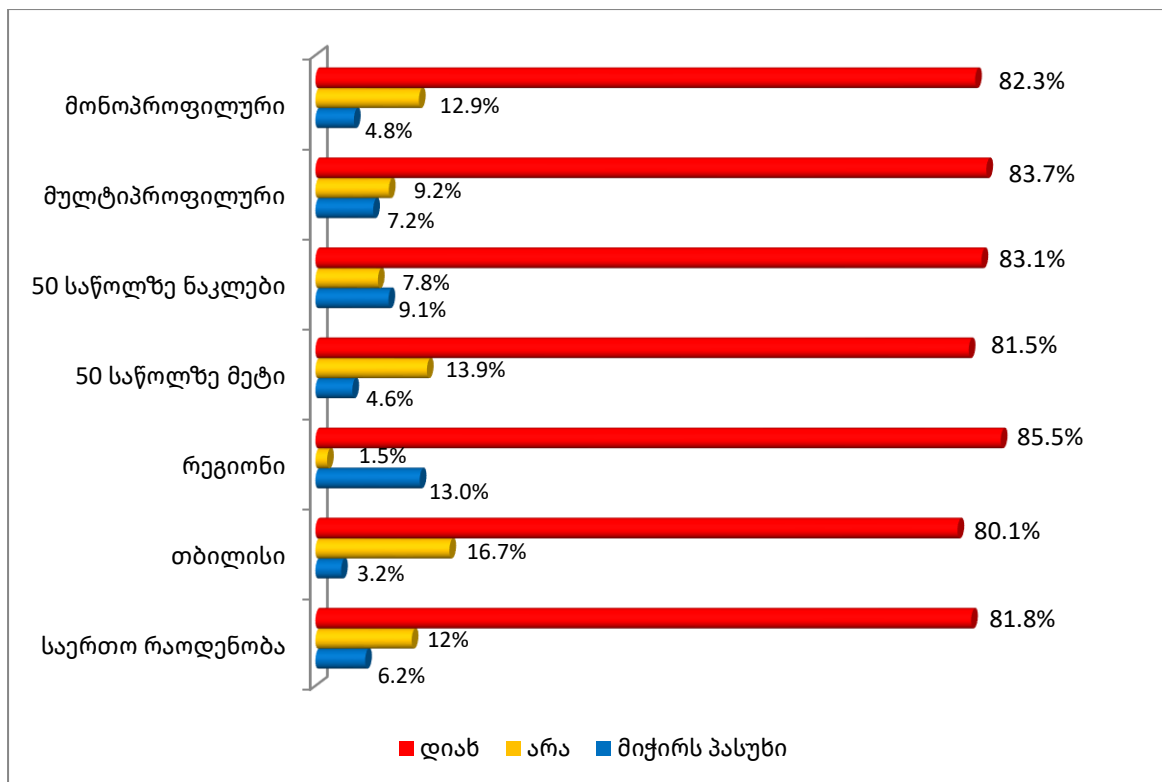


ნახაზი 13. უნდა იყოს თუ არა საავადმყოფოების აკრედიტაცია სავალდებულო
საქართველოში - მენეჯერების აზრი.

წყარო: კვლევის მასალები.

რაც შეეხება ექიმებს, თბილისში ამ კითხვას დადებითი პასუხი გასცა რესპოდენტთა
80,1%-მა, რეგიონებში კი ექიმების წილმა 85,5% შეადგინა. აკრედიტაციას
სავალდებულოდ არ თვლის თბილისის საავადმყოფოებში გამოკითხულ ექიმთა
16,7%, ხოლო რეგიონების საავადმყოფოებში გამოკითხულ ექიმთა 1,5%. თბილისში ამ
კითხვაზე პასუხის გაცემა გაუჭირდა გამოკითხულ ექიმთა 13%-ს, ხოლო რეგიონებში
3,2%-ს.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში ექიმთა 81,5% და 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოების ექიმთა 83,1% თვლის, რომ აკრედიტაციის პროცესი საქართველოში უნდა იყოს სავალდებულო. რაც შეეხება მოსაზრებას, რომ აკრედიტაციის პროცესი არ უნდა იყოს კლინიკებისთვის სავალდებულო იზიარებს 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოებში ექიმთა 13,9%, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოებში ექიმთა 7,8%. 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში კითხვაზე პასუხის გაცემა გაუჭირდა გამოკითხულ ექიმთა 4,6%, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოებში აღნიშნულმა მაჩვენებელმა 9,2% შეადგინა. პროფილის მიხედვით პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ ექიმთა 83,7% - მა, უარყოფითი 9,2%-მა, ხოლო 7,2%- ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა. მონოპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა 82,3%-მა, უარყოფითი 12,9%-მა, ხოლო 4,8% - ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა (ნახაზი 14).



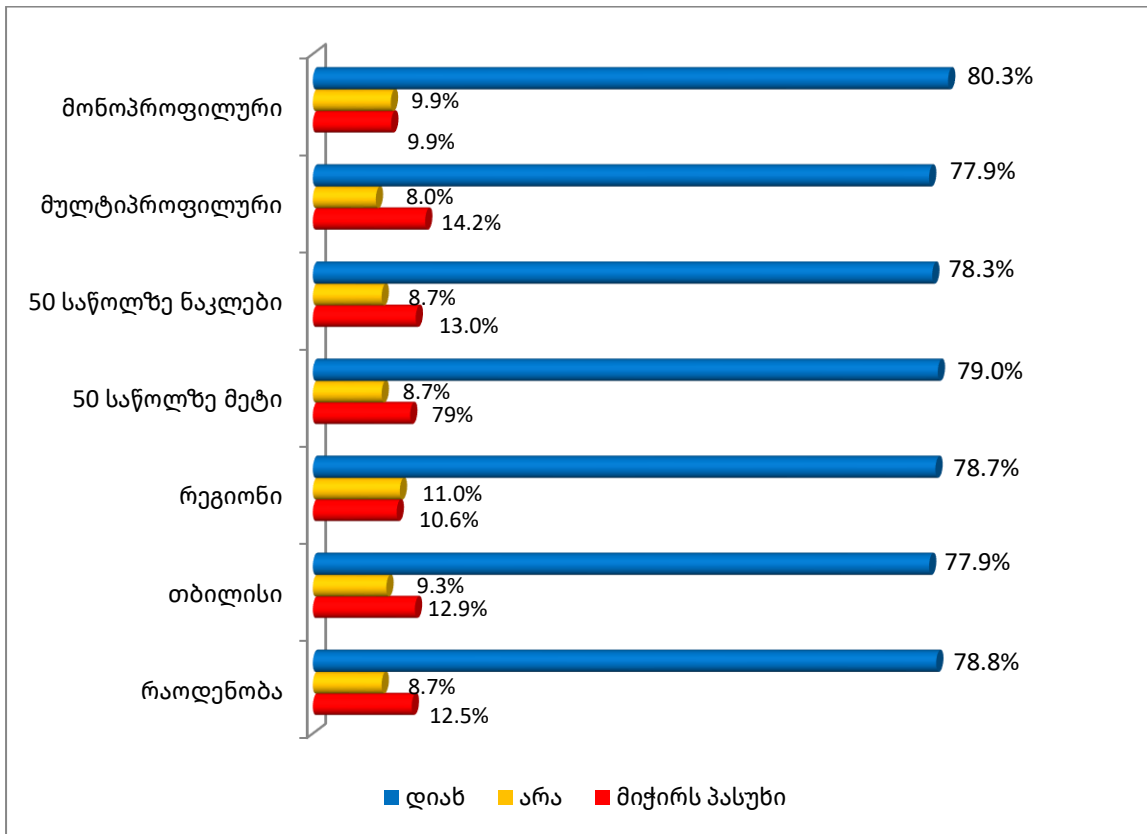
ნახაზი 14. უნდა იყოს თუ არა საავადმყოფოების აკრედიტაცია სავალდებულო
საქართველოში - ექიმების აზრი.

წყარო: კვლევის მასალები.

ამავე კითხვაზე თბილისში დადებითი პასუხი გასცა ექთანთა 77,9%-მა, უარყოფითი - 9,3%-მა, პასუხის გაცემა გაუჭირდა გამოკითხულ ექთანთა 12,9%-ს. ხოლო რეგიონებში დადებითი პასუხი გასცა - 78,7%-მა, უარყოფითი - 11% - მა, ხოლო პასუხისგან თავი შეიკავა გამოკითხულ ექთანთა - 10,6 %-მა.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხულ ექთანთა 79% და 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოების გამოკითხულ ექთანთა 77,9% თვლის, რომ აკრედიტაციის პროცესი საქართველოში უნდა იყოს სავალდებულო. რაც შეეხება მოსაზრებას, რომ აკრედიტაციის პროცესი არ უნდა იყოს სავალდებულო 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში აღნიშნავს ექთანთა 12,3%, ხოლო აღნიშნული მაჩვენებელი 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოში 8,7% -ია. 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში პასუხის გაცემა გაუჭირდა გამოკითხულ ექთანთა 12,3%, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოებში აღნიშნულმა მაჩვენებელმა 13 % შეადგინა.

პროფილის მიხედვით პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ ექთანთა 77,9% - მა , უარყოფითი 8 %-მა, ხოლო 14,2%-ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა. მონოპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა 80,3%-მა, უარყოფითი პასუხი 9,9%-მა და ასევე 9,9% - ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა (ნახაზი 15).

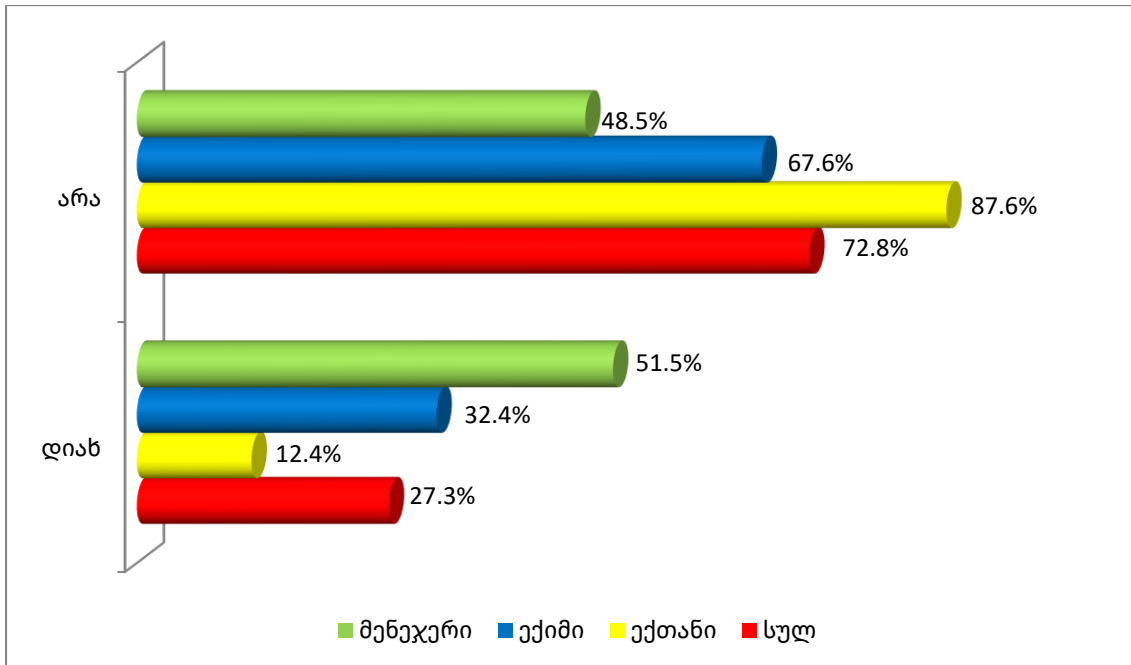


ნახაზი 15. უნდა იყოს თუ არა საავადმყოფოების აკრედიტაცია სავალდებულო საქართველოში - ექთნების აზრი.

წყარო: კვლევის მასალები.

საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობასთან დაკავშირებით სამი მნიშვნელოვანი თანამდებობრივი რგოლის, მენეჯერების, ექიმებისა და ექთნების პასუხების შედარების შედეგად ირკვევა, რომ კვლევაში მონაწილე სამივე თანამდებობის რესპონდენტთა მხოლოდ 27,3% თვლის, რომ მათთვის ცნობილია რომელიმე საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნები, ხოლო 72,8%-თვის ასეთები უცნობია. გამოკითხულ მენეჯერთაგან დადებითი პასუხი ფიქსირდება 51,5%, ხოლო უარყოფითი - 48,5%-ში. ექიმებისა და ექთნების შემთხვევაში საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნათა ცნობადობა კლებულობს 32,4% და 12,4%-მდე. შესაბამისად ამგვარი ინფორმაცია უცნობია გამოკითხულ ექიმთა 68%-სთვის და

ექთნების 88%-თვის (ნახაზი 16). მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა (chi-square=49,5; df=2; P=0).



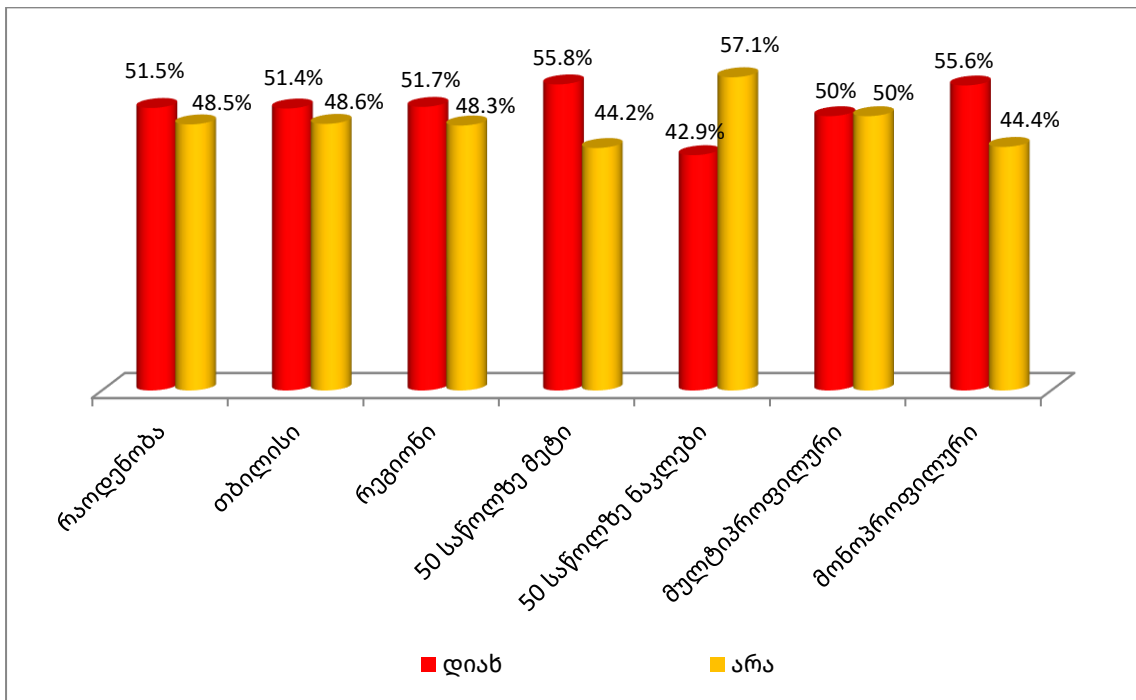
ნახაზი 16. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობის შედარება მენეჯერებს, ექიმებსა და ექთნებს შორის.

წყარო: კვლევის მასალები.

ადგილმდებარეობის მიხედვით, თბილისში გამოკითხულ მენეჯერთა 51,4%-მა, ხოლო რეგიონებში გამოკითხულთა 51,7%-მა დადებითი პასუხი გასცა საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებთან დაკავშირებულ შეკითხვას, მაშინ, როდესაც თბილისში 48,6%-თვის, ხოლო რეგიონებში 48,3%-თვის ამგვარი მოთხოვნები უცნობი აღმოჩნდა.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხულ მენეჯერთა 55,8%, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოებში მენეჯერთა 42,9% -თვის ცნობილია საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნები. 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხულ მენეჯერთა 44,2% -თვის, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოებში 57,1% მენეჯერისთვის

საერთაშორისო მოთხოვნები უცნობია. პროვილის მიხედვით პროცენტული განაწილება შემდეგია: მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში საერთაშორისო მოთხოვნების ცნობადობა 50%-ს აღწევს, 50%-თვის კი უცნობია აკრედიტაციის მოთხოვნები. მონოპროფილურ საავადმყოფოებში გამოკითხულ მენეჯერთა 55,6%-მა დადებითი, ხოლო 44,4%-მა უარყოფითი პასუხი გასცა შეკითხვას (ნახაზი 17).



ნახაზი 17. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობა, მენეჯერები.

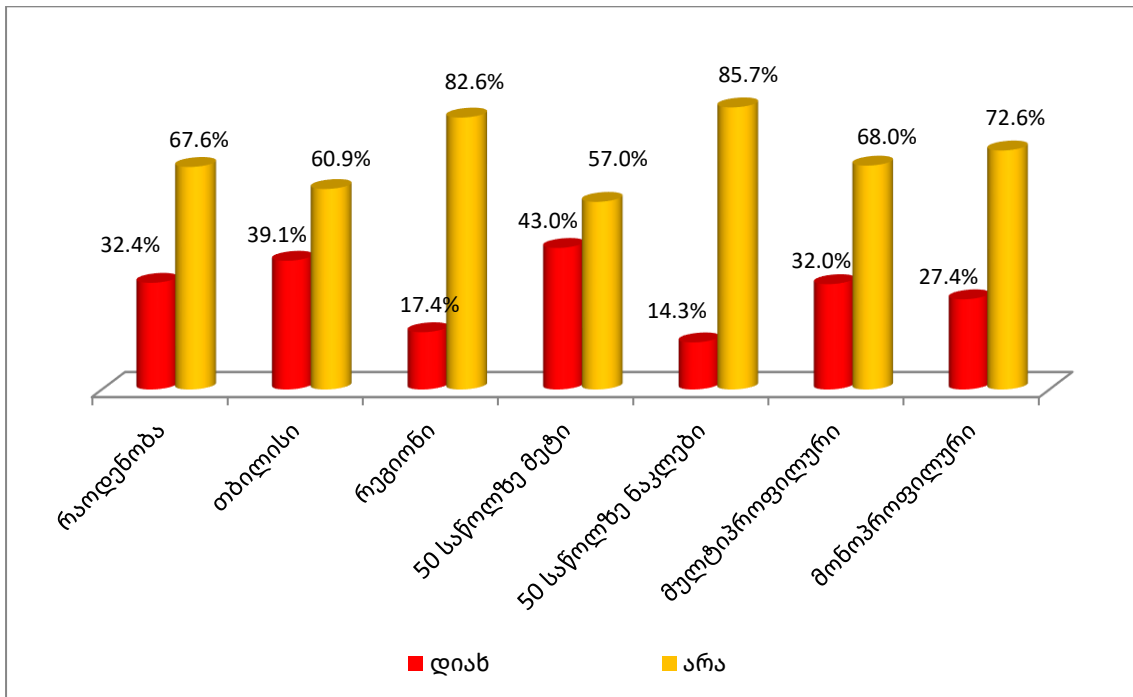
წყარო: კვლევის მასალები.

თბილისში გამოკითხულ ექიმთა 39,1% - მა, ხოლო რეგიონებში გამოკითხულ ექიმთა 17,4% - მა დადებითი პასუხი გასცა ამავე შეკითხვას. უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა თბილისში გამოკითხულ ექიმთა 60,9 % -მა, ხოლო რეგიონებში 82,6%-მა.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში ექიმთა 43% -თვის, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოებში ექიმთა 14,3% -თვის ცნობილია საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნები. 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის

საავადმყოფოებში გამოკითხულ ექიმთა 57%- თვის, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის კლინიკაში 85,7%- თვის საერთაშორისო მოთხოვნები უცნობია.

პროფილის მიხედვით პროცენტული განაწილება შემდეგია: მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში საერთაშორისო მოთხოვნების ცნობადობა გამოკითხულ ექიმებში 32%- ს აღწევს, ხოლო 68% -თვის უცნობია საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნები. რეგიონის შემთხვევაში გამოკითხულ ექიმთა 27,4% -მა დადებითი, ხოლო 72,6%-მა უარყოფითი პასუხი გასცა შეკითხვას (ნახაზი 18).

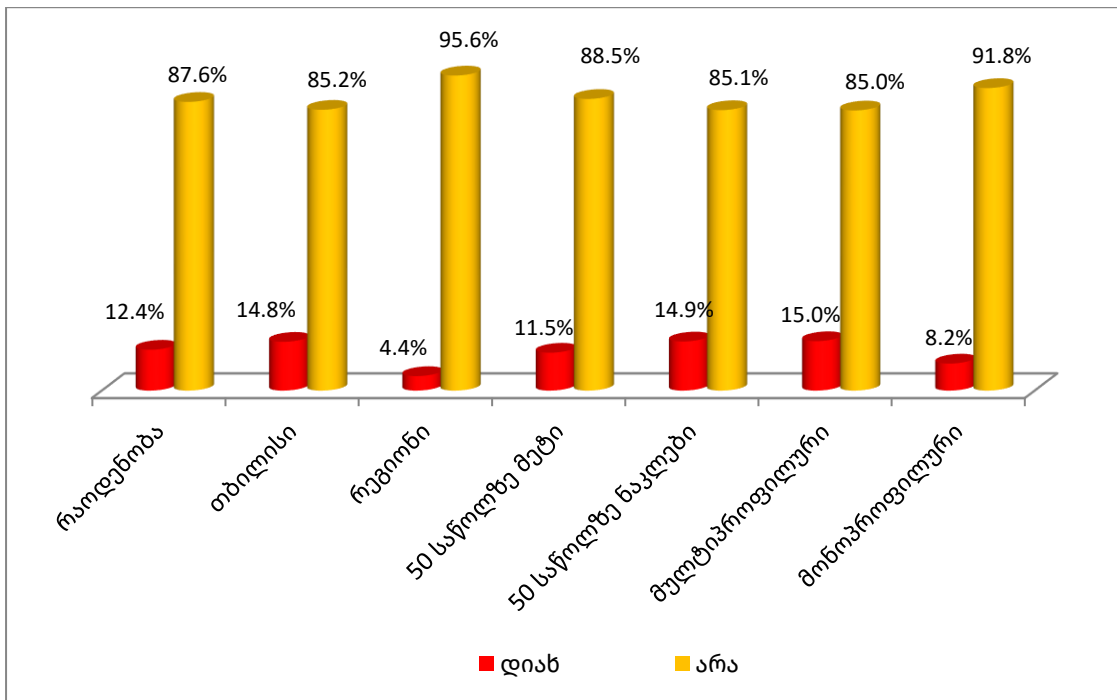


ნახაზი 18. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობა, ექიმები.

წყარო: კვლევის მასალები.

საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობის მაჩვენებლები ექთნებში შემდეგნაირად გადანაწილდა: თბილისში გამოკითხულ ექთანთა 14,8% - მა დადებითი და 85,2% -მა უარყოფითი პასუხი გასცა შეკითხვას, ხოლო რეგიონებში გამოკითხულ ექთანთა 4,4% - მა დადებითი და 95,6%-მა გასცა უარყოფითი პასუხი.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში ექთანთა 11,5%, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოებში ექთანთა 14,9% -თვის ცნობილია საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნები. 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხულ ექთანთა 88,5%, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოებში 85,1% - თვის საერთაშორისო მოთხოვნები უცნობია. პროფილის მიხედვით პროცენტული განაწილება შემდეგია: მულტიპროფილურ საავადმყოფოში საერთაშორისო მოთხოვნების ცნობადობა ექთნებში 15 %- ს აღწევს, ხოლო 85% -თვის უცნობია აკრედიტაციის მოთხოვნები. რეგიონების შემთხვევაში გამოკითხულ ექთანთა 8,2% -მა დადებითი, ხოლო 91,8%-მა უარყოფითი პასუხი გასცა შეკითხვას (ნახაზი 19).



ნახაზი 19. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობა, ექთნები.

წყარო: კვლევის მასალები.

საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობასთან დაკავშირებულ კითხვაში დადებითი პასუხის გაცემის შემთხვევაში რესპოდენტებს ვთხოვდით მათთვის ცნობილი სააკრედიტაციო სისტემის დასახელებას.

საავადმყოფოთა მენეჯერების პასუხებიდან ირკვევა, რომ იმ 34 მენეჯერიდან, რომლებმაც დადებითი პასუხი გასცა ამ კითხვას, მხოლოდ 15-მა, ანუ 44.1%-მა მიუთითა ისეთ ორგანიზაციებზე, რომლებიც ნამდვილად ახორციელებენ სამედიცინო ორგანიზაციების აკრეტრედიტაციას, კერძოდ, Joint Commission International (JCI), Canadian Accreditation Program (CAP) და The American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (AAAASF). 10-მა რესპოდენტმა (29.4%) მათთვის ცნობილ სააკრედიტაციო ორგანიზაციად დაასახელა International Organization for Standardization (ISO), რომელიც ადგენს ცალკეული სერვისის საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობას, 1-მა (2.9%) დაასახელა External Quality Assessment (EQA), რომელიც სამედიცინო ლაბორატორიების ხარისხის შეფასებითაა დაკავებული, 8 რესპოდენტმა (23.5%) მიუთითა ერთი ან რამდენიმე ქვეყანა, ხოლო 7-მა რესპოდენტმა ანუ 20.6%-მა საერთოდ არ დაასახელა მათთვის ცნობილი რომელიმე სააკრედიტაციო სისტემა, რაც ეჭვის ქვეშ აყენებს სააკრედიტაციო სისტემების ცნობადობის შესახებ მათი მათ მიერ გაცემული დადებითი პასუხის სისწორეს (ცხრილი 1).

ცხრილი 5. მენეჯერებისთვის ცნობილი საერთაშორისო აკრედიტაციით დაკავებული ორგანიზაციები.

	რაოდენობა	%
Joint Commission International (JCI)-	13	38.2%
CAP- Canadian Accreditation Program	1	2.9%
AAAASF - The American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities	1	2.9%
აკრედიტაციით დაკავებული ორგანიზაციების ჯამი	15	44.1%
ISO - International Organization for Standardization	10	29.4%
EQA- External Quality Assessment	1	2.9%
რომელიმე ქვეყანა სააკრედიტაციო სისტემის მითითების გარეშე	8	23.5%

პასუხის გარეშე	7	20.6%
----------------	---	-------

წყარო: კვლევის მასალები.

საავადმყოფოთა ექიმების პასუხებიდან ირკვევა, რომ იმ 73 ექიმიდან, რომლებმაც დადებითი პასუხი გასცა ამ კითხვას, მხოლოდ 9-მ, ანუ 12,3%-მა მიუთითა ისეთ ორგანიზაციებზე, რომლებიც ნამდვილად ახორციელებენ სამედიცინო ორგანიზაციების აკრეტრედიტაციას. 15-მა რესპოდენტმა (20,6%) მათთვის ცნობილ სააკრედიტაციო ორგანიზაციად დაასახელა International Organization for Standardization (ISO), რომელიც ადგენს ცალკეული სერვისის საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობას, თითო-თითო რესპოდენტმა ექიმმა (1.37%) დაასახელა შემდეგი: ISAPS- International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ესთეტიკური პლასტიკური ქირურგიის საერთაშორისო საზოგადოება) , ASAPS- American Society of Aesthetic Plastic Surgery (ამერიკის ესთეტიკური პლასტიკური ქირურგიის საერთაშორისო საზოგადოება), არცერთი მათგანი არ წარმოადგენს აკრედიტაციის მიმნიჭებელ ორგანიზაციებს. 5 -მა ექიმმა (6,8%) დაასახელა GA²LEN- the Global Allergy and Asthma European Network (ალერგიისა და ასთმის გლობალური ევროპული ქსელი), რომელიც ასევე არ წარმოადგენს აკრედიტაციის მიმნიჭებელ ორგანიზაციას, არამედ ატარებს კვლევებს ასთმისა და ალერგიის მიმართულებით, ხოლო გამოკითხულთაგან 3- მა (4,1%) აღნიშნა FDA- Food and Drug Accreditation, ეს უკანასკნელი ახორციელებს მხოლოდ საკვებისა და მედიკამენტების აკრედიტაციას. 13 რესპოდენტმა (17,8%) მიუთითა ერთი ან რამდენიმე ქვეყენა, ხოლო 38-მა რესპოდენტმა ანუ 52,1%-მა საერთოდ არ დაასახელა მათთვის ცნობილი რომელიმე სააკრედიტაციო სისტემა, რაც ასევე ეჭვის ქვეშ აყენებს სააკრედიტაციო სისტემების ცნობადობის შესახებ მათი მათ მიერ გაცემული დადებითი პასუხის სისწორეს (ცხრილი 6).

ცხრილი 6. ექიმებისთვის ცნობილი საერთაშორისო აკრედიტაციით დაკავებული ორგანიზაციები.

	რაოდენობა	%
Joint Commission International (JCI)-	7	9,5%
AAAASF - The American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities	1	1,37%
KTQ- Cooperation for Transparency and Quality in Healthcare	1	1,37%
აკრედიტაციით დაკავებული ორგანიზაციების ჯამი	9	12,3%
ISO - International Organization for Standardization	15	20,6%
FDA- Food and Drug Accreditation	3	4,1%
რომელიმე ქვეყანა სააკრედიტაციო სისტემის მითითების გარეშე	13	17,8%
პასუხის გარეშე	38	52,1%

წყარო: კვლევის მასალები.

საავადმყოფოთა ექთნების პასუხებიდან ირკვევა, რომ იმ 23ექთნიდან, რომლებმაც დადებითი პასუხი გასცა ამ კითხვას, მხოლოდ 6-მ, ანუ 26,1%-მა მიუთითა ისეთ ორგანიზაციაზე, რომელიც ნამდვილად ახორციელებენ სამედიცინო ორგანიზაციების აკრედიტაციას. International Organization for Standardization (ISO), რომელიც ადგენს ცალკეული სერვისის საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობას დაასახელა 2-მა ექთანმა, ანუ 8,7%. 2-მა რესპოდენტმა (8,7%) მიუთითა ქვეყანა, ხოლო 13 -მა რესპოდენტმა ანუ 56,5%-მა საერთოდ არ დაასახელა მათთვის ცნობილი რომელიმე სააკრედიტაციო სისტემა, რაც ეჭვის ქვეშ აყენებს სააკრედიტაციო სისტემების ცნობადობის შესახებ მათი მათ მიერ გაცემული დადებითი პასუხის სისწორეს (ცხრილი 3).

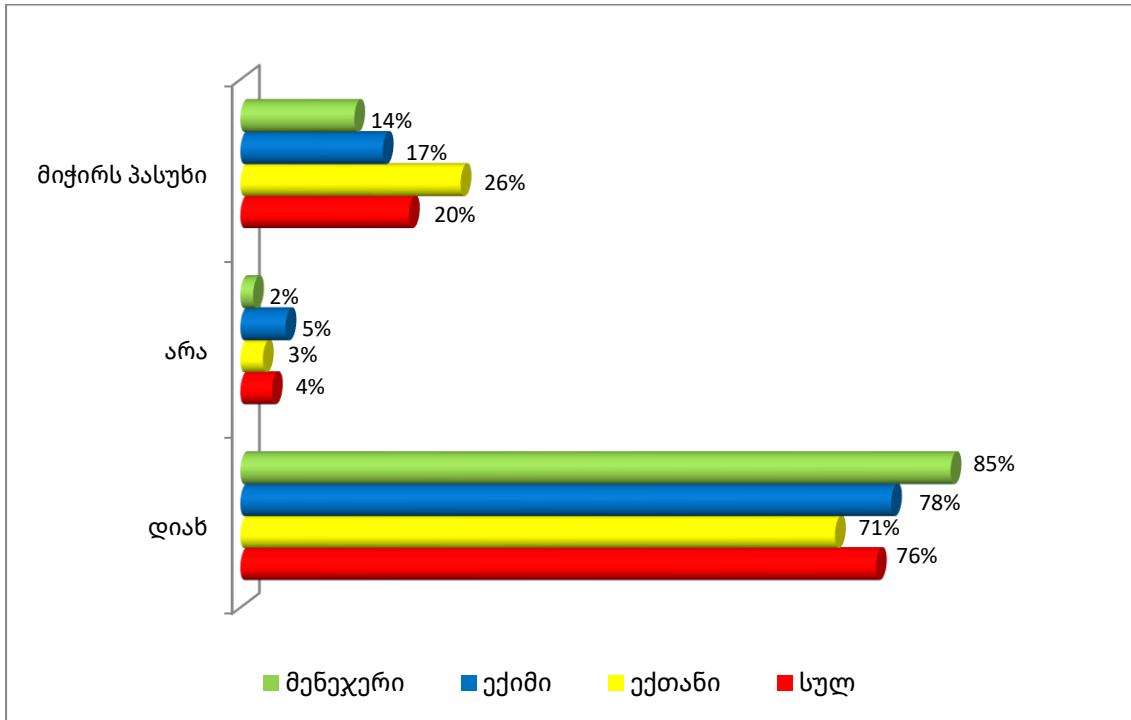
ცხრილი 7. ექთნებისთვის ცნობილი საერთაშორისო აკრედიტაციით დაკავებული ორგანიზაციები.

	რაოდენობა	%
--	-----------	---

Joint Commission International (JCI)	6	26,1%
AAAASF - The American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities	1	4,4%
აკრედიტაციით დაკავებული ორგანიზაციების ჯამი	7	30,4%
ISO - International Organization for Standardization	2	8,7%
რომელიმე ქვეყანა სააკრედიტაციო სისტემის მითითების გარეშე	2	8,7%
პასუხის გარეშე	13	56,5%

წყარო: კვლევის მასალები.

აკრედიტაციის დანერგვის შემთხვევაში, თუ რამდენად უნდა შეესაბამებოდეს საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნები ადგილობრივ მოთხოვნებს, მენეჯერების, ექიმებისა და ექთნების გამოკითხვის პასუხების შედარების შედეგად ირკვევა, რომ დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ რესპოდენტთა 76% -მა, უარყოფითი 4 %-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 20%-ს. კითხვაზე დადებითი პასუხი გასცა მენეჯერთა 85%-მა, ექიმთა 78% -მა, ხოლო ექთანთა 71%- მა. უარყოფითი პასუხის პროცენტული მაჩვენებლები საკმაოდ დაბალია, კერძოდ, მენეჯერებს შორის უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა გამოკითხულთა მხოლოდ 2 %-მა, ექიმებს შორის 5%-მა ,ხოლო ექთნებში აღნიშნული მაჩვენებელი 3%-ია. პასუხის გაცემა გაუჭირდა გამოკითხულ მენეჯერთა 14%-ს, ექიმთა 17% და ექთანთა 26% (ნახაზი 20). მონაცემები ნაკლებად სარწმუნოა (chi-square=8,96; df=4; P>0.05)

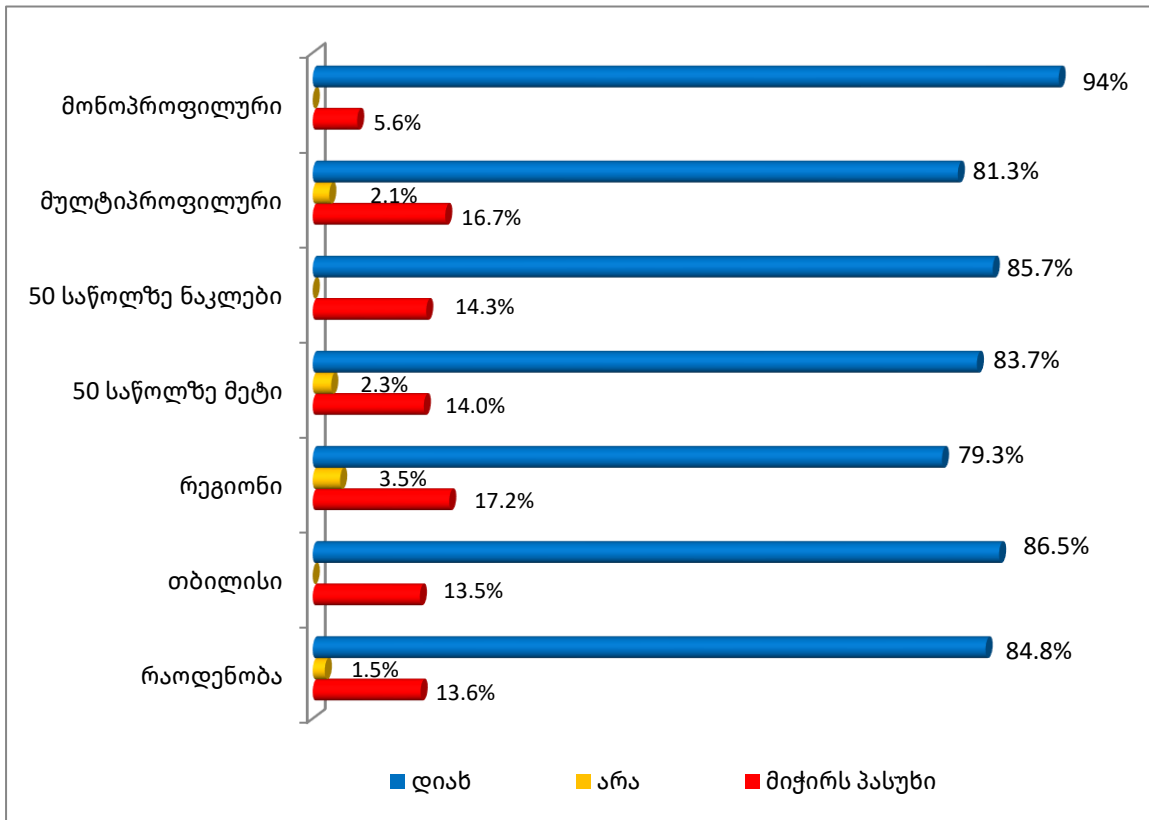


ნახაზი 20. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების შესაბამისობა ადგილობრივ მოთხოვნებთან.

წყარო: კვლევის მასალები.

კვლევაში მონაწილე მენეჯერთა პასუხები შემდეგნაირად განაწილდა: თბილისში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ მენეჯერთა 86,5%-მა, უარყოფითი პასუხი არ დაფიქსირებულა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა გამოკითხულ მენეჯერთა 13,5%-ს. რეგიონში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ მენეჯერთა 79,3% -მა, უარყოფითი პასუხი 3,5%-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 17,2% -ს. 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოებში გამოკითხულ მენეჯერთა 83,7% აღნიშნავს დადებით პასუხს, 2,3% უარყოფითს, ხოლო 14% - ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა. 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე კლინიკაში დადებითი პასუხი დაფიქსირდა გამოკითხულ მენეჯერთა 85,7%-ში, 14,3% -ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა, ხოლო უარყოფითი პასუხი არ დაფიქსირებულა. პროფილის მიხედვით კვლევის შედეგები შემდეგია: მულტიპროფილურ კლინიკებში დადებითი პასუხი დაფიქსირდა გამოკითხულ მენეჯერთა 81,3%- ში, უარყოფითი 2,19%-ში, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 16,7%. მონოპროფილურ კლინიკაში დადებითი პასუხი გასცა 94%-მა,

პასუხის გაცემა გაუჭირდა 5,6%-ს. უარყოფითი პასუხი არ გამოვლენილა (ნახაზი 21).



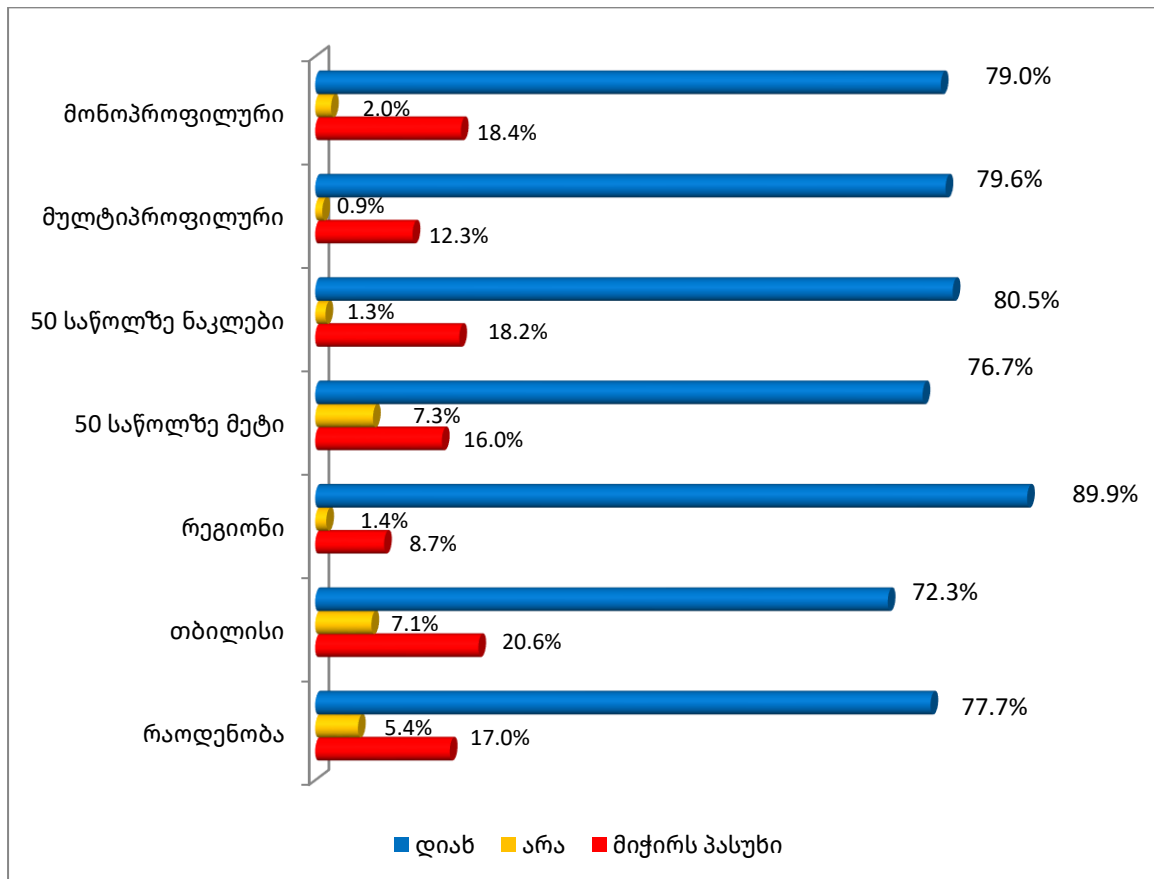
ნახაზი 21. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების შესაბამისობა ადგილობრივ მოთხოვნებთან, მენეჯერები.

წყარო: კვლევის მასალები.

ზემოთაღნიშნულ კითხვაზე პასუხები გამოკითხულ ექიმთა შორის შემდეგნაირად გადანაწილდა: თბილისში დადებითი პასუხი გასცა 72,3%-მა, რეგიონებში 89,9% -მა, თბილისში ექიმთა 20,6%-ს, ხოლო რეგიონებში 8,7% -ს უჭირს კითხვაზე პასუხის გაცემა. უარყოფითი პასუხი რეგიონებში დაფიქსირდა 1,4%-ში, ხოლო თბილისში 7,1%-ში.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოებში გამოკითხულ ექიმთა 76,7% აღნიშნავს დადებით პასუხს, 7,3% უარყოფითს, ხოლო 16% გაუჭირდა პასუხის გაცემა. 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი დაფიქსირდა გამოკითხულ ექიმთა 80,5%-ში, 18,2% -ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა, ხოლო უარყოფითი პასუხი მხოლოდ გამოკითხულ ექიმთა 0,9% -ს შეადგენს.

პროფილის მიხედვით კვლევის შედეგები შემდეგია: მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი დაფიქსირდა გამოკითხულ ექიმთა 79,6%- ში, უარყოფითი 12,3%-ში, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 0,9% -ს. მონოპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა 79%-მა, უარყოფითი 2,0%-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 9,7% -ს (ნახაზი 22).



ნახაზი 22. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების შესაბამისობა ადგილობრივ მოთხოვნებთან, ექიმები.

წყარო: კვლევის მასალები.

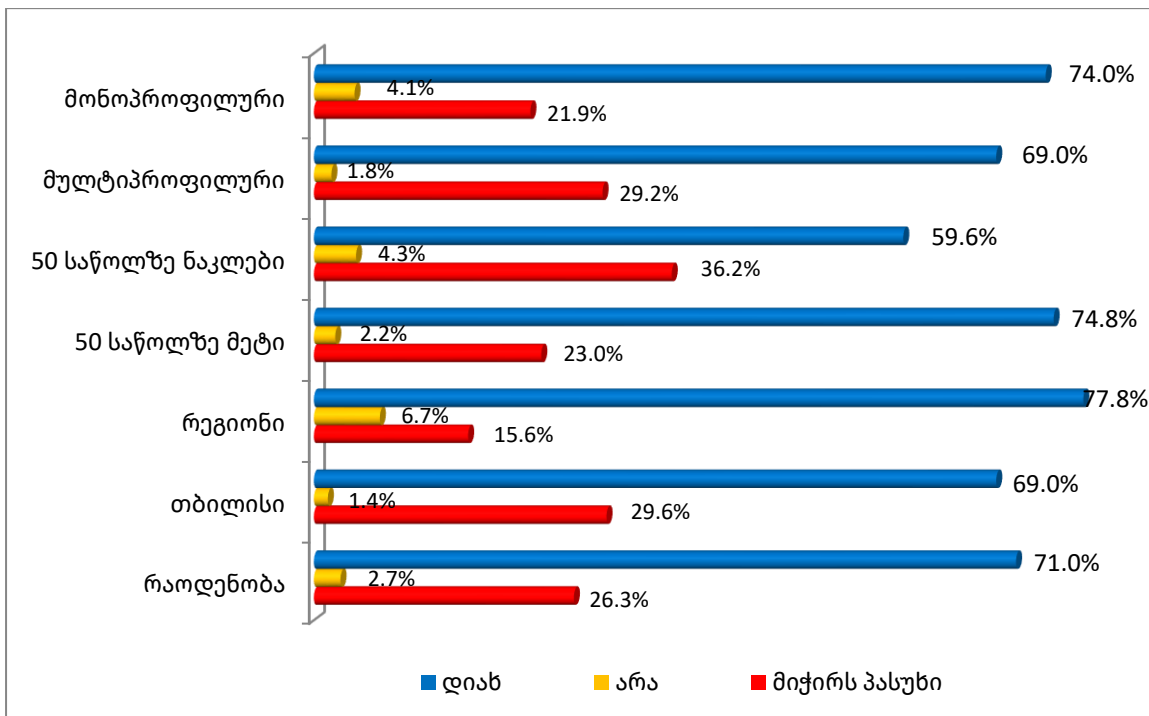
რაც შეეხება გამოკითხულ ექთანთა შორის აღნიშნულ კითხვაზე პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: თბილისში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ ექთანთა 69%-მა, რეგიონებში 77,8% -მა, თბილისში ექთანთა 29,6% - ს, ხოლო

რეგიონებში 15,6,7% -ს უჭირს პასუხის გაცემა. რაც შეეხება უარყოფით პასუხს რეგიონებში დაფიქსირდა 6,7%, ხოლო თბილისში 1,4%.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოებში გამოკითხულ ექთანთა 74,8% აღნიშნავს დადებით პასუხს, 2,2% უარყოფითს, ხოლო 23% გაუჭირდა პასუხის გაცემა.

50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი დაფიქსირდა გამოკითხულ ექთანთა 59,6%-ში, 36,2% -ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა, ხოლო უარყოფითი პასუხი მხოლოდ გამოკითხულ ექთანთა 4,3% - ს შეადგენს.

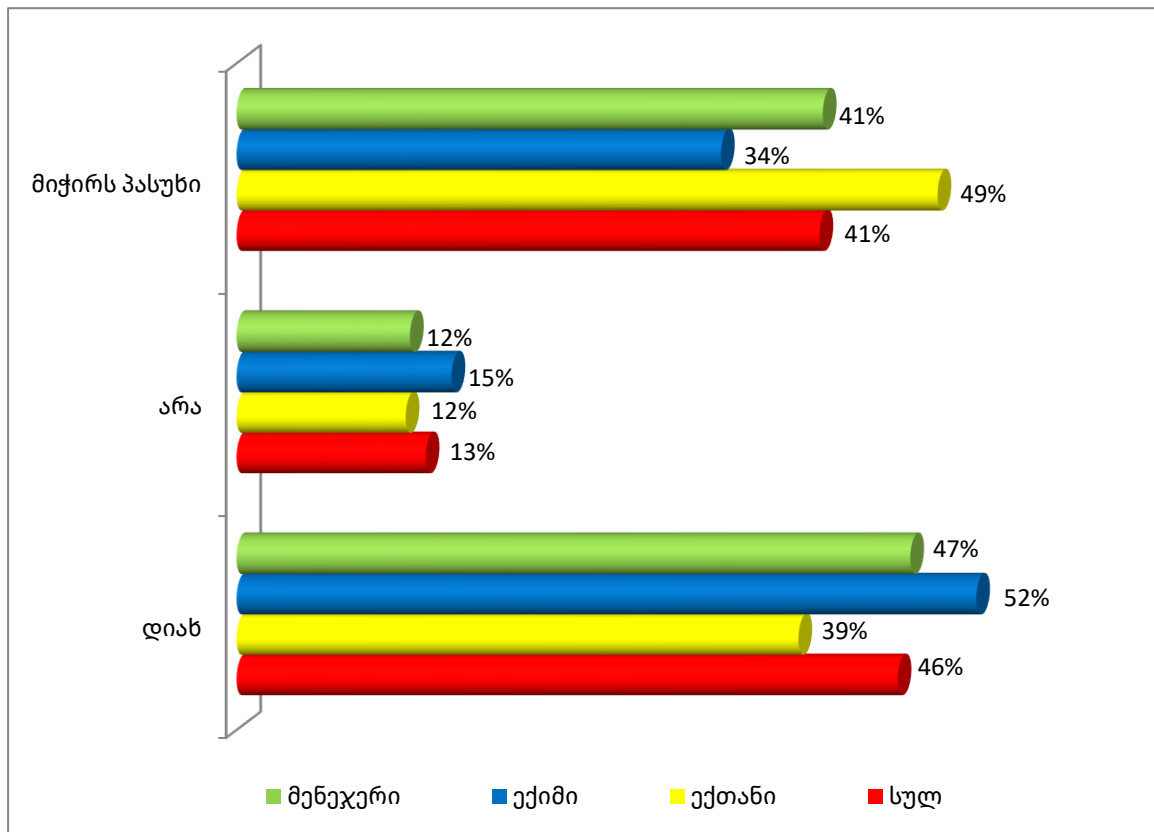
პროფილის მიხედვით კვლევის შედეგები შემდეგია: მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ ექთანთა 69%- მა, უარყოფითი 1,8%-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 29,2% -ს. მონოპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა 74%-მა, უარყოფითი 4,1%-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 21,9% -ს (ნახაზი 23).



ნახაზი 23. საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების შესაბამისობა ადგილობრივთან, ექთნები.

წყარო: კვლევის მასალები.

კვლევის შედეგების განსხვავება კითხვაზე, თუ რამდენად აკმაყოფილებს რეგიონისა თუ თბილისის საავადმყოფო რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს, სამ თანამდებობას შორის, მენეჯერი, ექიმი და ექთანი პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: გამოკითხულ რესპოდენტთა 46% დადებითი პასუხი გასცა შეკითხვას, 13%-მა უარყოფითი, ხოლო 41%-ს გაუჭირდა კითხვაზე პასუხის გაცემა. კვლევაში მონაწილე მენეჯერთა 47% -მა დადებითი, 12%-მა უარყოფითი პასუხი გასცა შეკითხვას და 41%-ს გაუჭირდა კითხვაზე პასუხი. ექიმების 52%-მა დადებითი პასუხი, 15%-მა უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა, ხოლო 34%-ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა. გამოკითხულ ექთნებს შორის დადებითი პასუხი გასცა შეკითხვას 39%-მა, უარყოფითი 12%-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 49%-ს (ნახაზი 24). მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=13,7$; $df=4$; $P<0.05$).



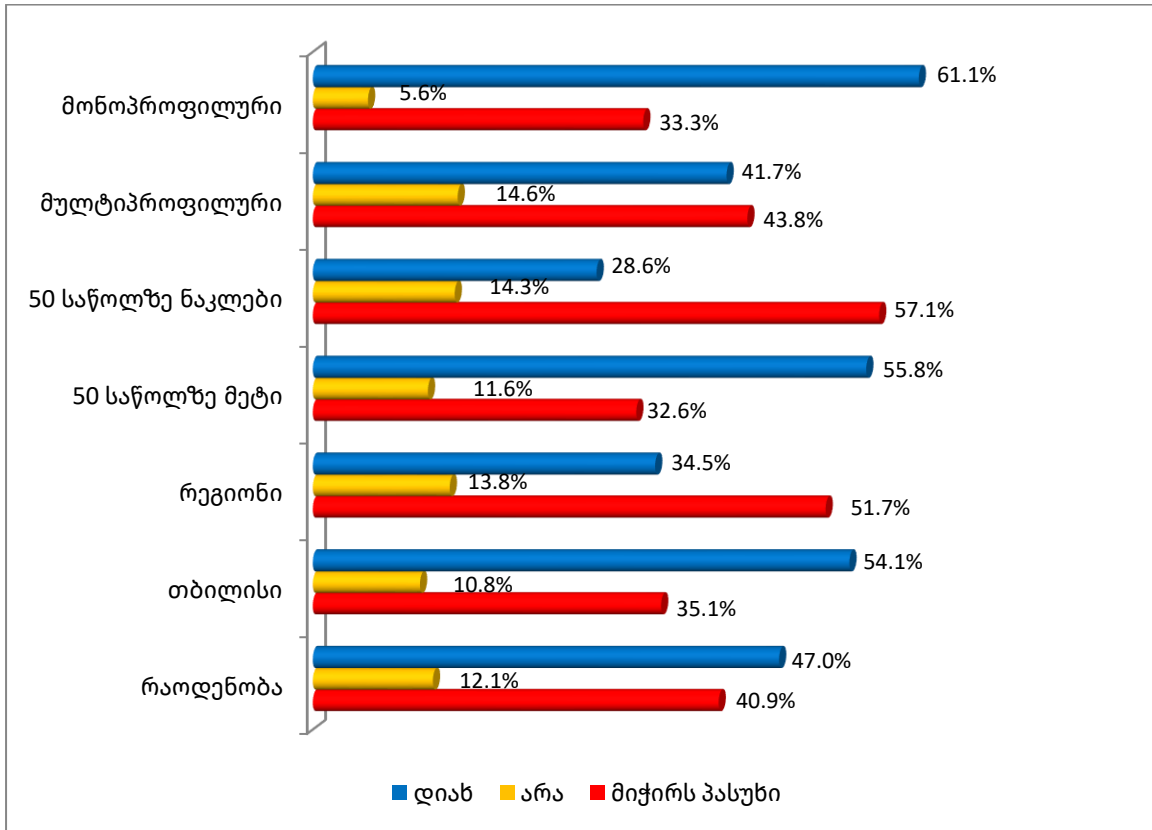
ნახაზი 24. აკმაყოფილებს თუ არა საავადმყოფო საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს.

წყარო: კვლევის მასალები.

თბილისსა და რეგიონებში გამოკითხულ მენეჯერთა შედეგები შემდეგია: თბილისში გამოკითხულთა 54,1% აღნიშნა, რომ აკმაყოფილებს საერთაშორისო მოთხოვნებს, ხოლო რეგიონებში დადებითი მაჩვენებელი 34,5% -ს შეადგენს. უარყოფითად შეაფასა საკითხი თბილისში გამოკითხულ მენეჯერთა 10,8%-მა, ხოლო რეგიონებში 13,8%- მა. პასუხის გაცემა გაუჭირდა თბილისში 35,1%-ს, ხოლო რეგიონში გამოკითხულთა 51,7%-ს.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხულთა 55,8% თვლის, რომ მისი საავადმყოფო აკმაყოფილებს საერთაშორისო მოთხოვნებს. 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოს მენეჯერთა 28,6%-მა დადებითი პასუხი გასცა შეკითხვას. 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში უარყოფითი პასუხი გასცა გამოკითხულ მენეჯერთა 11,6%-მა, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები დატვირთვის მქონე საავადმყოფოში 14,3%-მა. პასუხის გაცემა გაუჭირდა 50 საწოლზე მეტი დატვირთვის მქონე საავადმყოფოში გამოკითხულ მენეჯერთა 32,6% -ს, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები დატვირთვის მქონე საავადმყოფოში მენეჯერთა 57,1%-ს.

პროფილის მიხედვით პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ მენეჯერთა 41,7%-მა, უარყოფითი 14,5%-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 43,8% -ს. მონოპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა 61,1%-მა, უარყოფითი 5,6% -მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 31,3% -ს (ნახაზი 25).



ნახაზი 25. აკმაყოფილებს თუ არა საავადმყოფო საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს, მენეჯერები.

წყარო: კვლევის მასალები.

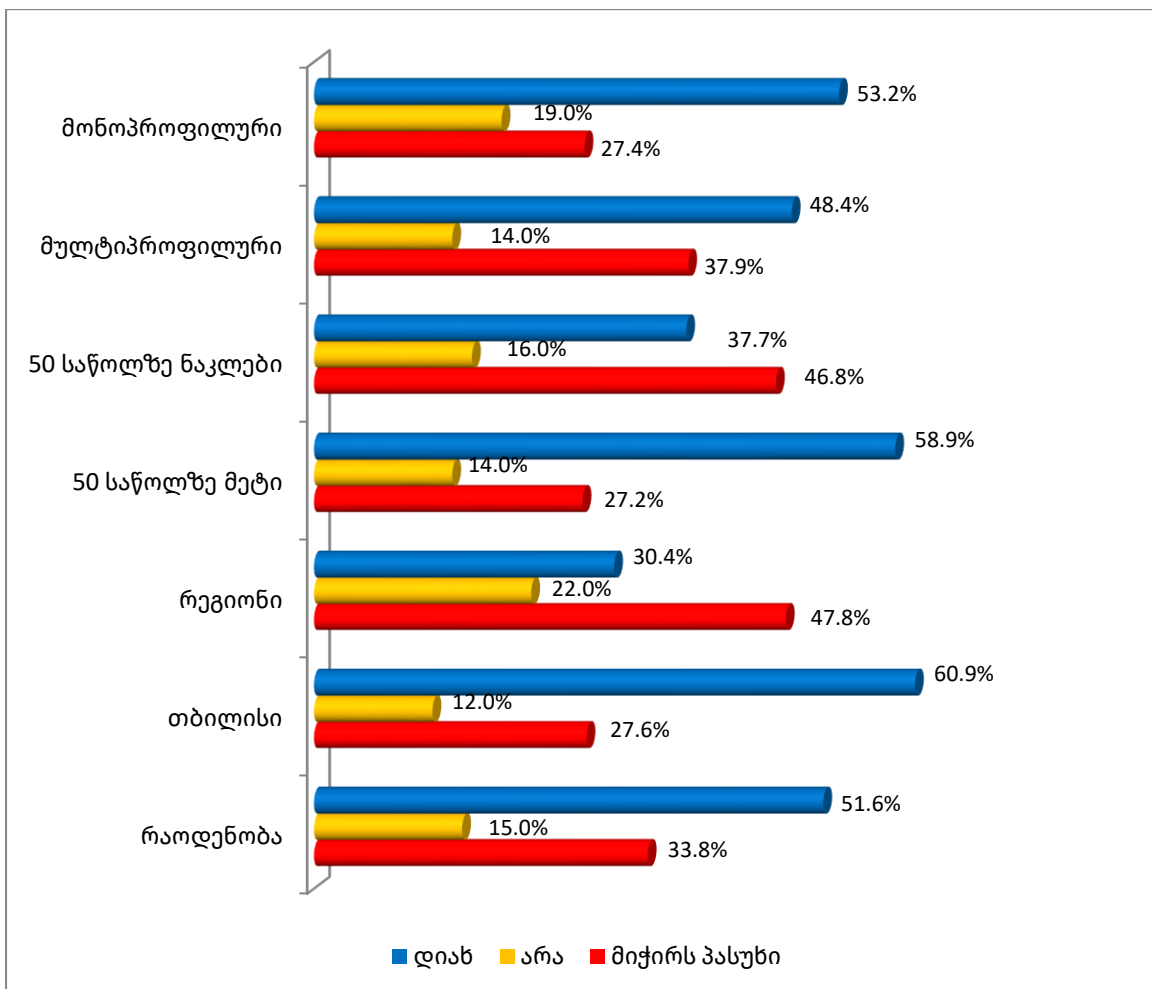
გამოკითხულ ექიმთა შორის იგივე კითხვაზე პასუხების პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად განაწილდა: დადებითი პასუხი გასცა კვლევაში მონაწილეთა 51,6%-მა, უარყოფითი 15% -მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა ექიმების 33,8% -ს.

თბილისსა და რეგიონებს შორის მონაცემები შემდეგია: თბილისში გამოკითხულთა 60,9% თვლის, რომ აკმაყოფილებს საერთაშორისო მოთხოვნებს, ხოლო რეგიონებში დადებითი მაჩვენებელი 30,4% -ს შეადგენს. უარყოფითად შეაფასა კითხვა თბილისში გამოკითხულ ექიმთა 12%-მა, ხოლო რეგიონებში 22%- მა. პასუხი ვერ გასცა თბილისში 27,6%-მა, ხოლო რეგიონებში გამოკითხულთა 47,8%-მა.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხულთა 58,9% თვლის, რომ აკმაყოფილებს საერთაშორისო მოთხოვნებს. 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის

საავადმყოფოებში მომუშავე ექიმთა 37,7% დადებითად აფასებს შეკითხვას. უარყოფითი პასუხი 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში გასცა გამოკითხულ ექიმთა 14%-მა, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები დატვირთვის საავადმყოფოში 16%-მა. პასუხის გაცემა გაუჭირდა 50 საწოლზე მეტი დატვირთვის მქონე საავადმყოფოში 27,2%, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები დატვირთვის მქონე საავადმყოფოში ექიმთა 37,9%-ს.

პროფილის მიხედვით პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ ექიმთა 48,4%-მა, უარყოფითი 14%-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 37,9%-ს. მონოპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა 53,2%-მა, უარყოფითი 19%, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 27,4% -ს (ნახაზი 26).



ნახაზი 26. აკმაყოფილებს თუ არა საავადმყოფო საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს, ექიმები.

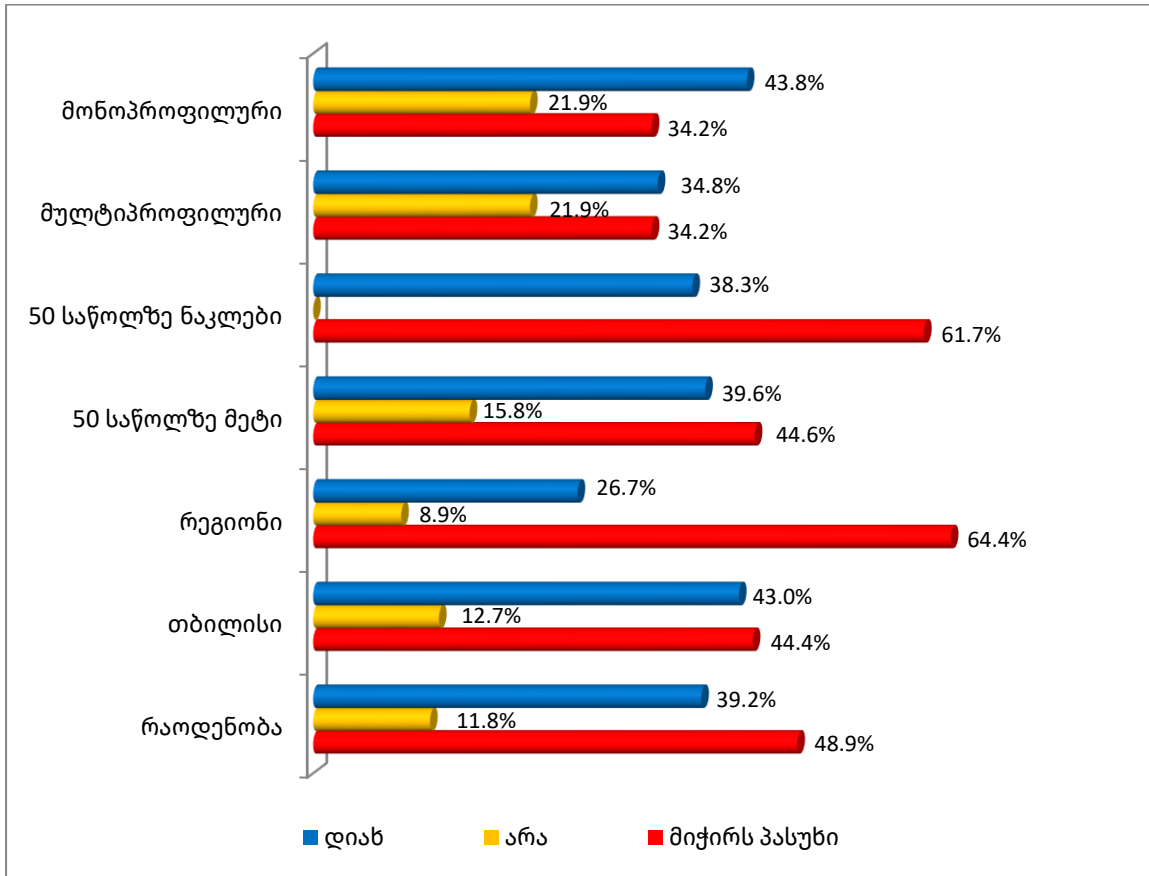
წყარო: კვლევის მასალები.

ამავე კითხვაზე გამოკითხულ ექთანთა პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგია: დადებითი პასუხი გასცა კვლევაში მონაწილეთა 39,2%-მა, უარყოფითი 11,8 % -მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა ექთნების 48,9% -ს.

თბილისსა და რეგიონებს შორის მონაცემები შემდეგია: თბილისში გამოკითხულთა 43% თვლის, რომ აკმაყოფილებს საერთაშორისო მოთხოვნებს, ხოლო რეგიონებში დადებითი მაჩვენებელი 26,7% -ს შეადგენს. უარყოფითად შეაფასა საკითხი თბილისში გამოკითხულ ექთანთა 12,7%-მა, ხოლო რეგიონებში 8,9%- მა. პასუხის გაცემა გაუჭირდა თბილისში 44,4%-ს, ხოლო რეგიონებში გამოკითხულთა 64,4%-ს.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხულთა 39,6% აღნიშნა, რომ აკმაყოფილებს საერთაშორისო მოთხოვნებს. 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოს ექთანთა 38,3% -მა, ასევე დადებითად შეაფასა შეკითხვა. უარყოფითი პასუხი 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში გასცა გამოკითხულ ექთანთა 15,8 %-მა, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები დატვირთვის საავადმყოფოში აღნიშნული მაჩვენებელი 0%- ია. პასუხის გაცემა გაუჭირდა 50 საწოლზე მეტი დატვირთვის მქონე საავადმყოფოში 44,6% -ს, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები დატვირთვის მქონე საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა 61,7%- ს.

პროფილის მიხედვით პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ ექთანთა 34,8%-მა, უარყოფითი 21,9 %-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 57,7%-ს. მონოპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა 43,8%-მა, უარყოფითი 21,9%-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 34,2% -ს (ნახაზი 27).

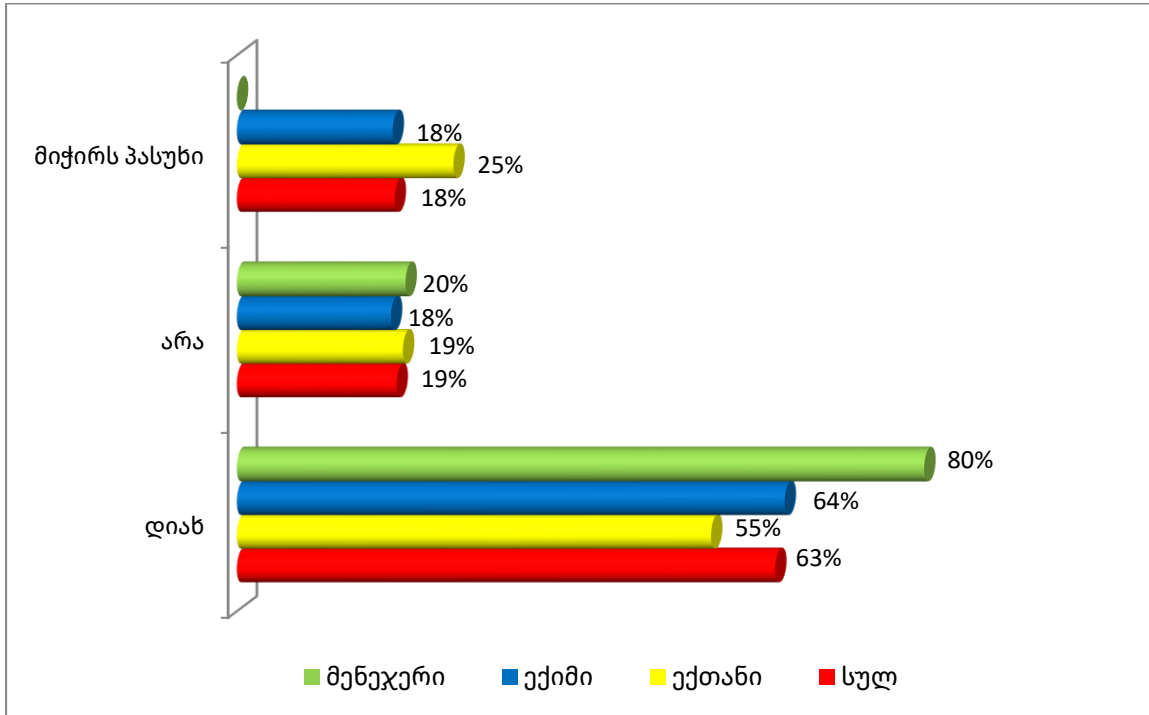


ნახაზი 27. აკმაყოფილებს თუ არა საავადმყოფო საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს, ექთნები.

წყარო: კვლევის მასალები.

საავადმყოფოში დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულის არსებობასთან დაკავშირებით სამი მნიშვნელოვანი თანამდებობრივი რგოლის, მენეჯერების, ექიმებისა და ექთნების პასუხების შედარების შედეგად ირკვევა, რომ კვლევაში მონაწილე სამივე რესპოდენტის 63%-მა დაადასტურა ხარისხის მართვის სამსახურის არსებობა, 19%-მა უარყოფით პასუხი გასცა აღნიშნულ შეკითხვას, ხოლო 18%-ს უჭირს პასუხის გაცემა. კვლევაში მონაწილე მენეჯერთა 80%-მა დადებითი და 20%-მა უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა აღნიშნულ კითხვაზე. რაც შეეხება ექიმებსა და ექთნებს ექიმების 64%-მა, ხოლო ექთნების 55%-მა დადებითი პასუხი გასცა შეკითხვას. ექიმებისა და ექთნების მიერ გაცემული უარყოფითი პასუხების პროცენტული მაჩვენებლები თითქმის ერთნაირია, ექიმები - 18%, ექთნები - 19%.

პასუხის გაცემა გაუჭირდა გამოკითხულ ექიმთა 18%-ს, ხოლო ექთანთა 25%-ს (ნახაზი 28). მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=23,7$; $df=4$; $P<0.05$).



ნახაზი 28. დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულის არსებობა.

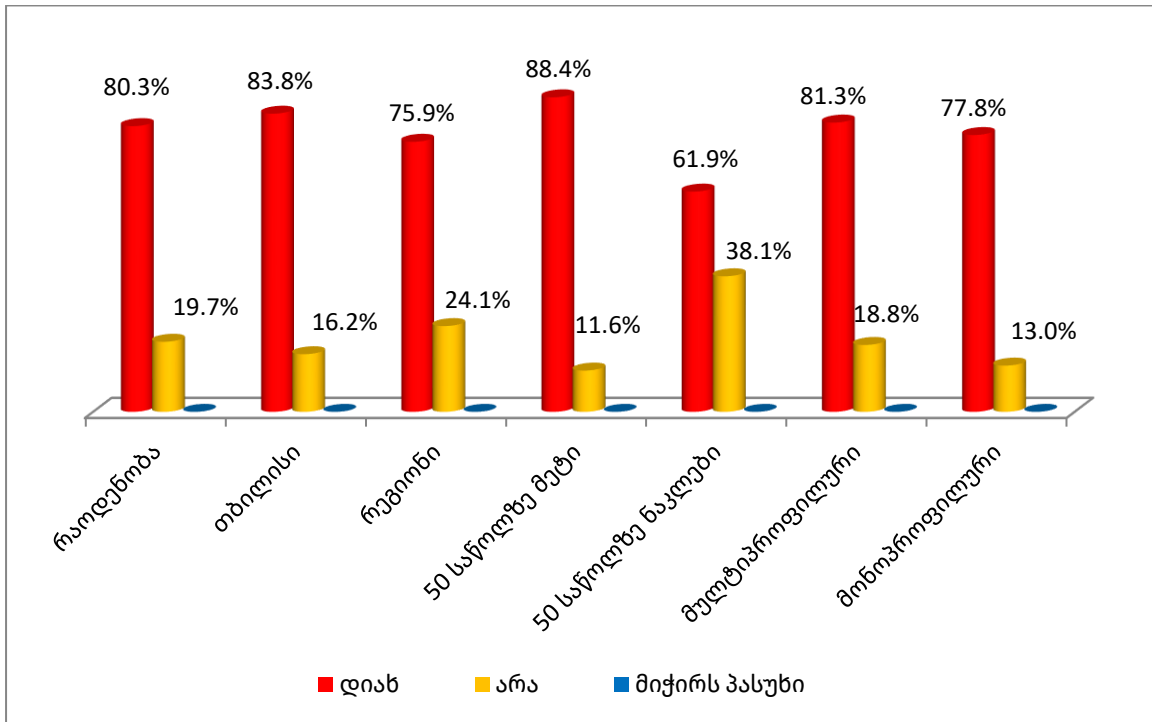
წყარო: კვლევის მასალები.

თბილისსა და რეგიონებში მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: თბილისში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ მენეჯერთა 83,8% -მა ხოლო რეგიონებში 75,9% -მა. თბილისში უარყოფითი პასუხი გასცა 16,2%-მა, ხოლო რეგიონებში გამოკითხულ მენეჯერთა 24,1%-მა.

50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოს მენეჯერთა 88,4% -მა დადებითად, ხოლო 11,6% -მა უარყოფითად შეაფასა შეკითხვა. 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში 61,9% -მა გასცა დადებითი, ხოლო 38,1% -მა უარყოფითი პასუხი.

პროფილის მიხედვით მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში გამოკითხულ მენეჯერთა 81,3% ადასტურებს დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული

ერთეულის არსებობას, ხოლო 18,8% არ ადასტურებს მას. მონოპროფილურ საავადმყოფოებში დადებით პასუხს 77,8%- მა, ხოლო უარყოფითი 13 %-მა მიაღწია (ნახაზი 29).



ნახაზი 29. დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულის არსებობა, მენეჯერები.

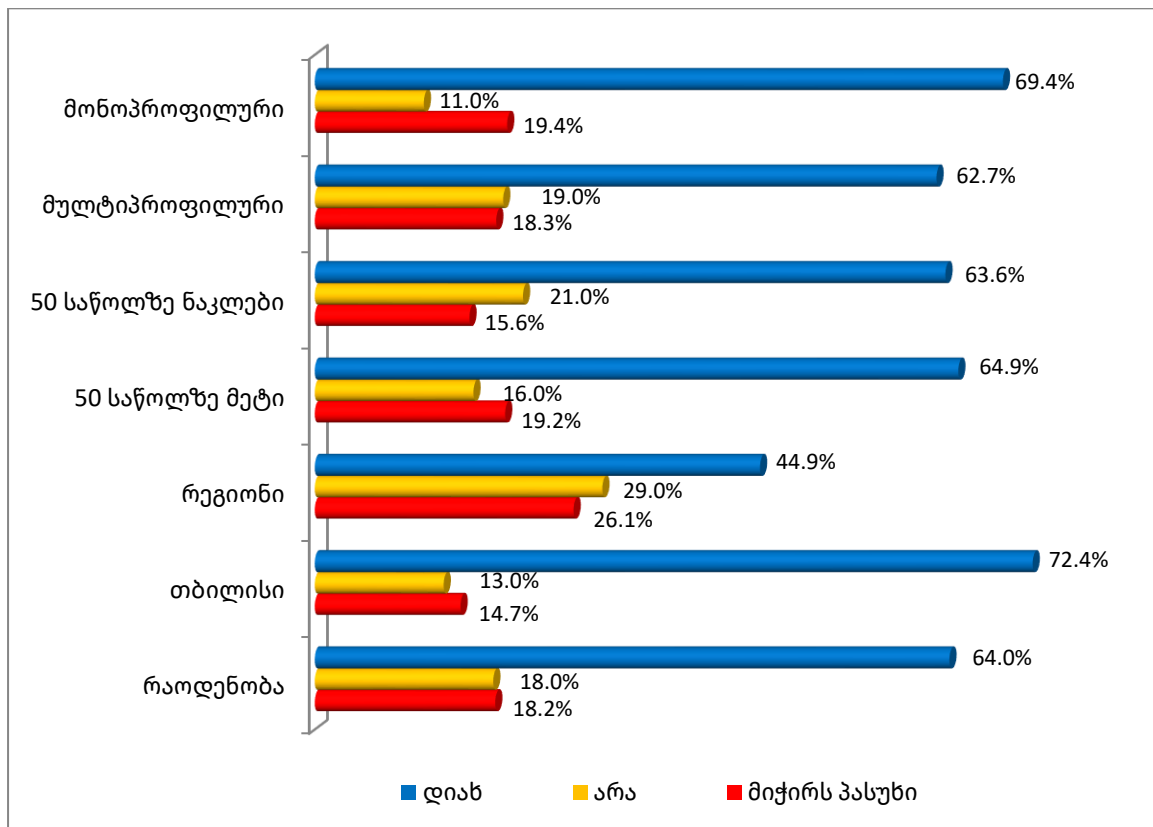
წყარო: კვლევის მასალები.

თბილისსა და რეგიონებში მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: თბილისში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ ექიმთა 72,4% -მა ხოლო რეგიონებში 44,9% -მა. თბილისში უარყოფითი პასუხი გასცა 13 %-მა, ხოლო რეგიონებში გამოკითხულ ექიმთა 29 %-მა, პასუხის გაცემა გაუჭირდა თბილისში 14,7% -ს, ხოლო რეგიონებში 26,1%-ს.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოს ექიმთა 64,9%-მა დადებითად, ხოლო 16 % უარყოფითად შეაფასა შეკითხვა, პასუხის გაცემა გაუჭირდა 19,2% -ს, ხოლო 50

საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში 62,7% -მა გასცა დადებითი, 19 % -მა უარყოფითი პასუხი, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 15,6% -ს.

მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში გამოკითხულ ექიმთა 62,7 % ადასტურებს დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულის არსებობას, 19 % არ ადასტურებს, ხოლო 18,3% უჭირს პასუხის გაცემა. მონოპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი 69,4%- მა, ხოლო უარყოფითი 11 % -მა მიაღწია, პასუხის გაცემა კი გაუჭირდა 19,4%-ს (ნახაზი 30).



ნახაზი 30. დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულის არსებობა, ექიმები.

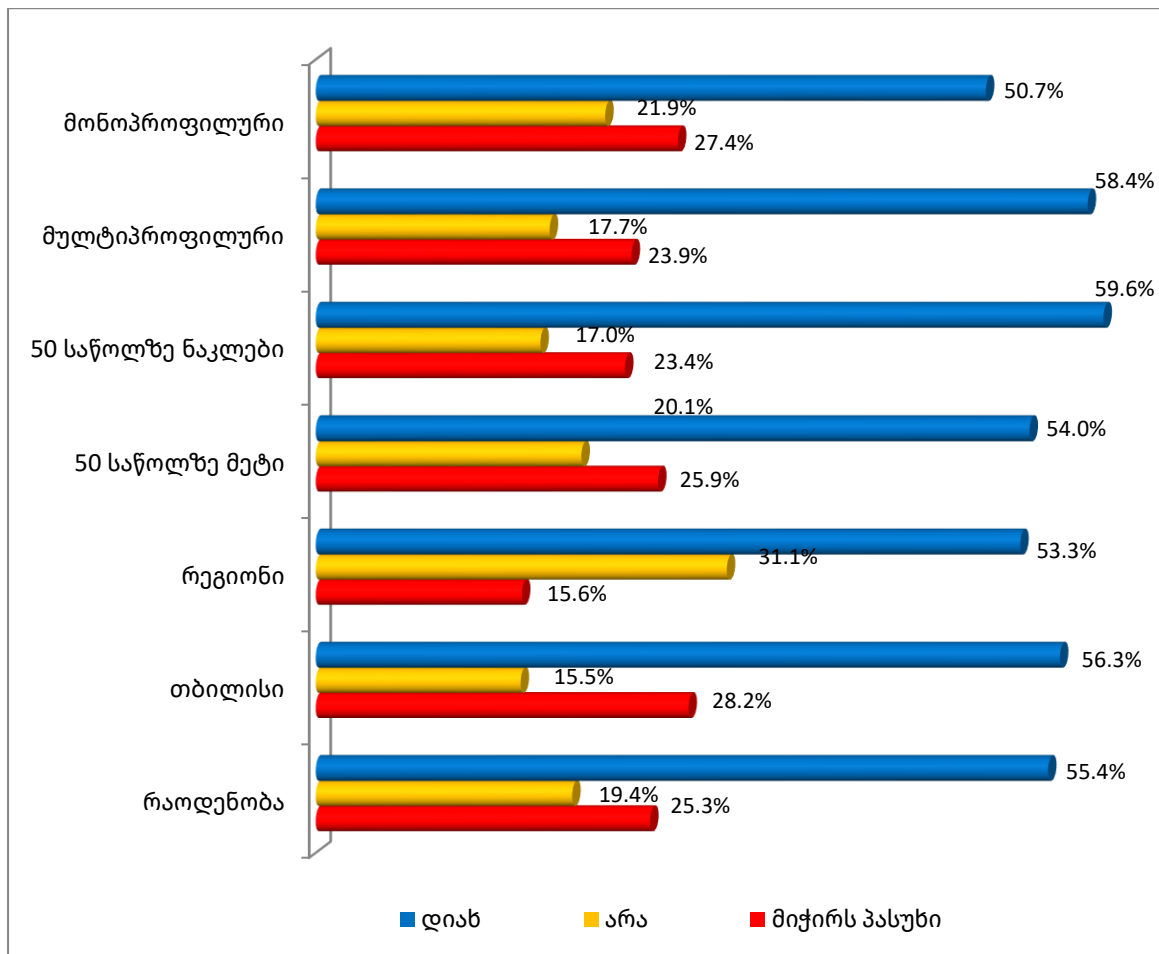
წყარო: კვლევის მასალები.

თბილისში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ ექთანთა 56,3% -მა, ხოლო რეგიონებში 53,3% -მა. თბილისში უარყოფითი პასუხი გასცა გამოკითხულ ექთანთა

15,5 %-მა, ხოლო რეგიონებში 31,1 %-მა, პასუხის გაცემა გაუჭირდა თბილისში 28,2% -ს, ხოლო რეგიონებში 15,6% -ს.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოს ექთანთა 54%-მა დადებითად, ხოლო 20,1 % უარყოფითად შეაფასა შეკითხვა, პასუხის გაცემა გაუჭირდა 15,6%-ს. 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში 59,6 % -მა გასცა დადებითი, 17 % -მა უარყოფითი პასუხი, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 23,4%-ს.

მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში გამოკითხულ ექთანთა 58,4 %-მა დაადასტურა დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულის არსებობა, 17,7 % -მა არა, ხოლო 23,9% -ს გაუჭირდა კითხვაზე პასუხის გაცემა. მონოპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი 50,7%-ს, ხოლო უარყოფითი 21,9 % -ს მიაღწია, პასუხის გაცემა კი გაუჭირდა 27,4% -ს (ნახაზი 31).



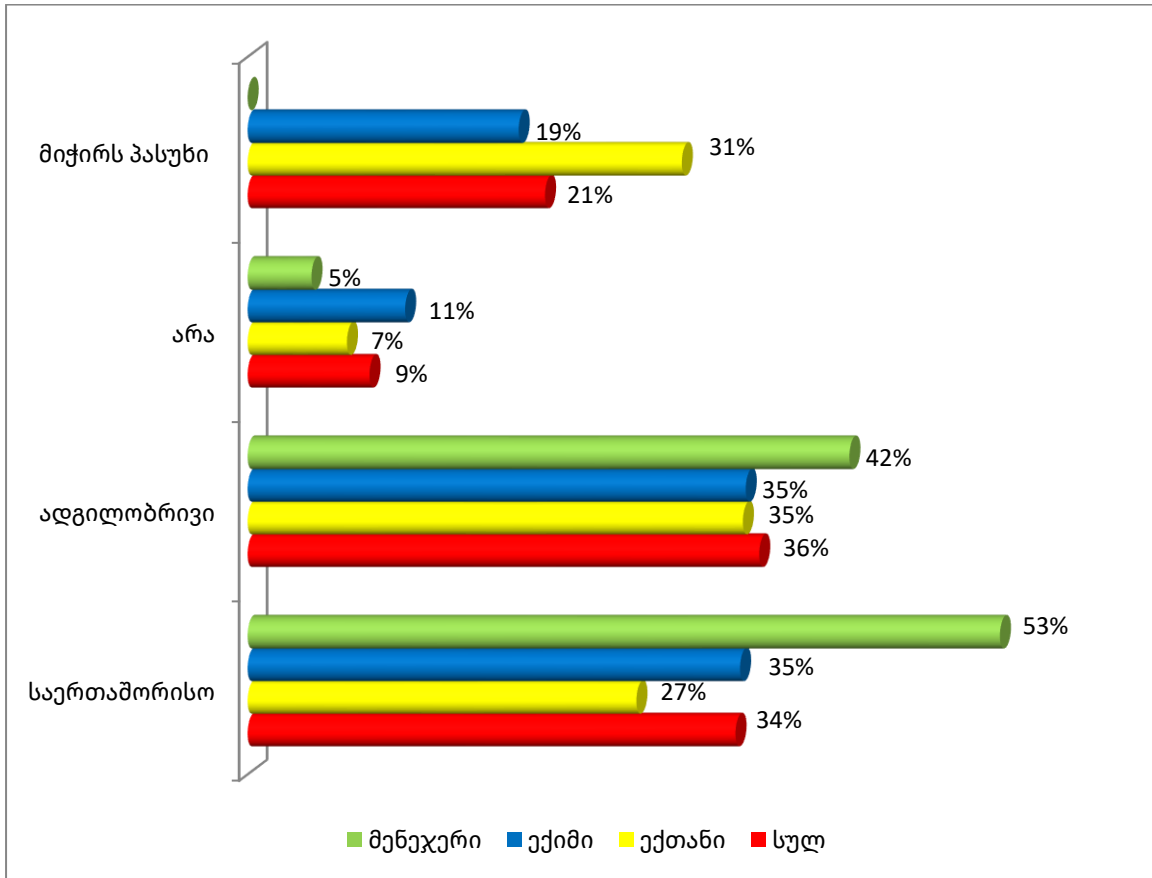
ნახაზი 31. დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულის
არსებობა, ექთნები.

წყარო: კვლევის მასალები.

კითხვაზე სარგებლობთ თუ არა ხარისხის მართვის ინდიკატორებით გამოკითხულ რესპოდენტთა 34%-მა აღნიშნა, რომ სარგებლობს საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით, 36%-მა აღნიშნა, რომ სარგებლობს ადგილობრივი ინდიკატორებით, 9%-მა აღნიშნა, რომ არ სარგებლობს არანაირი ინდიკატორებით, ხოლო გამოკითხულ რესპოდენტთა 21%-ს გაუჭირდა კითხვაზე პასუხის გაცემა. თანამდებობების მიხედვით გამოკითხულ რესპოდენტთა პასუხების პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მენეჯერთა 53%-მა აღნიშნა, რომ სარგებლობს საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით, 42,4%-ი სარგებლობს ადგილობრივად შემუშავებული ინდიკატორებით, უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა გამოკითხულთა 5% -მა.

კვლევაში მონაწილე ექიმთა 35%-მა დააფიქსირა, რომ სარგებლობს საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით, 35%-მა აღნიშნა, რომ სარგებლობს ადგილობრივი ინდიკატორებით, 11%-მა უარყოფითი პასუხი გასცა შეკითხვას, ხოლო 19%-ს გაუჭირდა კითხვაზე პასუხის გაცემა.

კვლევაში მონაწილე ექთანთა 27%-მა აღნიშნა, რომ სარგებლობს საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით, 35%-მა აღნიშნა, რომ სარგებლობს ადგილობრივი ინდიკატორებით, 11% არ სარგებლობს არანაირი ინდიკატორებით, ხოლო 31%-ს გაუჭირდა კითხვაზე პასუხის გაცემა (ნახაზი 32). მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=32,3$; $df=6$; $P<0.05$).



ნახაზი 32. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორებით სარგებლობა.

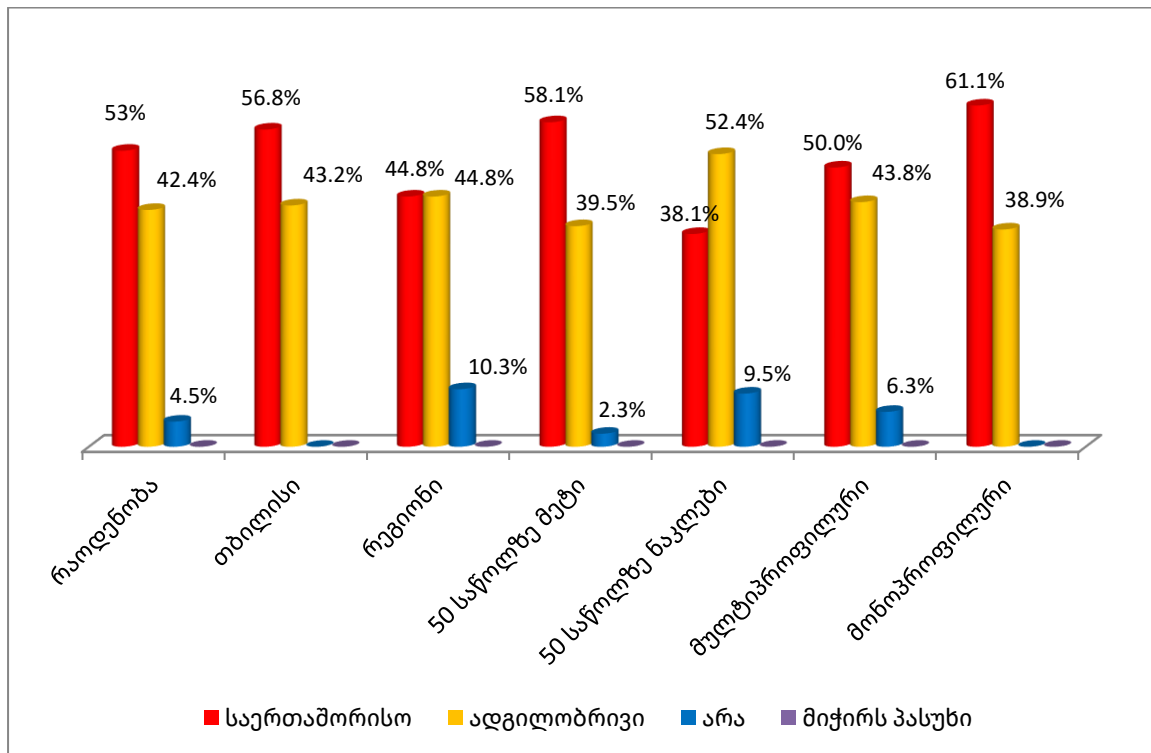
წყარო: კვლევის მასალები.

თბილისში საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით სარგებლობა დაადასტურა კვლევაში მონაწილე მენეჯერთა 56,8% -მა, ხოლო რეგიონებში 44,8%-მა. ადგილობრივი ინდიკატორებით სარგებლობს თბილისში გამოკითხულ მენეჯერთა 43,2% -ი, ხოლო რეგიონებში ადგილობრივი და საერთაშორისო ინდიკატორებით სარგებლობის მაჩვენებლები ერთიდაიგივეა 44,8%. უარყოფითი პასუხი დაფიქსირდა მხოლოდ რეგიონებში გამოკითხულ მენეჯერთა მიერ, კერძოდ 10,3%.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით სარგებლობა დაადასტურა გამოკითხულ მენეჯერთა 58,1%-მა, ხოლო ადგილობრივი ინდიკატორებით სარგებლობა 39,5% -მა. უარყოფითი პასუხი

გასცა გამოკითხულ მენეჯერთა 2,3% -მა. 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოში საერთაშორისო ინდიკატორებით სარგებლობს 38,1%, ადგილობრივი ინდიკატორები შემუშავებული აქვს 52,4% -ს, ხოლო უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა მხოლოდ 9,5% -მა.

პროფილის მიხედვით ინდიკატორებით სარგებლობის მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მულტიპროფილურ საავადმყოფოში საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით სარგებლობს გამოკითხულ მენეჯერთა 50%, ადგილობრივი ინდიკატორებით - 43,8%, ხოლო არანაირი ინდიკატორით არ სარგებლობს გამოკითხულ მენეჯერთა 6,3%. მონოპროფილურ საავადმყოფოში საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით სარგებლობს გამოკითხულ მენეჯერთა 61,1%, ადგილობრივით 38,9%, ხოლო უარყოფითი პასუხი არ დაფიქსირებულა (ნახაზი 33).



ნახაზი 33. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორებით სარგებლობა, მენეჯერები.

წყარო: კვლევის მასალები.

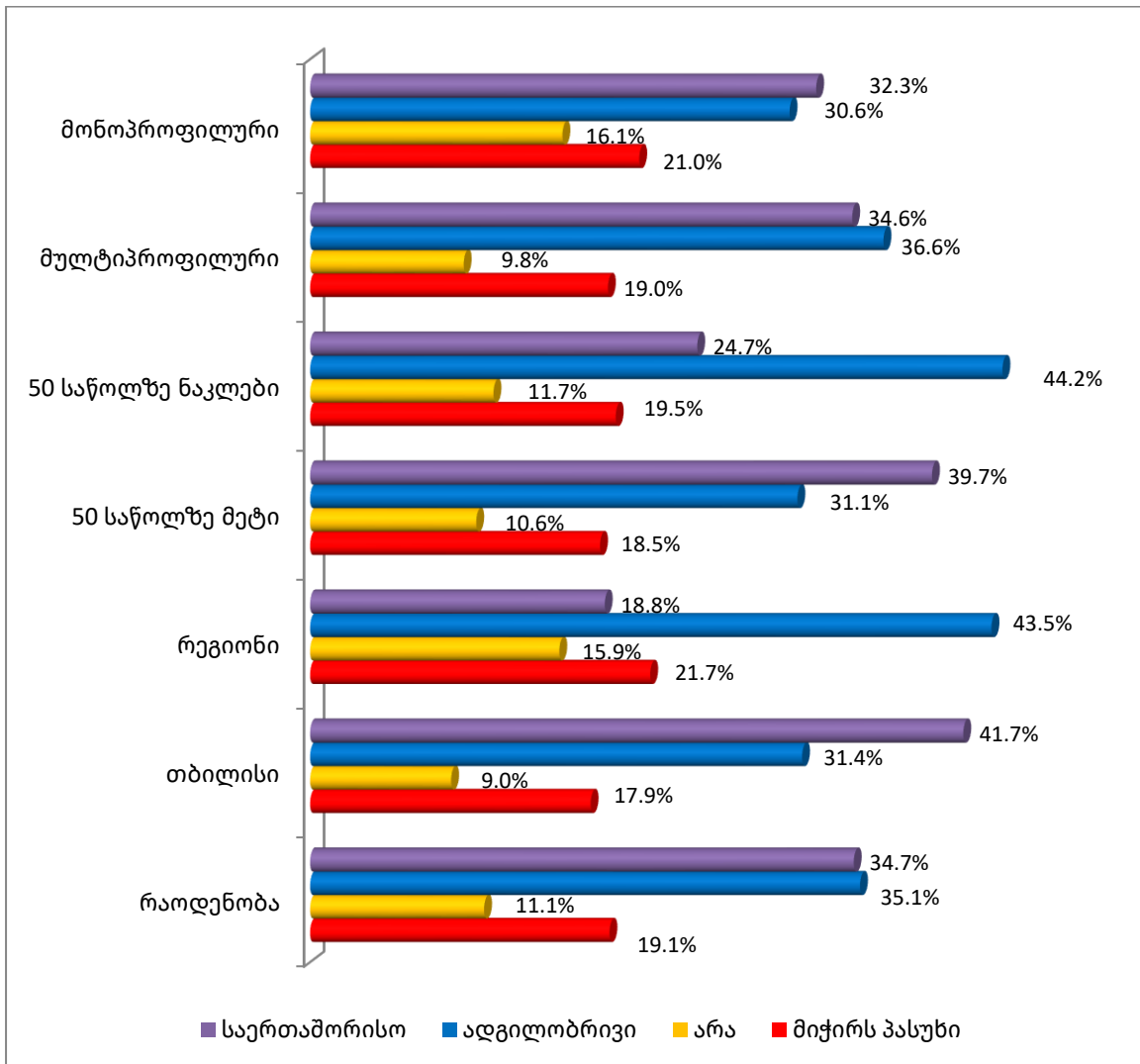
იგივე კითხვაზე გამოკითხულ ექიმთა 34,7%-მა აღნიშნა, რომ სარგებლობს საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით, ხოლო 35,1% სარგებლობს ადგილობრივად შემუშავებული ინდიკატორებით, უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა გამოკითხულთა 11,1% -მა, პასუხის გაცემა კი გაუჭირდა 19,1%-ს.

თბილისში საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით სარგებლობს გამოკითხულ ექიმთა 41,7%, ხოლო რეგიონებში - 43,5%. ადგილობრივი ინდიკატორებით სარგებლობს თბილისში გამოკითხულ ექიმთა 31,4%, ხოლო რეგიონებში ადგილობრივი ინდიკატორებით სარგებლობის მაჩვენებელი 43,5%- ია. უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა თბილისში გამოკითხულ ექიმთა 9%-მა, ხოლო რეგიონებში 15,9% -მა. პასუხის გაცემა გაუჭირდა გამოკითხულ ექიმთა 17,9%-ს თბილისში, ხოლო 21,7%-ს რეგიონებში.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით სარგებლობს გამოკითხულ ექიმთა 39,7% , ადგილობრივით 31,1%, ხოლო უარყოფითი პასუხი გასცა გამოკითხულ ექიმთა 10,5% -მა. პასუხზე თავი შეიკავა 18,5%-მა. 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოში საერთაშორისო ინდიკატორებით სარგებლობს 24,7%, ადგილობრივი ინდიკატორები შემუშავებული აქვს 44,2 % -ს, ხოლო უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა მხოლოდ 10,6% -მა. პასუხისგან თავი შეიკავა 18,5%-მა.

პროფილის მიხედვით ინდიკატორებით სარგებლობის მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მულტიპროფილურ საავადმყოფოში საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით სარგებლობის მაჩვენებელი იყო 34,6%, ადგილობრივი ინდიკატორებით სარგებლობის მაჩვენებელი 36,6%, ხოლო არანაირი ინდიკატორით არ სარგებლობს გამოკითხულ ექიმთა 9,8%. პასუხისგან თავი შეიკავა 19%-მა.

მონოპროფილურ საავადმყოფოში საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით სარგებლობს 32,3%, ადგილობრივით 30,6%, ხოლო უარყოფითი პასუხი გასცა 16,1%-მა, პასუხისაგან თავი შეიკავა 21% -მა. (ნახაზი 34).



ნახაზი 34. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორებით
სარგებლობა, ექიმები.

წყარო: კვლევის მასალები.

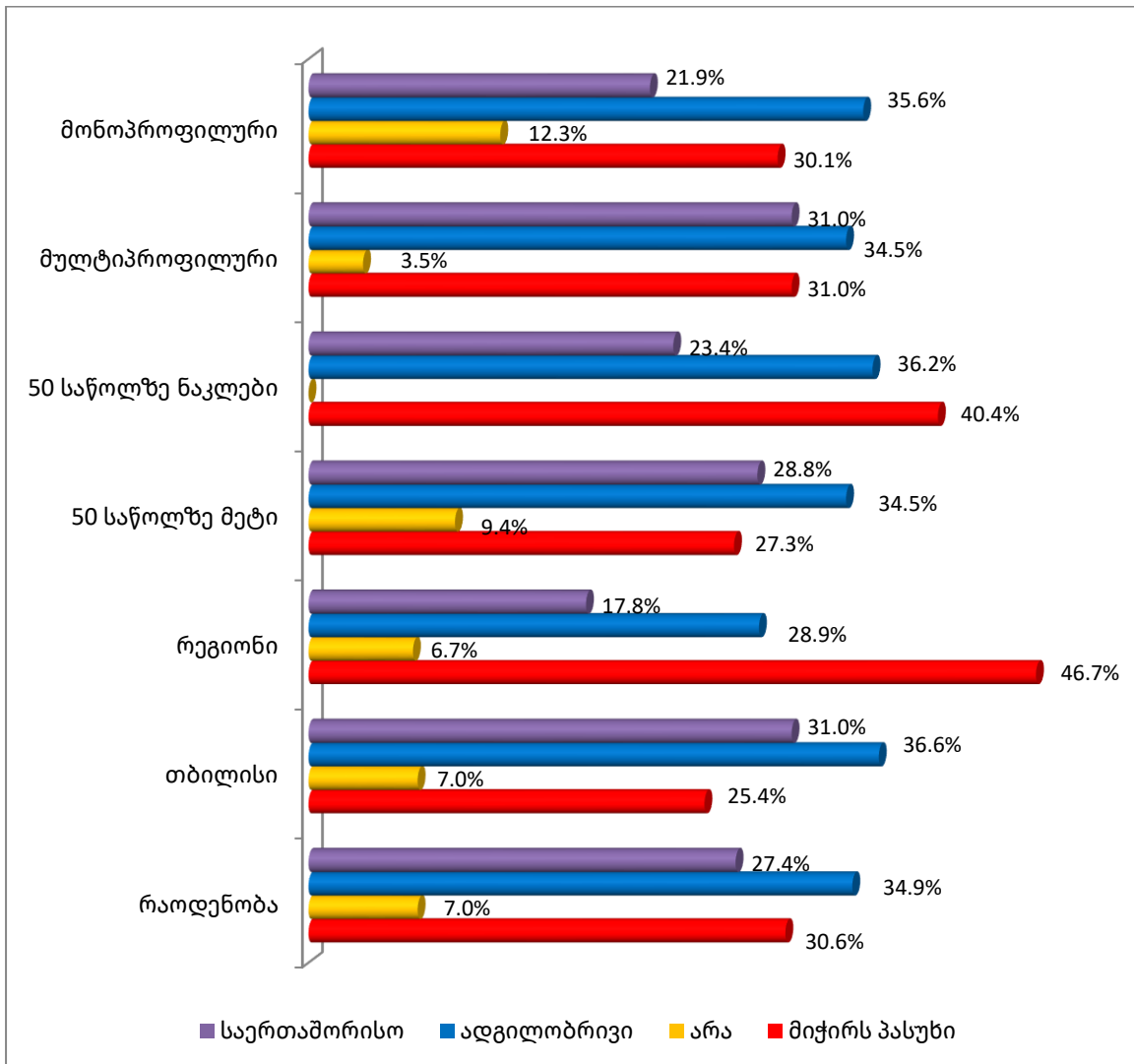
გამოკითხულ ექთანთა 27,4% -მა აღნიშნა, რომ სარგებლობს საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით, 34,9% -ი სარგებლობს ადგილობრივად შემუშავებული ინდიკატორებით, უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა გამოკითხულთა მხოლოდ 7% -მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა გამოკითხულ ექთანთა 30,6% -ს.

თბილისში საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით სარგებლობის მაჩვენებელმა გამოკითხულ ექთნებში 31% -ს მიაღწია, ხოლო რეგიონებში 17,8%-ს. ადგილობრივი ინდიკატორებით სარგებლობს თბილისში ექთანთა 36,6%, ხოლო რეგიონებში ადგილობრივი ინდიკატორებით სარგებლობის მაჩვენებელი 28,9% -ია. უარყოფითი პასუხი დაფიქსირდა თბილისში გამოკითხულ ექთანთა 7 %- ში, ხოლო რეგიონებში 6,7%- ში.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით სარგებლობს გამოკითხულ ექთანთა 28,8% , ადგილობრივით 34,5%, ხოლო უარყოფითი პასუხი გასცა 9,4% -მა. პასუხის გაცემა გაუჭირდა 27,3%-ს. 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოში საერთაშორისო ინდიკატორებით სარგებლობს 23,4%, ადგილობრივი ინდიკატორები შემუშავებული აქვს 36,2 %, ხოლო პასუხისგან თავი შეიკავა 40,4%-მა. უარყოფითი პასუხი არ დაფიქსირებულა.

პროფილის მიხედვით ინდიკატორებით სარგებლობის მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მულტიპროფილურ საავადმყოფოში საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით სარგებლობის მაჩვენებელი 31%-ია, ადგილობრივი ინდიკატორებით სარგებლობის მაჩვენებელი 34,5%, ხოლო არანაირი ინდიკატორით არ სარგებლობს გამოკითხულ ექთანთა მხოლოდ 3,5%. პასუხის გაცემა გაუჭირდა 31%-ს.

მონოპროფილურ საავადმყოფოში საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით სარგებლობს 21,9%, ადგილობრივით 35,6%, ხოლო უარყოფითი პასუხი გასცა 12,3%-მა, პასუხის გაცემა გაუჭირდა 30,1%-ს. (ნახაზი 35).



ნახაზი 35. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორებით
სარგებლობა, ექთნები.

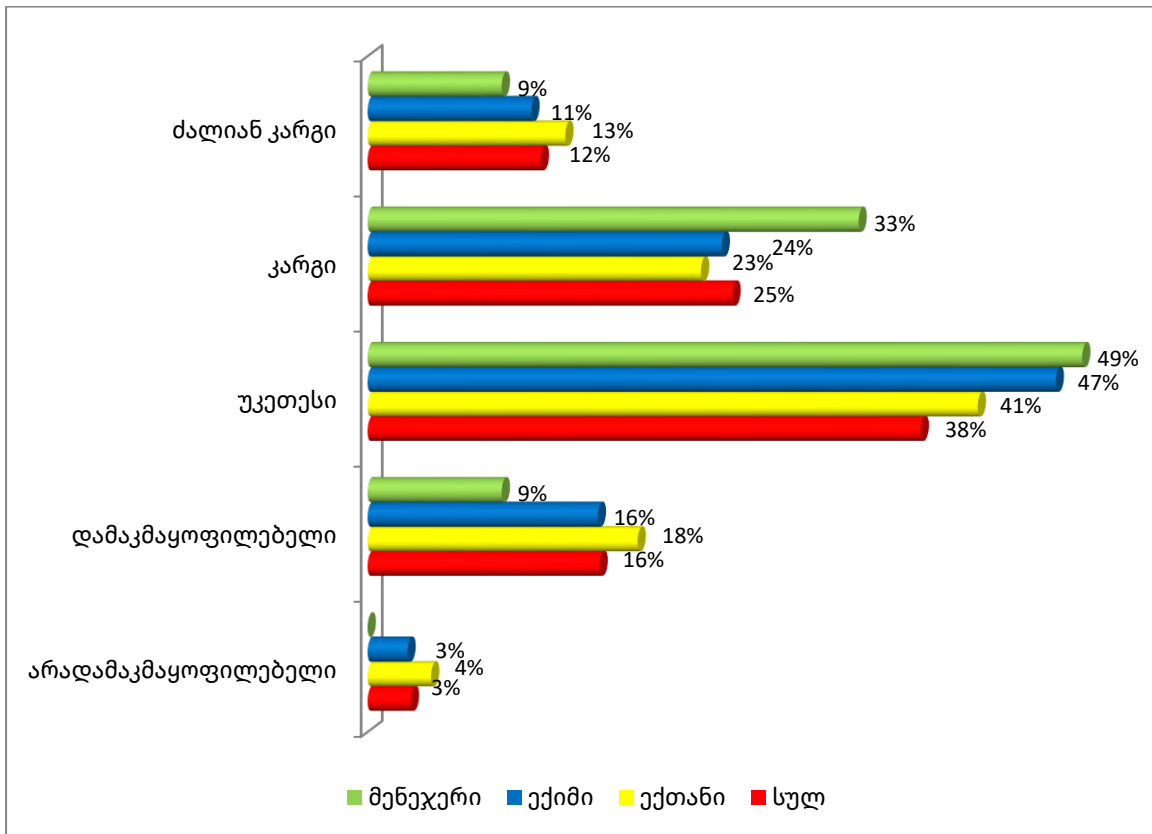
წყარო: კვლევის მასალები.

საავადმყოფოს მიერ გაწეული სერვისების ხარისხის შეფასების პროცენტული მაჩვენებლები სამ მნიშვნელოვანი თანამდებობების, მენეჯერი, ექიმი, ექთანი, შედარებისას შემდეგნაირად გადანაწილდა: კვლევაში მონაწილე რესპოდენტთა 12% - მა აღნიშნა, რომ სერვისების ხარისხი ძალიან კარგია, 25%-მა შეაფასა, როგორც „კარგი“, 38%-მა აღნიშნა, რომ შესაძლებელია იყოს უკეთესი, 16%-მა დამაკმაყოფილებლად შეაფასა სერვისების ხარისხი, ხოლო არადამაკმაყოფილებელი აღმოჩნდა მხოლოდ 3%-თვის. კვლევაში მონაწილე მენეჯერთა 9% -მა სერვისების ხარისხი შეაფასა,

როგორც „ძალიან კარგი“, 33% -მა შეაფასა, როგორც კარგი, უკეთესი დაასახელა გამოკითხულ მენეჯერთა 49%-მა, დამაკმაყოფილებელი შემოხაზა 9%-მა, ხოლო არადამაკმაყოფილებელი პასუხი არ დაფიქსირებულა.

კვლევაში მონაწილე ექიმთა 11%-მა აღნიშნა, რომ საავადმყოფოში წარმოებული სერვისების ხარისხი ძალიან კარგია, 24%-მა აღნიშნა, რომ კარგია, 47% თვლის, რომ შესაძლებელია იყოს უკეთესი, დამაკმაყოფილებლად შეაფასა გამოკითხულ ექიმთა 16%-მა, ხოლო არადამაკმაყოფილებელი პასუხი დააფიქსირა გამოკითხულ ექიმთა 3%-მა.

ექთნების გამოკითხვის შედეგები შემდეგნაირად განაწილდა: პასუხი ძალიან კარგი დააფიქსირა გამოკითხულ ექთანთა 13%-მა, პასუხი კარგი დააფიქსირა გამოკითხულ ექთანთა 23%, წარმოებული სერვისების ხარისხი შესაძლებელია იყოს უკეთესი აღნიშნა გამოკითხულ ექთანთა 41%-მა, დამაკმაყოფილებლად შეაფასა 18%-მა, ხოლო უარყოფითი შეფასება დააფიქსირა კვლევაში მონაწილე ექთანთა მხოლოდ 4%-მა (ნახაზი 36). მონაცემები სტატისტიკურად ნაკლებად სარწმუნოა ($\chi^2=10,49$; $df=8$; $P>0.05$).



ნახაზი 36. საავადმყოფოს მიერ გაწეული სერვისების ხარისხის შეფასება,
მენეჯერების, ექიმებისა და ექთნების შედარება.

წყარო: კვლევის მასალები.

თბილისში გამოკითხულ მენეჯერთა 10,8%-ი წარმოებული სერვისების ხარისხს აფასებს, როგორც ძალიან კარგი, 40,5%-მა დააფიქსირა, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი კარგია, 43,2% აღნიშნავს, რომ ხარისხი დამაკმაყოფილებელია, თუმცა ისურვებდა უკეთესს, 5,4%-მა აღნიშნა, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი დამაკმაყოფილებელია.

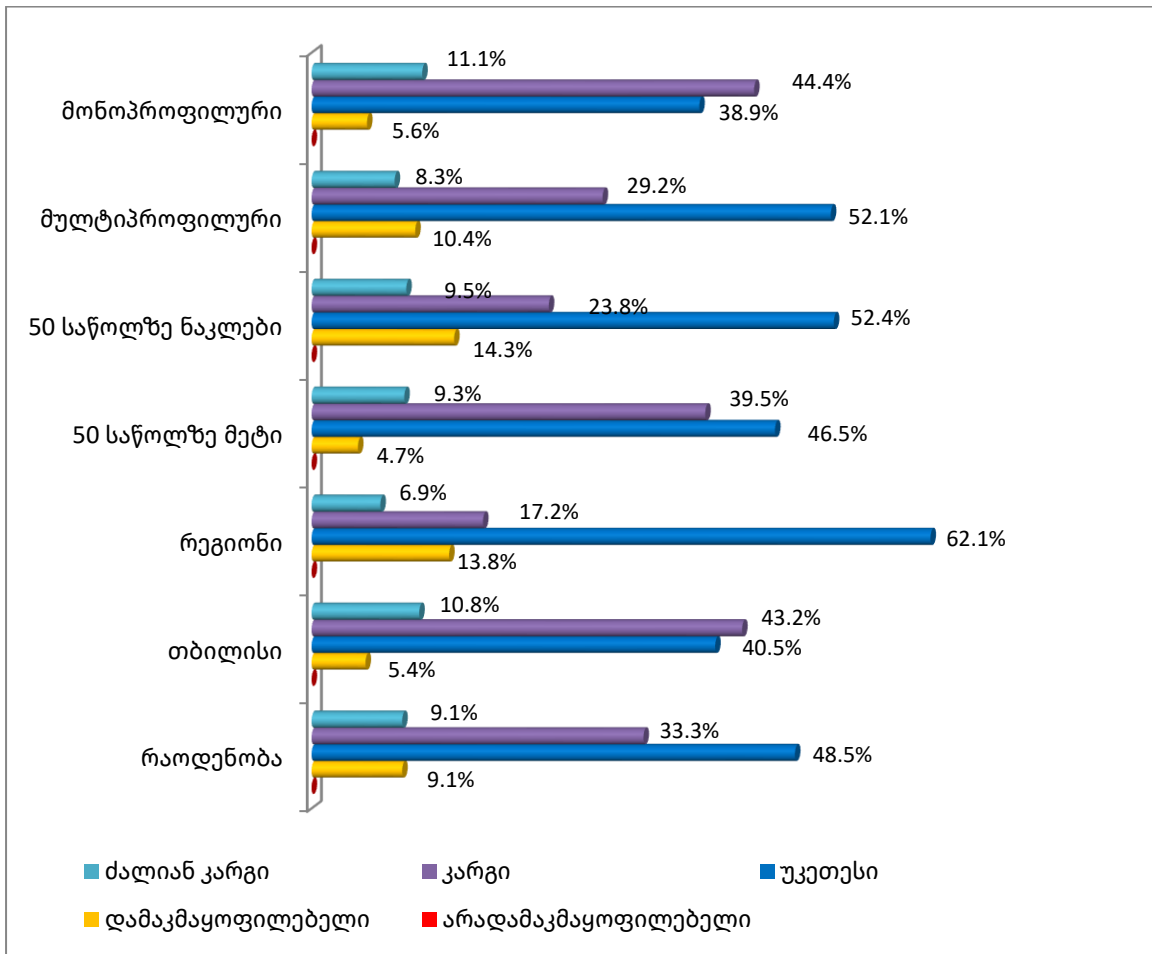
რეგიონებში გამოკითხულ მენეჯერთა 6,9% სერვისების ხარისხს აფასებს, როგორც ძალიან კარგი. 17,2% ამბობს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი კარგია, 13,8% დამაკმაყოფილებლად აფასებს წარმოებული სერვისების ხარისხს, 62,1% თვლის რომ კარგია, თუმცა ისურვებდა უკეთესს.

სიმძლავრის მიხედვით 50 საწოლზე მეტი დატვირთვის მქონე საავადმყოფოში გამოკითხულ მენეჯერთა 4,7% აფასებს წარმოებულ სერვისებს, როგორც

დამაკმაყოფილებელი, 46,5% ისურვებდა სერვისების უკეთეს ხარისხს, 39,5% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი კარგია, ხოლო ძალიან კარგია აფიქსირებს გამოკითხულ მენეჯერთა 9,3%. 50 საწოლზე ნაკლები დატვირთვის მქონე საავადმყოფოში გამოკითხულ მენეჯერთა მხოლოდ 14,3% აფასებს წარმოებულ სერვისებს, როგორც დამაკმაყოფილებელი, 52,4% ისურვებდა სერვისების უკეთეს ხარისხს, 23,8% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი კარგია, ხოლო ძალიან კარგია აფიქსირებს გამოკითხულ მენეჯერთა მხოლოდ 9,5%.

მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ მენეჯერთა პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად განაწილდა: 10,4% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი დამაკმაყოფილებელია, 52,1% აფასებს, როგორც დამაკმაყოფილებელი, თუმცა ისურვებდა უკეთეს, 29,2% წარმოებულ სერვისებს აფასებს დადებითად, ხოლო 8,3% აფასებს, როგორც ძალიან კარგი.

მომოპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ მენეჯერთა პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგია: მხოლოდ 5,6% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი დამაკმაყოფილებელია, 38,9% აფასებს, როგორც დამაკმაყოფილებელი, თუმცა ისურვებდა უკეთეს, 44,4 % წარმოებულ სერვისებს აფასებს დადებითად, ხოლო 11,1 % აფასებს, როგორც ძალიან კარგი. უარყოფითი შეფასება გამოკითხულ მენეჯერებში არ დაფიქსირებულა (ნახაზი 37).



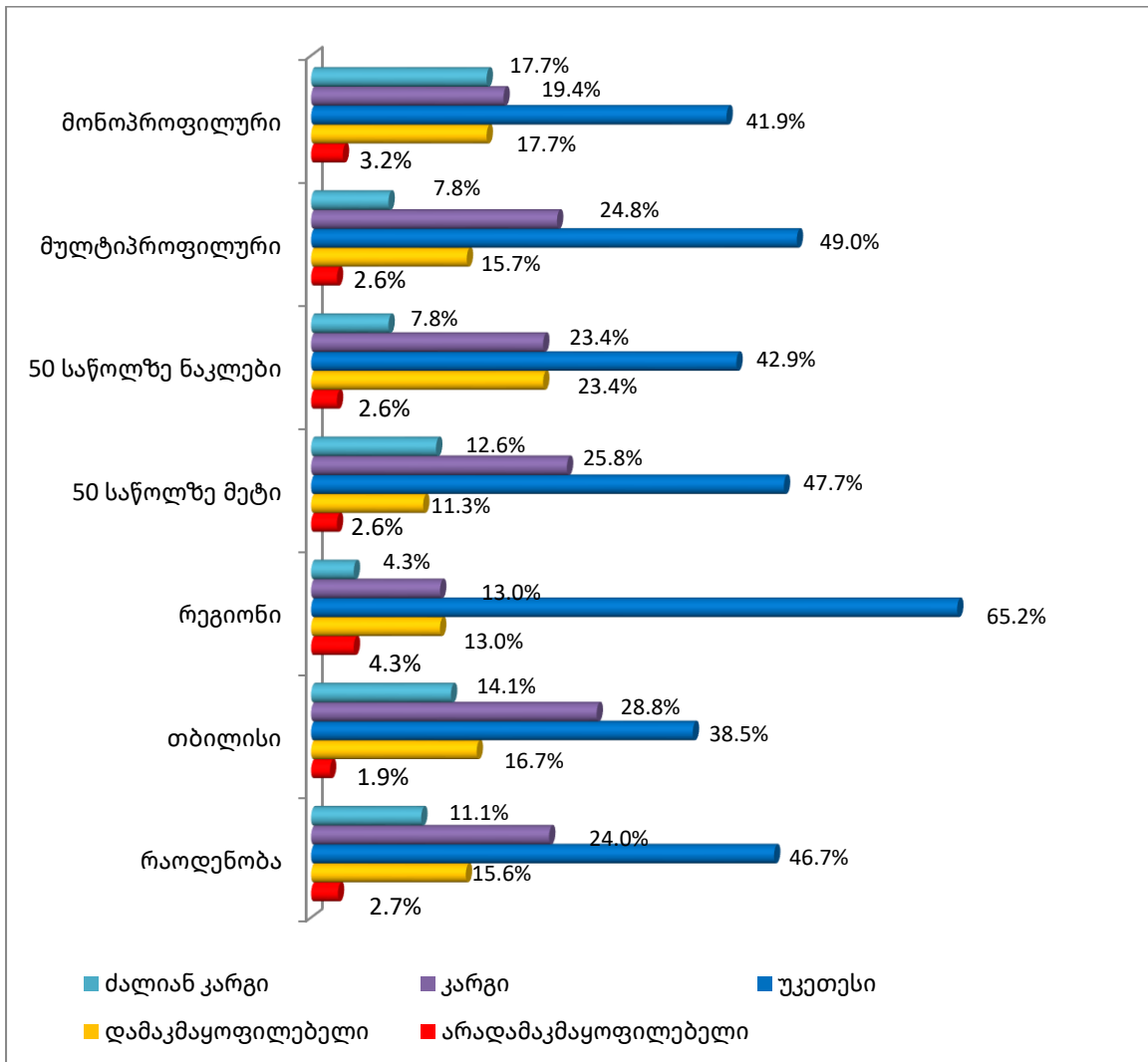
ნახაზი 37. საავადმყოფოს მიერ გაწეული სერვისების ხარისხის შეფასება, მენეჯერები.
წყარო: კვლევის მასალები.

თბილისში გამოკითხულ ექიმთა 16,7% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი დამაკმაყოფილებელია, 38,5% თვლის, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი კარგია, თუმცა ისურვებდა უკეთესს, 28,8% აღნიშნავს, რომ ხარისხი კარგია, ხოლო 14,1% წარმოებული სერვისების ხარისხს აფასებს, როგორც ძალიან კარგი, უარყოფითი შეფასება 2,7%-მა დააფიქსირა.

რეგიონებში გამოკითხულ ექიმთა 13% დამაკმაყოფილებლად აფასებს წარმოებული სერვისების ხარისხს, 65,2% თვლის რომ კარგია, თუმცა ისურვებდა უკეთესს, 13% ამბობს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი კარგია, ხოლო 4,3% აფასებს, როგორც

ძალიან კარგი და იგივე მაჩვენებელი ფიქსირდება ურყოფითი შეფასების შემთხვევაშიც.

50 საწოლზე მეტი დატვირთვის მქონე საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა 11,3% აფასებს წარმოებულ სერვისებს, როგორც დამაკმაყოფილებელი, 47,7% ისურვებდა სერვისების უკეთეს ხარისხს, 25,8% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი კარგია, ხოლო ძალიან კარგია აფიქსირებს გამოკითხულ ექიმთა 12,6%. უარყოფითად შეაფასა გამოკითხულთა მხოლოდ 2,6%-მა. 50 საწოლზე ნაკლები დატვირთვის მქონე საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა 23,4% აფასებს წარმოებულ სერვისებს, როგორც დამაკმაყოფილებელი, 42,9% ისურვებდა სერვისების უკეთეს ხარისხს, 23,4% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი კარგია, ხოლო ძალიან კარგია აფიქსირებს გამოკითხულ ექიმთა მხოლოდ 7,8%. წარმოებული სერვისების ხარისხი უარყოფითად შეაფასა ექიმთა 2,6% -მა. მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად განაწილდა: 15,7% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი დამაკმაყოფილებელია, 49% აფასებს, როგორც დამაკმაყოფილებელი, თუმცა ისურვებდა უკეთესს, 24,8% წარმოებულ სერვისებს აფასებს დადებითად, ხოლო 7,8% აფასებს, როგორც ძალიან კარგი. უარყოფითი შეფასება დააფიქსირა გამოკითხულ ექიმთა 2,6% -მა. მონოპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგია: 17,7% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი დამაკმაყოფილებელია, 41,9% აფასებს, როგორც დამაკმაყოფილებელი, თუმცა ისურვებდა უკეთესს, 19,4 % წარმოებულ სერვისებს აფასებს დადებითად, ხოლო 17,7 % აფასებს, როგორც ძალიან კარგი, უარყოფითი შეფასება დააფიქსირა მხოლოდ 3,2%-მა (ნახაზი 38).



ნახაზი 38. საავადმყოფოს მიერ გაწეული სერვისების ხარისხის შეფასება, ექიმები.
წყარო: კვლევის მასალები.

თბილისში გამოკითხულ ექთანთა 20,4% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი დამაკმაყოფილებელია, 38% თვლის, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი კარგია, თუმცა ისურვებდა უკეთესს, 20,4% აღნიშნავს, რომ ხარისხი კარგია, ხოლო 15,5% წარმოებული სერვისების ხარისხს აფასებს, როგორც ძალიან კარგი, უარყოფითი შეფასება 5,6%-მა დააფიქსირა.

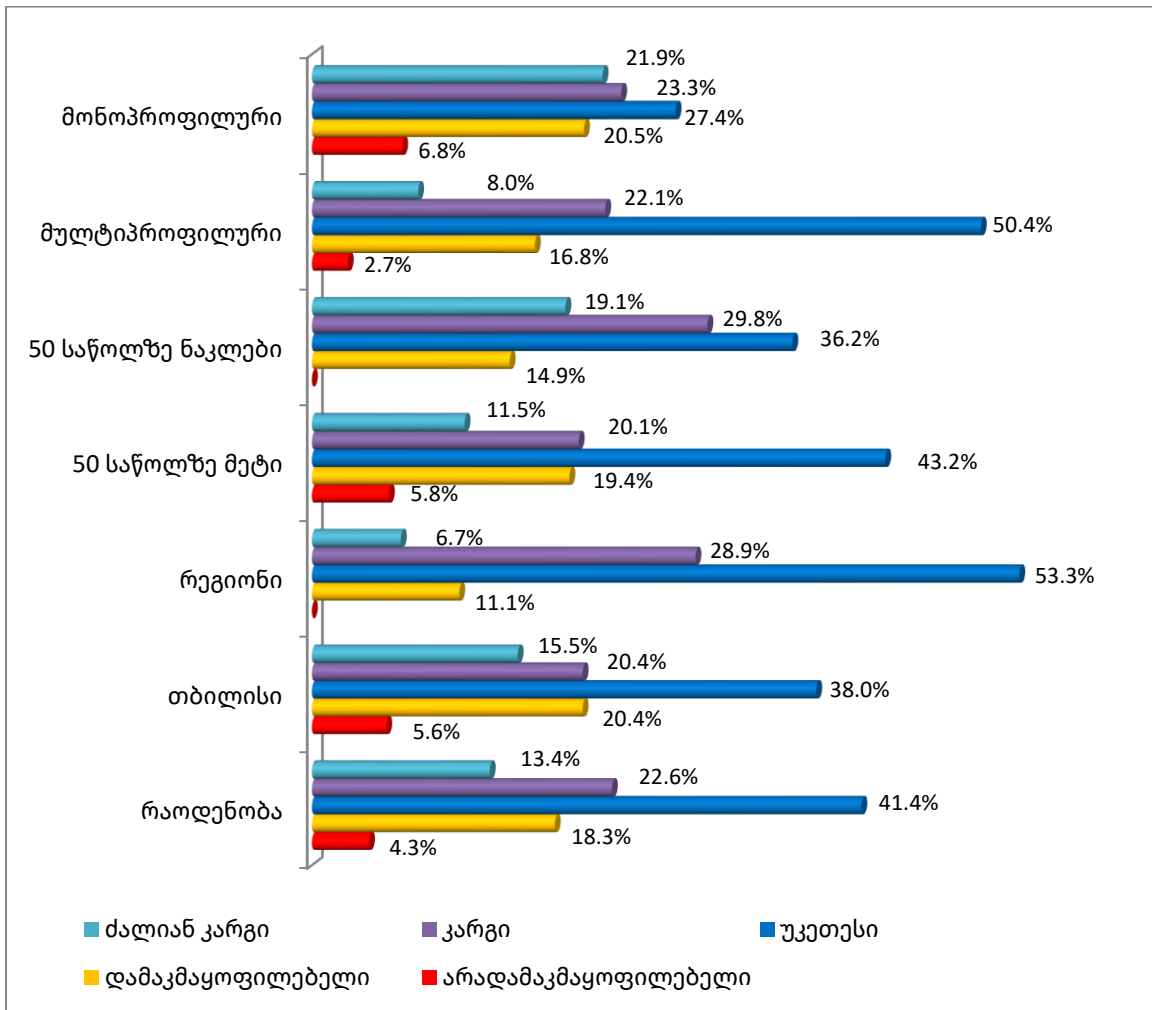
რეგიონებში გამოკითხულ ექთანთა 11,1% დამაკმაყოფილებლად აფასებს წარმოებული სერვისების ხარისხს, 53,3% თვლის, რომ კარგია, თუმცა ისურვებდა

უკეთესს, 28,9% ამბობს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი კარგია, ხოლო 6,7% აფასებს, როგორც ძალიან კარგი ურაცოფითი შეფასება დააფიქსირა 0%-მა.

50 საწოლზე მეტი დატვირთვის მქონე საავადმყოფოში გამოკითხულ ექთანთა 19,4% აფასებს წარმოებულ სერვისებს, როგორც დამაკმაყოფილებელი, 43,2% ისურვებდა სერვისების უკეთესს ხარისხს, 20,1% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი კარგია, ხოლო ძალიან კარგია აფიქსირებს გამოკითხულ ექთანთა 11,5%. უარყოფითად შეაფასა გამოკითხულთა მხოლოდ 5,8%-მა. 50 საწოლზე ნაკლები დატვირთვის მქონე საავადმყოფოში გამოკითხულ ექთანთა 14,9% აფასებს წარმოებულ სერვისებს, როგორც დამაკმაყოფილებელი, 36,2% ისურვებდა სერვისების უკეთესს ხარისხს, 29,8% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი კარგია, ხოლო ძალიან კარგია აფიქსირებს გამოკითხულ ექთანთა 19,1%. წარმოებული სერვისების ხარისხი უარყოფითად შეაფასა ექთანთა 0% -მა.

მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ ექთანთა პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად განაწილდა: 16,8% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი დამაკმაყოფილებელია, 50,4% აფასებს, როგორც დამაკმაყოფილებელი, თუმცა ისურვებდა უკეთესს, 22,1% წარმოებულ სერვისებს აფასებს დადებითად, ხოლო 8% აფასებს, როგორც ძალიან კარგი. უარყოფითი შეფასება დააფიქსირა გამოკითხულ ექთანთა 2,7% -მა.

მომოპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგია: 20,5% აღნიშნავს, რომ წარმოებული სერვისების ხარისხი დამაკმაყოფილებელია, 27,4% აფასებს, როგორც დამაკმაყოფილებელი, თუმცა ისურვებდა უკეთესს, 23,3 % წარმოებულ სერვისებს აფასებს დადებითად, ხოლო 21,9 % აფასებს, როგორც ძალიან კარგი, უარყოფითი შეფასება დააფიქსირა მხოლოდ 6,8%-მა (ნახაზი 39).

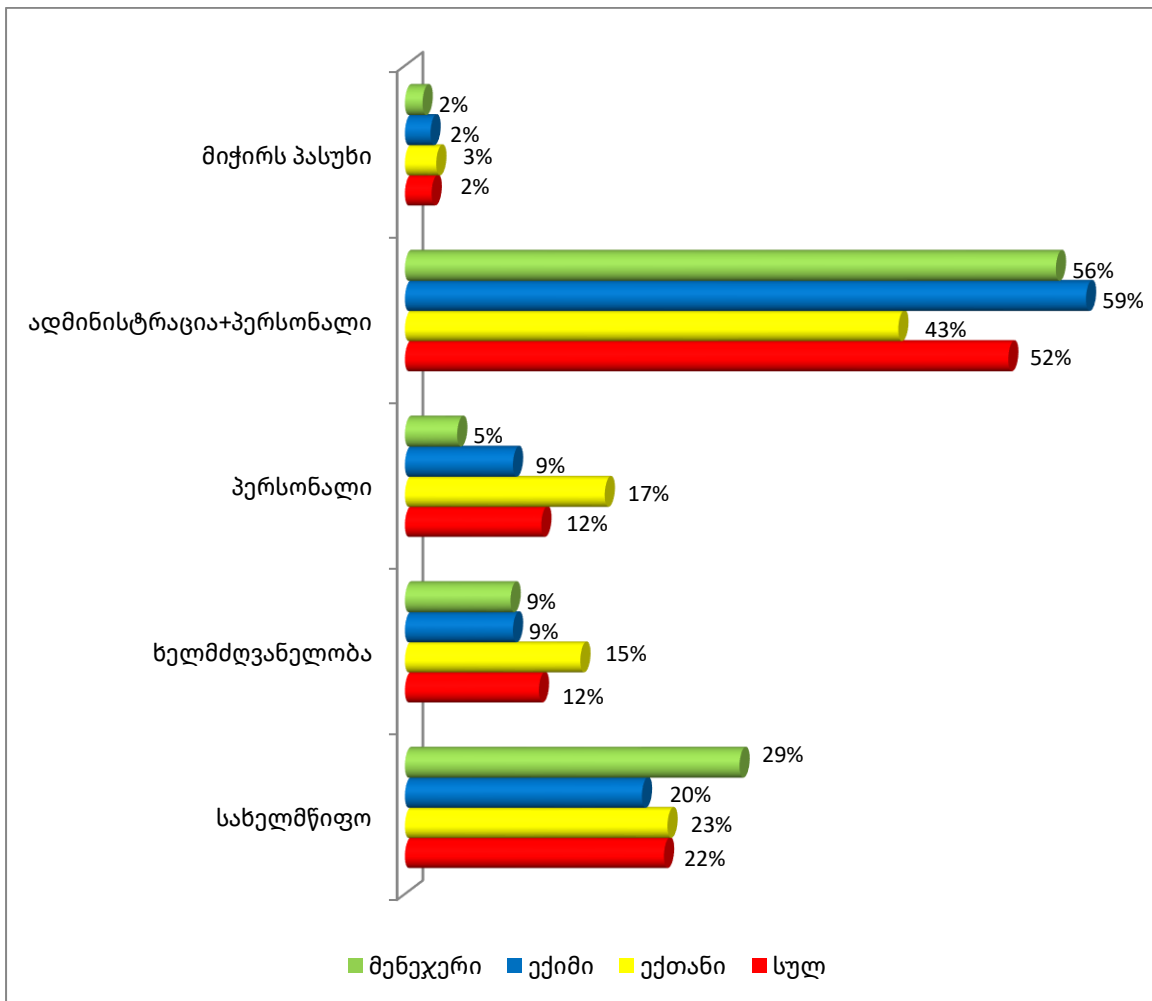


ნახაზი 39. საავადმყოფოს მიერ გაწეული სერვისების ხარისხის შეფასება, ექთნები.
წყარო: კვლევის მასალები.

კითხვაზე თუ რას ენიჭება გადამწყვეტი როლი ხარისხის უზრუნველყოფაში კვლევაში მონაწილე რესპოდენტთა პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: 22% -მა უპირატესობა სახელმწიფოს მიანიჭა, 12%-მა დაწესებულების ხელმძღვანელობა დაასახელა, იგივე პროცენტული მაჩვენებელი დასახელდა დაწესებულების პერსონალის შემთხვევაში, ადმინისტრაციული და სამედიცინო პერსონალი ერთად აღნიშნა გამოკითხულ რესპოდენტთა 52%-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა მხოლოდ 2%-ს.

თანამდებობების მიხედვით რესპოდენტთა პასუხების სტატისტიკა შემდეგია: კვლევაში მონაწილე მენეჯერთა 29% -მა უპირატესობა სახელმწიფოს მიანიჭა, 9%-მა

დაასახელა დაწესებულების ხელმძღვანელობა, პერსონალი აღნიშნა 5%-მა, ადმინისტრაციისა და პერსონალის შეთანხმებული მუშაობა 56%-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა გამოკითხულ მენეჯერთა 2%-ს. კვლევაში მონაწილე ექიმთა 20% -მა დაასახელა სახელმწიფო, 9%-მა ხელმძღვანელობა, იგივე მაჩვენებელი დაფიქსირდა პერსონალის შემთხვევაში, ადმინისტრაციული და სამედიცინო პერსონალის ერთობლიობა დაასახელა გამოკითხულ ექიმთა 59%-მა პასუხის გაცემა გაუჭირდა 2%-ს. კვლევაში მონაწილე ექთანთა 23%-მა უპირატესობა სახელმწიფოს როლს მიანიჭა, 15%-მა დაწესებულების ხელმძღვანელობას, პერსონალი დაასახელა გამოკითხულ ექთანთა 17%-მა, ადმინისტრაციისა და პერსონალის შეთანხმებული მუშაობა 43%-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 3%-ს (ნახაზი 40). მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა (chi-square=27,6; df=10; P<0.05).



ნახაზი 40. სამედიცინო მომსახურების გაწევის უზრუნველყოფაში გადამწყვეტი
როლი ენიჭება.

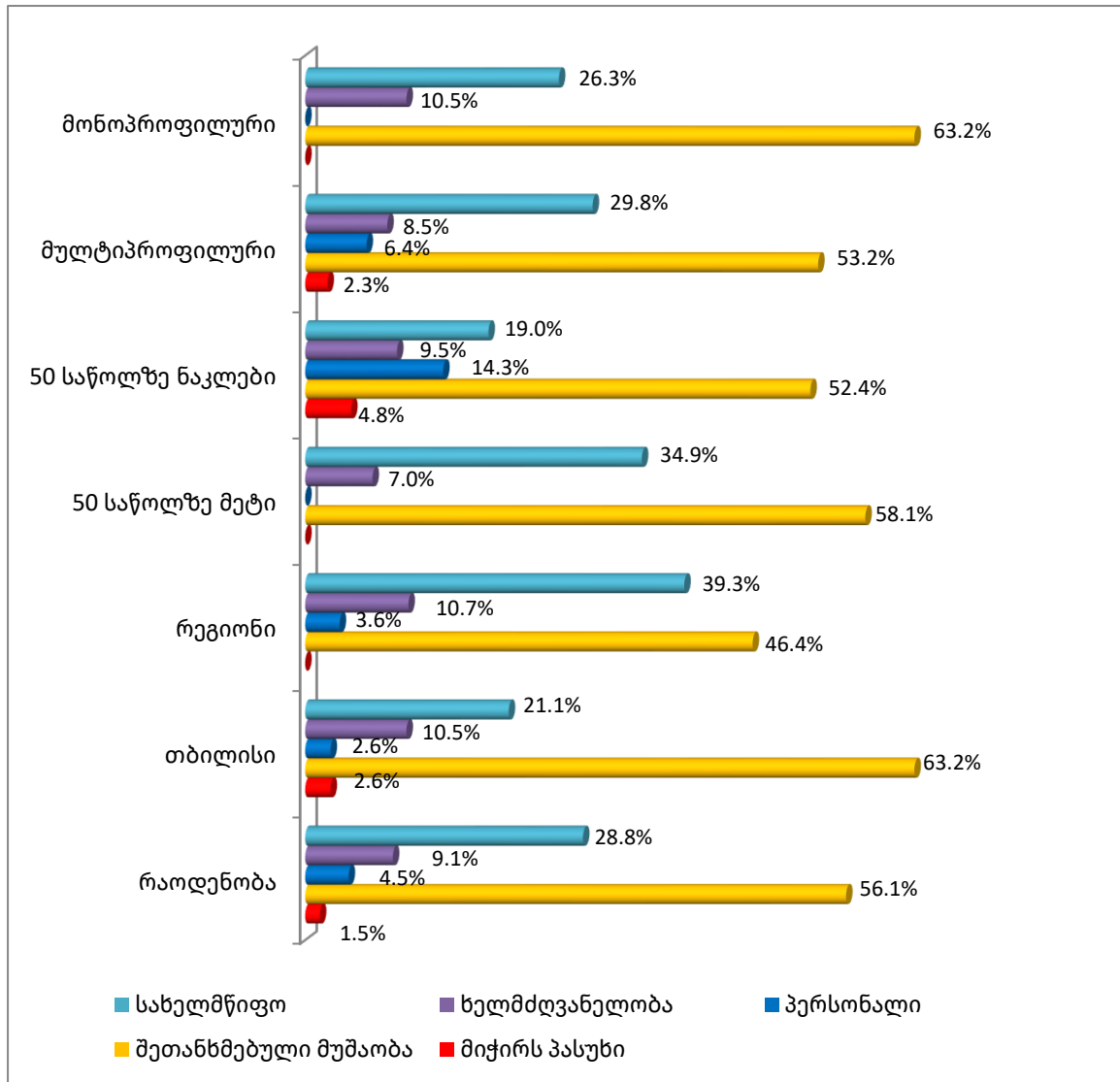
წყარო: კვლევის მასალები.

ადგილმდებარეობის მიხედვით პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად
გადანაწილდა: თბილისში სახელმწიფოს გადამწყვეტი როლი მიაჩნია გამოკითხულ
მენეჯერთა 21, 1%-მა, ხოლო რეგიონებში 39,3% -მა, დაწესებულების
ხელმძღვანელობას თბილისში გადამწყვეტი როლი მიაჩნია 10,5%- მა, ხოლო
რეგიონებში 10,7% , უშუალოდ სამედიცინო პერსონალის როლის მაჩვენებლები
შემდეგნაირად განაწილდა: თბილისი - 2,6%, რეგიონები - 3,6%, შეთანხმებული
მუშაობის მაჩვენებლებია : თბილისი - 63,2%, ხოლო რეგიონები - 46,4%, პასუხის
გაცემა გაუჭირდა თბილისში მხოლოდ 2,6% -ს.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხულ მენეჯერთა 34,9%-
თვის გადამწყვეტი როლი აკისრია სახელმწიფოს, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები
სიმძლავრის საავადმყოფოში იგივე მაჩვენებელი მხოლოდ 19% -ს აღწევს.
დაწესებულების ხელმძღვანელობის როლის პროცენტული მაჩვენებლები 50
საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში მხოლოდ 7%-ია, ხოლო 50 საწოლზე
ნაკლები სიმძლავრისაში 14,3%. უშუალოდ სამედიცინო პერსონალის მაჩვენებელი 50
საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში არ დაფიქსირებულა, 50 საწოლზე
ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოში იგივე მაჩვენებელმა 9,5%-ს მიაღწია. ორივე
შემთხვევაში მაღალი პროცენტი ფიქსირდება შეთანხმებული მუშაობის
მაჩვენებელზე, კერძოდ 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში - 58,1%,
ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში - 52,4%. პასუხისგან
თავი შეიკავა მხოლოდ 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში
გამოკითხულ მენეჯერთა 4,8%-მა.

პროფილის მიხედვით მონაცემები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მულტიპროფილურ
საავადმყოფოში მენეჯერთა 29,8%- მა მიაჩნია სახელმწიფოს როლს გადამწყვეტი
მნიშვნელობა, ხოლო მონოპროფილურში 26,3%-მა. დაწესებულების
ხელმძღვანელობას მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გადამწყვეტი როლი 8,5%-მა
მიაჩნია, ხოლო მონოპროფილურ საავადმყოფოში 10,5%-მა. სამედიცინო პერსონალის

მუშაობის მაჩვენებელი დაფიქსირდა, მხოლოდ მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში, კერძოდ - 6,4%. ამ შემთავებაშიც ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები ფიქსირდება შეთანხმებული მუშაობის როლთან დაკავშირებით: მულტიპროფილური 53,2%, ხოლო მონოპროფილურში 63,2%. პასუხის გაცემა გაუჭირდა მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ მენეჯერთა 2,3% -ს (ნახაზი 41).



ნახაზი 41. სამედიცინო მომსახურების გაწევის უზრუნველყოფაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება, მენეჯერები.

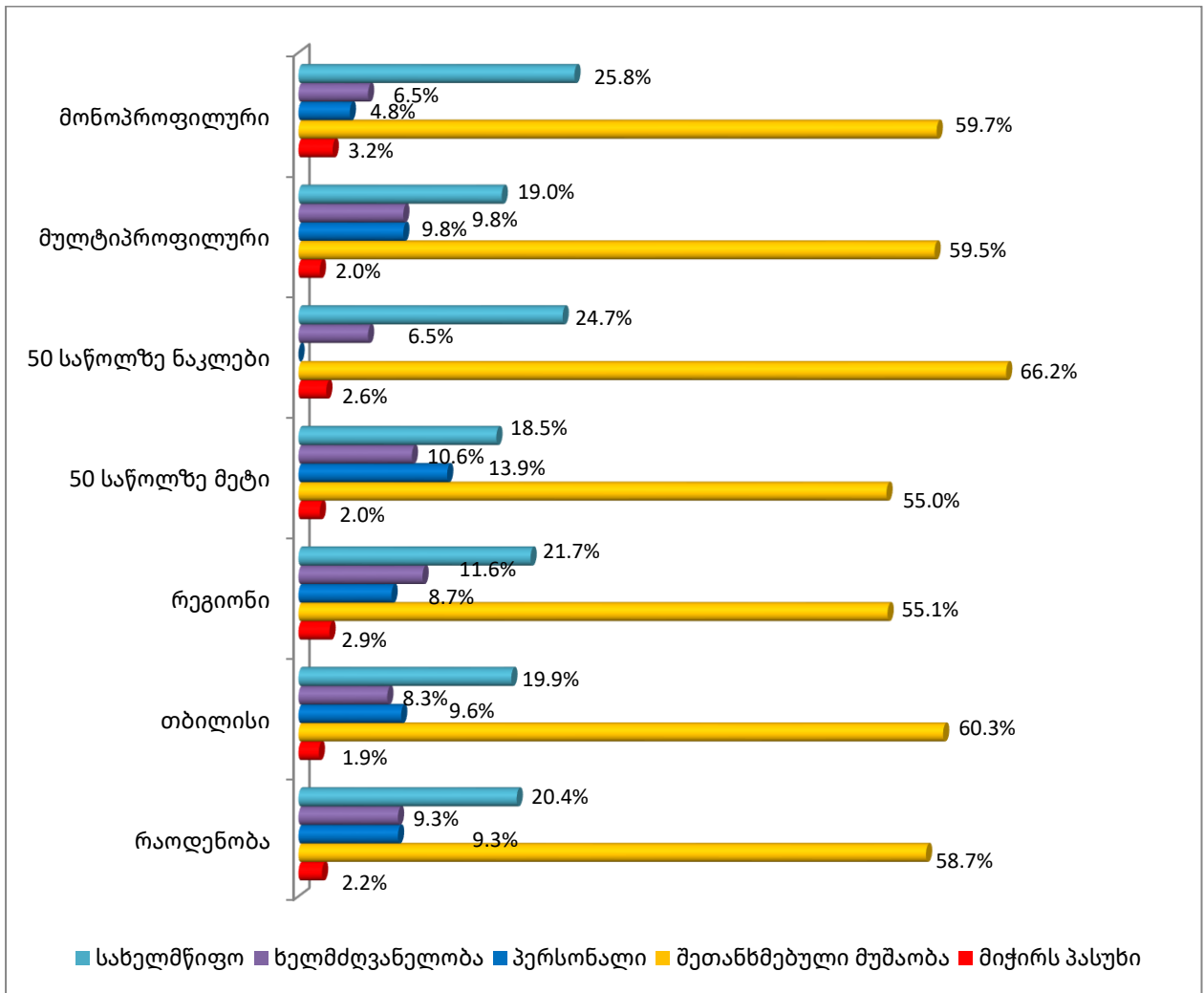
წყარო: კვლევის მასალები.

ექიმთა პასუხების პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა:
გამოკითხულთა 20,4% გადამწყვეტ როლს სახელმწიფოს აკისრებს, 9,3%
დაწესებულების ხელმძღვანელობას, 9,3%- უშუალოდ სამედიცინო პერსონალს,
უმეტესი პროცენტული მაჩვენებელი, 58,7% დაიკავა ადმინისტრაციული და
სამედიცინო პერსონალის შეთანხმებულმა მუშაობამ პასუხის გაცემა გაუჭირდა
გამოკითხულ ექიმთა 2,2%-ს.

ადგილმდებარეობის მიხედვით პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად
გადანაწილდა: თბილისში სახელმწიფოს გადამწყვეტი როლი მიაჩნია გამოკითხულ
ექიმთა 19,9%-მა, ხოლო რეგიონებში 21,7% -მა, დაწესებულების ხელმძღვანელობას
თბილისში გადამწყვეტი როლი მიაჩნია 8,3%- მა, ხოლო რეგიონებში 11,6% ,
უშუალოდ სამედიცინო პერსონალის როლის მაჩვენებლები შემდეგნაირად
განაწილდა: თბილისი 9,6%, რეგიონები 8,7%, შეთანხმებული მუშაობის
მაჩვენებლებია : თბილისი 60,3%, ხოლო რეგიონები 55,1%, პასუხის გაცემა გაუჭირდა
თბილისში მხოლოდ 1,9% -მა, ხოლო რეგიონებში 2,9% -მა.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხულ ექიმთა 18,5%-თვის
გადამწყვეტი როლი აკისრია სახელმწიფოს, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის
საავადმყოფოში იგივე მაჩვენებელი 24,7% -ს აღწევს. დაწესებულების
ხელმძღვანელობის როლის პროცენტული მაჩვენებლები 50 საწოლზე მეტი
სიმძლავრის საავადმყოფოში 10,6%-ია, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრისაში
6,5%. სამედიცინო პერსონალის მუშაობის მაჩვენებელი 50 საწოლზე მეტი
სიმძლავრის საავადმყოფოში 13,9% -ია, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის
საავადმყოფოში აღნიშნული მაჩვენებელი არ დაფიქსირებულა. ორივე შემთხვევაში
მაღალი და თითქმის ერთნაირი პროცენტი ფიქსირდება შეთანხმებული მუშაობის
მაჩვენებელზე, კერძოდ 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში 55,1%, ხოლო
50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში 55%. პასუხისგან თავი
შეიკავა მხოლოდ 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში
გამოკითხულ ექიმთა 2%-მა, ხოლო იგივე მაჩვენებელი 50 საწოლზე ნაკლები
სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში 2,6%- ია.

პროფილის მიხედვით მონაცემები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მულტიპროფილურ საავადმყოფოში ექიმთა 19%- მა მიანიჭა სახელმწიფოს როლს გადამწყვეტი მნიშვნელობა, ხოლო მონოპროფილურში 25,8%-მა. დაწესებულების ხელმძღვანელობას მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გადამწყვეტი როლი 9,8%-მა მიანიჭა, ხოლო მონოპროფილურ საავადმყოფოში 6,5%-მა. სამედიცინო პერსონალის მუშაობის მაჩვენებელი მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში 9,8%, ხოლო მონოპროფილურ საავადმყოფოებში 4,8%-ია. ამ შემთავებაშიც ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები ფიქსირდება შეთანხმებული მუშაობის როლთან დაკავშირებით: მულტიპროფილური - 59,5%, ხოლო მონოპროფილურში - 59,7%. პასუხის გაცემა გაუჭირდა მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა მხოლოდ 2% , ხოლო მონოპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა 3,2% (ნახაზი 42).



ნახაზი 42. სამედიცინო მომსახურების გაწევის უზრუნველყოფაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება, ექიმები.

წყარო: კვლევის მასალები.

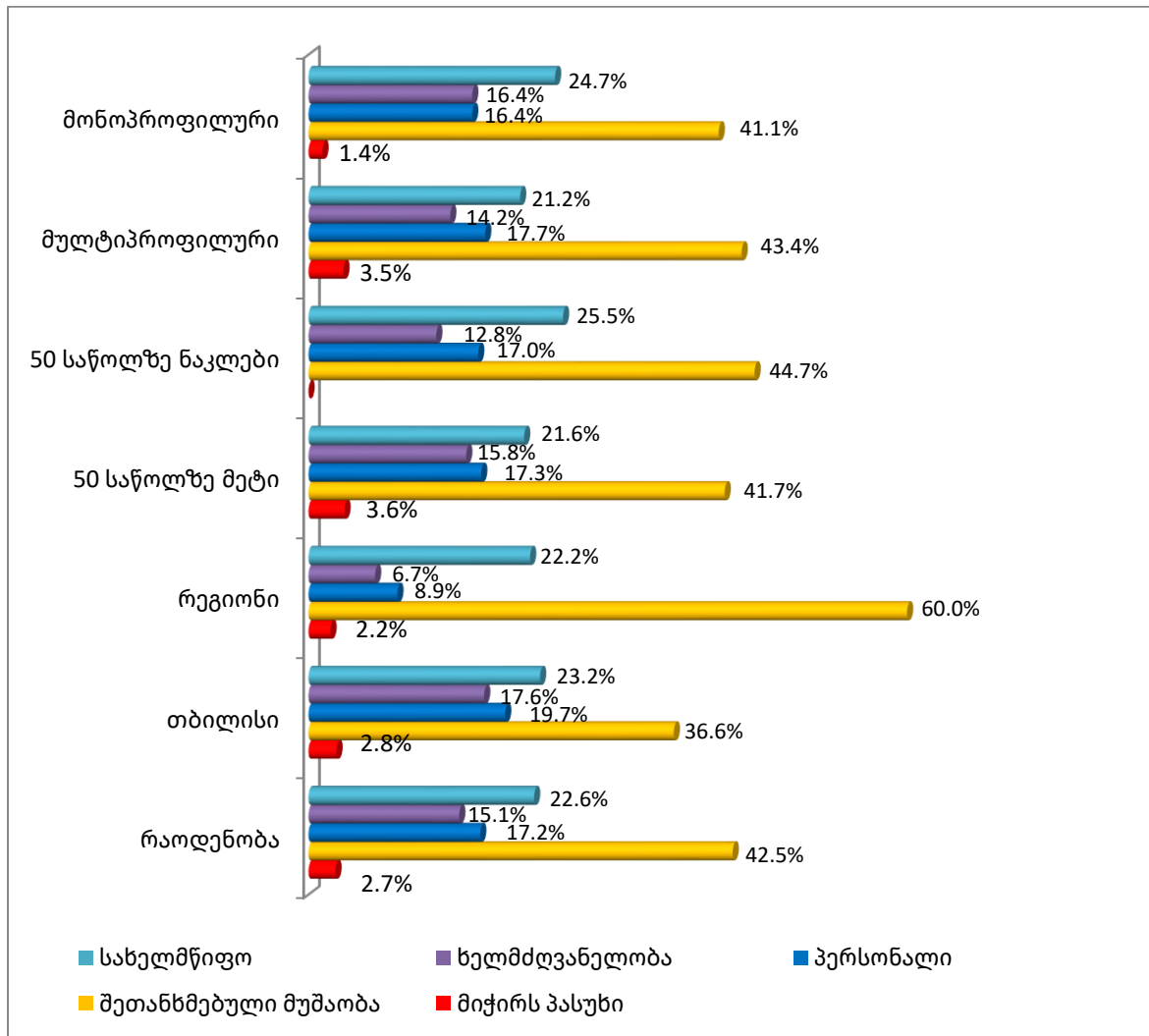
ექთანთა პასუხების პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: გამოკითხულთა 22,6% გადამწყვეტ როლს სახელმწიფოს აკისრებს, 15,1% დაწესებულების ხელმძღვანელობას, 17,2%- უმუალოდ სამედიცინო პერსონალს, უმეტესი პროცენტული მაჩვენებელი 42,5% დაიკავა ადმინისტრაციული და სამედიცინო პერსონალის შეთანხმებულმა მუშაობამ პასუხის გაცემა გაუჭირდა გამოკითხულ ექთანთა 2,7%-ს.

ადგილმდებარეობის მიხედვით პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: თბილისში სახელმწიფოს გადამწყვეტი როლი მიანიჭა გამოკითხულ ექიმთა 23,2%-მა, ხოლო რეგიონებში 22,2% -მა, დაწესებულების ხელმძღვანელობას თბილისში გადამწყვეტი როლი მიანიჭა 17,6%- მა, ხოლო რეგიონებში 6,7% , უშუალოდ სამედიცინო პერსონალის როლის მაჩვენებლები შემდეგნაირად განაწილდა: თბილისი 19,7%, რეგიონები 8,9%, შეთანხმებული მუშაობის მაჩვენებლებია : თბილისი 36,6%, ხოლო რეგიონები 60%, პასუხზე თავი შეიკავა თბილისში 2,8% -მა, ხოლო რეგიონებში 2,2% -მა.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხულ ექთანთა 21,6%-თვის გადამწყვეტი როლი აკისრია სახელმწიფოს, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოში იგივე მაჩვენებელი 25,5% -ს აღწევს. დაწესებულების ხელმძღვანელობის როლის პროცენტული მაჩვენებლები 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში 15,8%-ია, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრისაში 12,8%. სამედიცინო პერსონალის მუშაობის მაჩვენებელი 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში 17,3% -ია, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოში აღნიშნული მაჩვენებელი თითქმის იგივე 17%-ს უდრის. ორივე შემთხვევაში მაღალი და თითქმის ერთნაირი პროცენტი ფიქსირდება შეთანხმებული მუშაობის მაჩვენებელზე, კერძოდ 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში 41,7%, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში 44,7%. პასუხისგან თავი შეიკავა მხოლოდ 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში გამოკითხულ ექთანთა 3,6%-მა.

პროფილის მიხედვით მონაცემები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მულტიპროფილურ საავადმყოფოში ექთანთა 21,2%- მა მიანიჭა სახელმწიფოს როლს გადამწყვეტი მნიშვნელობა, ხოლო მონოპროფილურში 24,7%-მა. დაწესებულების ხელმძღვანელობას მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გადამწყვეტი როლი 14,2%-მა მიანიჭა, ხოლო მონოპროფილურ საავადმყოფოში 16,4%-მა. სამედიცინო პერსონალის მუშაობის მაჩვენებელი მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში 17,7%, ხოლო მონოპროფილურ საავადმყოფოებში 16,4%-ია. ამ შემთხვევაშიც ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები ფიქსირდება შეთანხმებული მუშაობის როლთან დაკავშირებით:

მულტიპროფილური 43,4%, ხოლო მონოპროფილურში 41,1%. პასუხის გაცემა გაუჭირდა მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ ექთანთა 3,5% , ხოლო მონოპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ ექთანთა მხოლოდ 1,4% (ნახაზი 43).

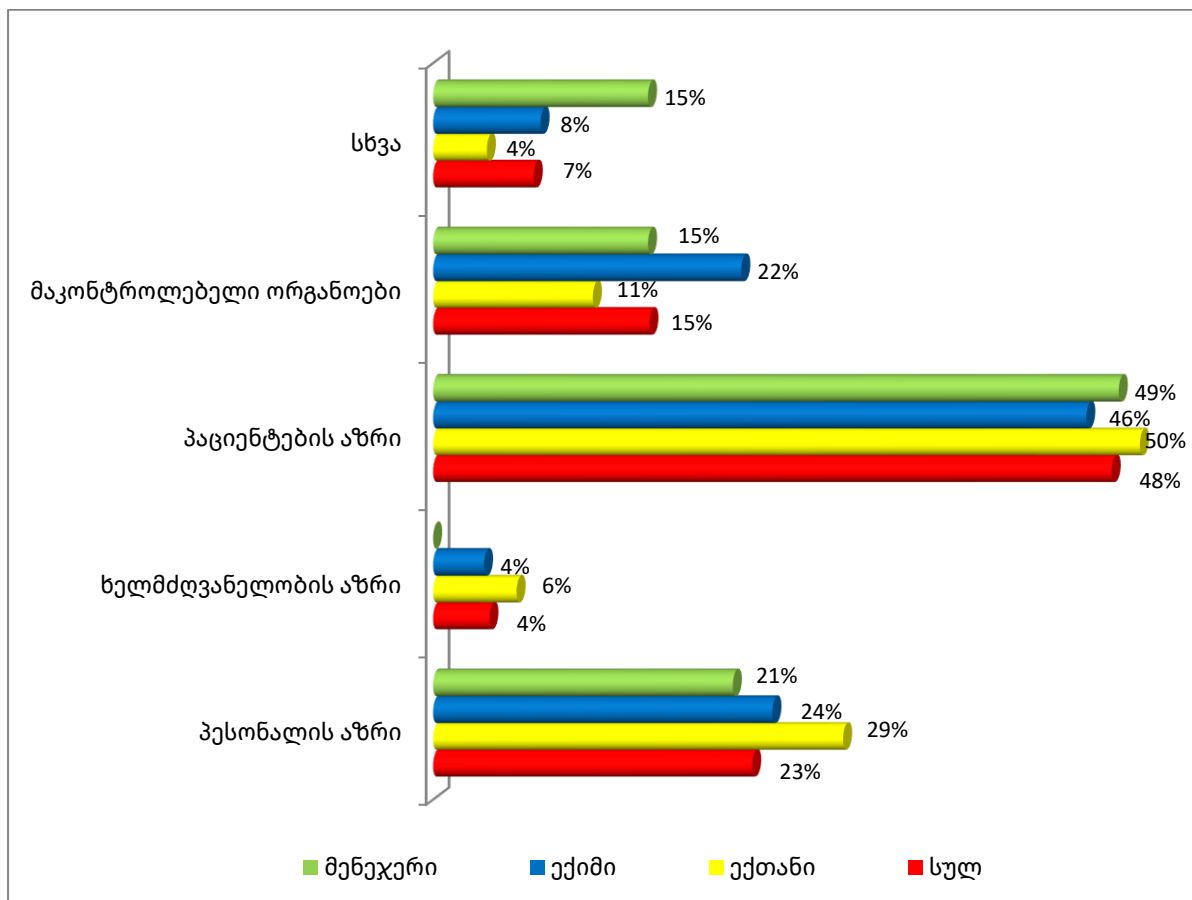


ნახაზი 43. სამედიცინო მომსახურების გაწევის უზრუნველყოფაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება, ექთნები.

წყარო: კვლევის მასალები.

კითხვაზე, რა არის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის უმთავრესი კვლევაში მონაწილე რესპოდენტთა 23%-მა პერსონალის აზრი დაასახელა,

4%-მა ხელმძღვანელობის აზრი, პაციენტების აზრს უპირატესობა მიანიჭა გამოკითხულთა 48%-მა, მაკონტროლებელ ორგანოებს 15%-მა, ხოლო სხვა დაასახელა 7%-მა. თანამდებობებს შორის მონაცემები შემდეგნაირად გადანაწილდა: კვლევასი მონაწილე მენეჯერთა 21%-მა პერსონალის აზრი დააფიქსირა, პაციენტის აზრი აღნიშნა მენეჯერთა 49%-მა, მაკონტროლებელი ორგანოები 15%-მა, ხოლო სხვა ასევე 15%-მა. ექიმების 24%-ი უპირატესობას პერსონალის აზრს ანიჭებს, ხელმძღვანელობის აზრი აღნიშნა მხოლოდ 4%-მა. პაციენტების აზრი დააფიქსირა გამოკითხულ ექიმთა 46%-მა, მაკონტროლებელი ორგანოები- 22%-მა, სხვა -8%-მა. კვლევაში მონაწილე ექთანთა 29% უპირატესობას პერსონალის აზრს ანიჭებს, 6% აღნიშნა ხელმძღვანელობის აზრი, პაციენტების აზრი დააფიქსირა 50%-მა, მაკონტროლებელი ორგანოები 11%-მა, ხოლო სხვა დააფიქსირა გამოკითხულ ექთანთა მხოლოდ 4%-მა (ნახაზი 44). მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა (chi-square=23,9; df=10; P<0.05).

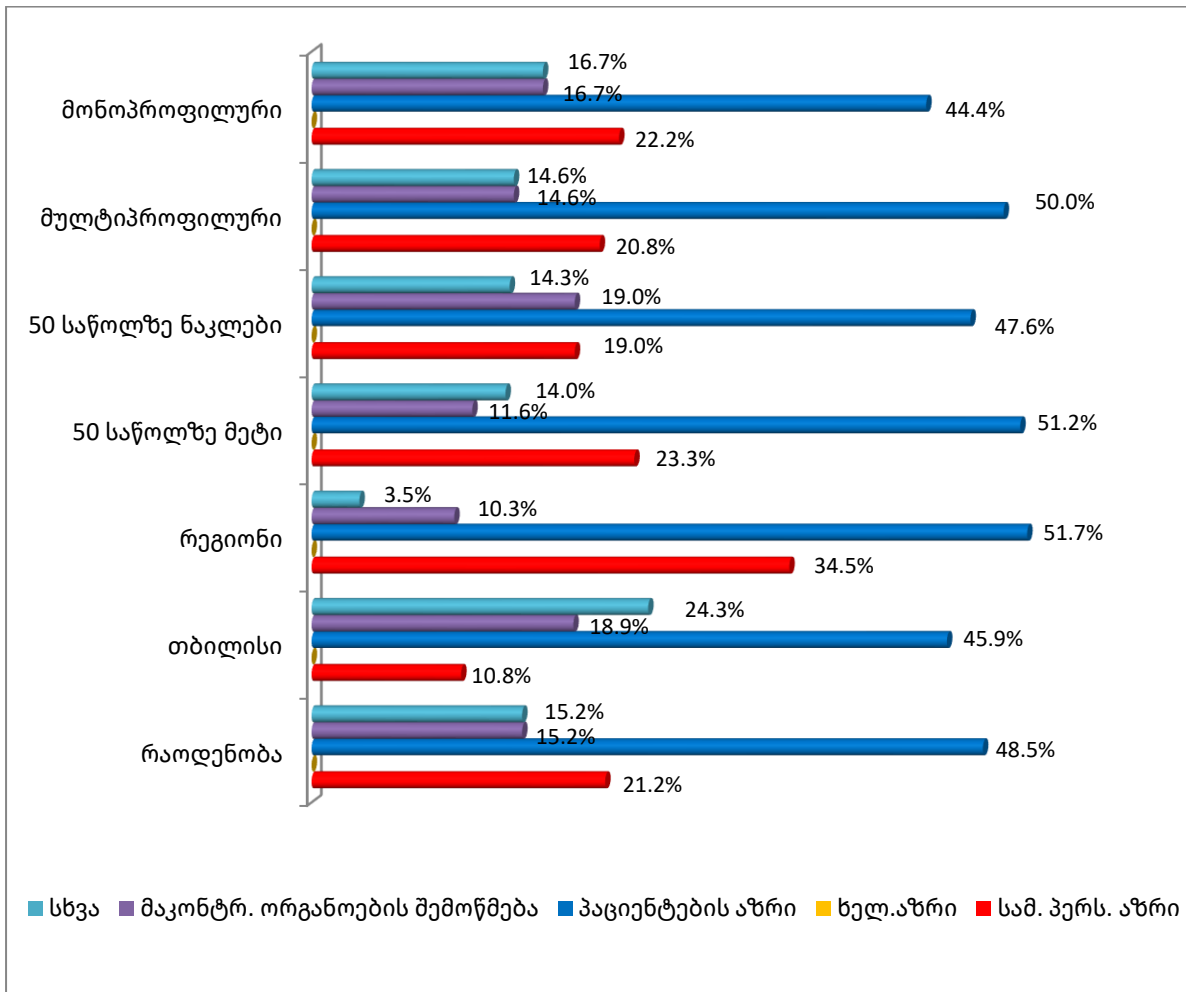


ნახაზი 44. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის უმთავრესია, მენეჯერების, ექიმებისა და ექთნების შედარება.

წყარო: კვლევის მასალები.

თბილისში გამოკითხულ მენეჯერთა 10,8% უპირატესობას ანიჭებს სამედიცინო პერსონალის აზრს, რეგიონებში ეს მაჩვენებელი 34,5%-ის ტოლია. მაღალი და თითქმის თანაბარი პროცენტული მაჩვენებელი უკავია, თბილისსა და რეგიონებში პაციენტის აზრს, კერძოდ თბილისში 51,7%, ხოლო რეგიონებში 51,7%. მაკონტროლებელი ორგანოების შემოწმების შედეგის მაჩვენებელი თბილისში 18,9%-ს, ხოლო რეგიონებში 10,3%-ს მიაღწია. პასუხი სხვა თბილისში გასცა გამოკითხულ მენეჯერთა 24,3%-მა, ხოლო რეგიონებში 3,5%-მა.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოებში გამოკითხულ მენეჯერთა 23,3% უმთავრესად დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის აზრს ასახელებს, იგივე პასუხი 19%-ი მაჩვენებლით დაფიქსირდა 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე კლინიკებში. ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი უკავია, ორივე სიმძლავრის კლინიკაში გამოკითხულ მენეჯერთა პროცენტულ მაჩვენებლებს პაციენტის აზრთან მიმართებაში, კერძოდ 50 საწოლზე მეტი 51,2%, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები 47,6%. მაკონტროლებელი ორგანოების შემოწმების შედეგი 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში 11,6%-ით არის წარმოდგენილი, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში აღნიშნული მაჩვენებელი 19%-ია. სხვა დამატებითი პასუხი ორივე სიმძლავრის საავადმყოფოში გამოკითხულ მენეჯერთა თითქმის თანაბარმა მაჩვენებლებმა დააფიქსირა, 14% და 14,3%. პროფილის მიხედვით გამოკითხვის შედეგები შემდეგია: მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ მენეჯერთა 20,8%-მა უმთავრეს შეფასების კრიტერიუმად დაწესებულებაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის აზრი დააფიქსირა, მონოპროფილურის შემთხვევაში აღნიშნული მაჩვენებელი 22,2%-ია. ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა პაციენტის აზრის შესახებ, კერძოდ მულტიპროფილური 50%, ხოლო მონოპროფილური გამოკითხულ მენეჯერთა 44,4%. თანაბარი მაჩვენებლები აქვს მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში პასუხებს მაკონტროლებელი ორგანოების შემოწმების შედეგი და სხვა, კერძოდ 14,6%, ხოლო მონოპროფილურ საავადმყოფოებში 16,7% (ნახაზი 45).



ნახაზი 45. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის უმთავრესია, მენეჯერები.

წყარო: კვლევის მასალები.

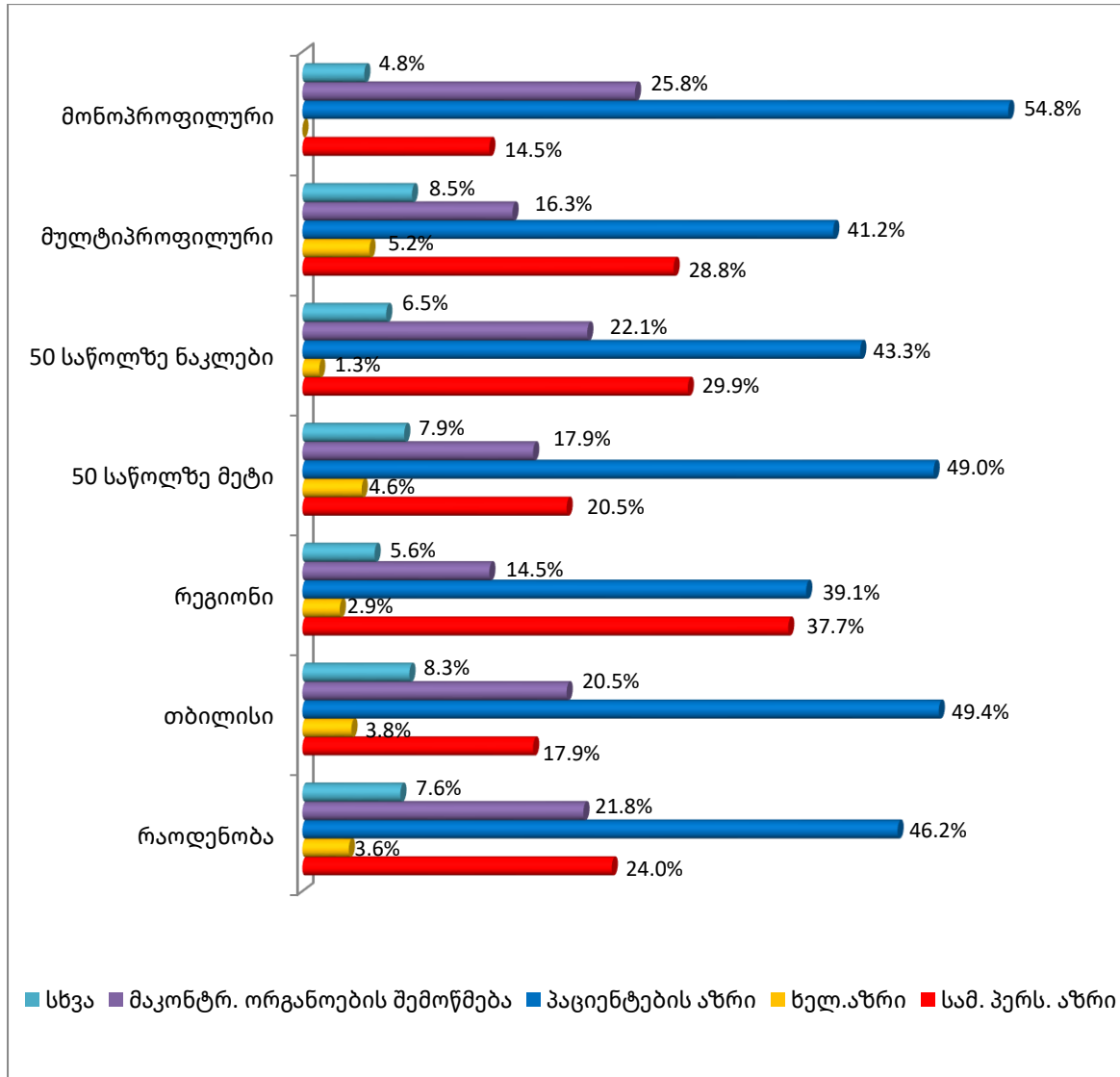
ექიმთა გამოკითხვის შედეგები საავადმყოფოთა ადგილმდებარეობის სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით შემდეგნაირად განაწილდა: გამოკითხულ ექიმთა 24% უმთავრესად თვლის დაწესებულებაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის აზრს, ხელმძღვანელობის აზრი 3,6% -ია, ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი, კერძოდ 46,2% უჭირავს პაციენტების აზრს, ხოლო მაკონტროლებელი ორგანოების შედეგი 21,8%. დამატებით სხვა პასუხის პროცენტული მაჩვენებელი მხოლოდ 7,6%. თბილისში გამოკითხულ ექიმთა 17,9% უპირატესობას ანიჭებს სამედიცინო პერსონალის აზრს, რეგიონში ეს მაჩვენებელი 37,7%-ის ტოლია. მაღალი და თითქმის

თანაბარი პროცენტული მაჩვენებელი უკავია, თბილისსა და რეგიონებში პაციენტის აზრს, კერძოდ თბილისში 49,4%, ხოლო რეგიონებში 39,1%. თბილისში ხელმძღვანელობის აზრს უკავია 3,8%, ხოლო რეგიონებში 2,9%. მაკონტროლებელი ორგანოების შემოწმების შედეგის მაჩვენებელი თბილისში 20,5%-ს, ხოლო რეგიონებში 14,5%-ს მიაღწია. პასუხი- სხვა თბილისში გასცა გამოკითხულ ექიმთა 8,3%-მა, ხოლო რეგიონებში 5,6%-მა.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოებში გამოკითხულ ექიმთა 29,9% უმთავრესად დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის აზრს ასახელებს, იგივე პასუხი 29,9%-ი მაჩვენებლით დაფიქსირდა 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე კლინიკებში. ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი უკავია, ორივე სიმძლავრის კლინიკაში გამოკითხულ ექიმთა პროცენტულ მაჩვენებლებს პაციენტის აზრთან მიმართებაში, კერძოდ 50 საწოლზე მეტი 49%, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები 43,3%.

მაკონტროლებელი ორგანოების შემოწმების შედეგი 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში 17,9%-ით არის წარმოდგენილი, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში აღნიშნული მაჩვენებელი 22,1%-ია. სხვა დამატებითი პასუხი 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა 7,9%- მა დააფიქსირა , ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა 6,5%-მა. დაწესებულების ხელმძღვანელობის აზრი 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა 4,6%-თვისაა მნიშვნელოვანი, ხოლო იგივე მაჩვენებელი 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოში მხოლოდ 1,3%-ია. პროფილის მიხედვით გამოკითხვის შედეგები შემდეგია: მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა 28,8%-მა უმთავრეს შეფასების კრიტერიუმად დაწესებულებაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის აზრი დააფიქსირა, მონოპროფილურის შემთხვევაში აღნიშნული მაჩვენებელი 14,5%-ია. ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა პაციენტის აზრის შესახებ, კერძოდ მულტიპროფილური 41,2%, ხოლო მონოპროფილურში გამოკითხულ ექიმთა 54,8%. თანაბარი მაჩვენებლები აქვს მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში პასუხებს მაკონტროლებელი ორგანოების შემოწმების შედეგი მულტიპროფილურში აღნიშნა გამოკითხულ ექიმთა 16,3%-მა, ხოლო მონოპროფილურში 25,8%-მა. პასუხი- სხვა, მულტიპროფილურში დააფიქსირა

ექიმთა 8,5%-მა, ხოლო მონოპროფილურში 4,8%- მა. დაწესებულების ხელმძღვანელობის აზრი ხარისხის შეფასებისთვის უმთავრესია მხოლოდ მულტიპროფილური საავადმყოფოს ექიმების 5,2%-თვის (ნახაზი 46).



ნახაზი 46. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის უმთავრესი, ექიმები.

წყარო: კვლევის მასალები.

ექთანთა გამოკითხვის შედეგები საავადმყოფოთა ადგილმდებარეობის სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით შემდეგნაირად განაწილდა:

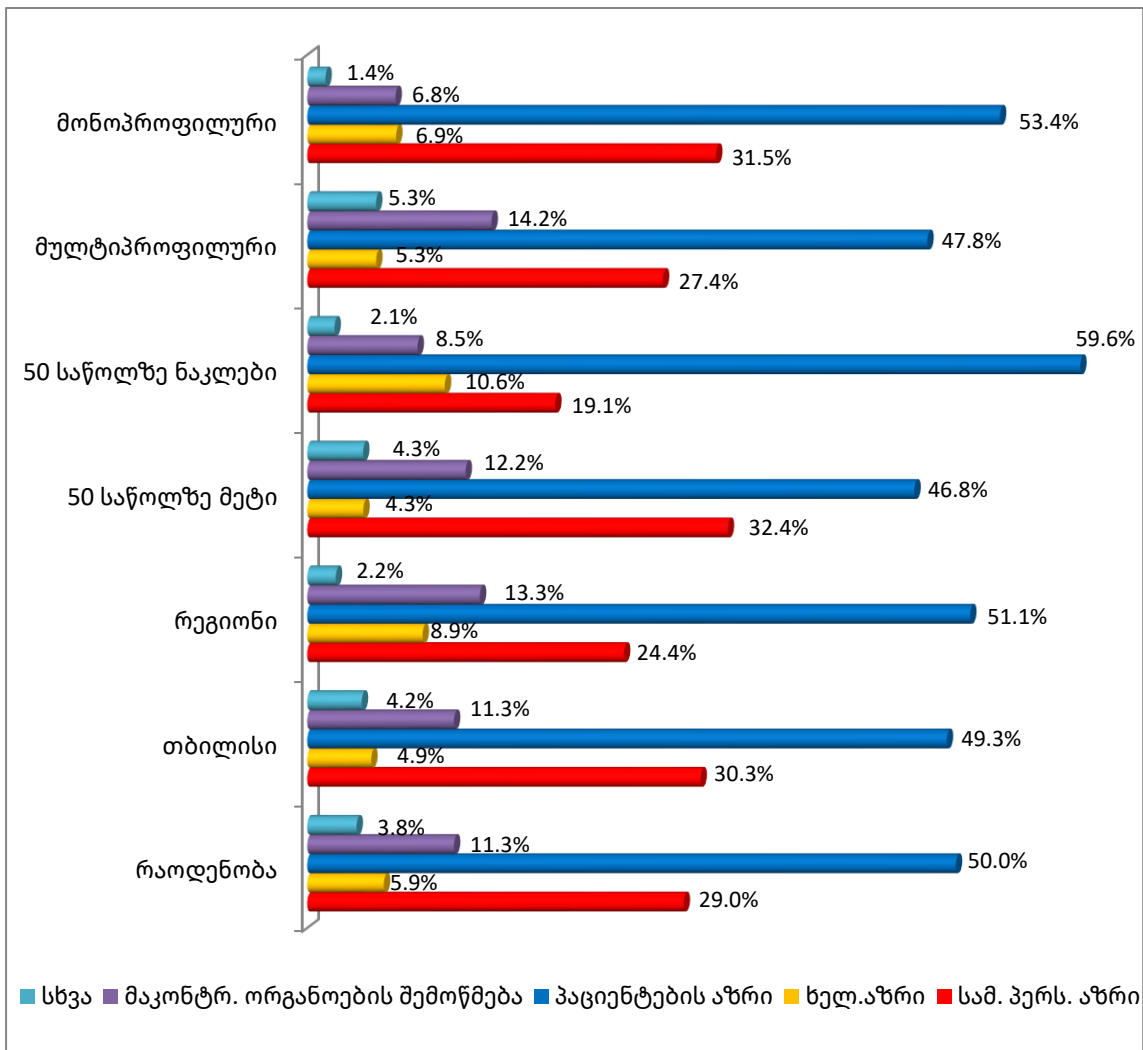
თბილისში გამოკითხულ ექიმთა 30,3% უპირატესობას ანიჭებს სამედიცინო პერსონალის აზრს, რეგიონებში ეს მაჩვენებელი 24,4%-ის ტოლია. მაღალი და თითქმის თანაბარი პროცენტული მაჩვენებელი უკავია, თბილისსა და რეგიონებში პაციენტის აზრს, კერძოდ თბილისში 49,3%, ხოლო რეგიონებში 51,1%. თბილისში ხელმძღვანელობის აზრს უკავია 4,9%, ხოლო რეგიონებში 8,9%. მაკონტროლებელი ორგანოების შემოწმების შედეგის მაჩვენებელი თბილისში 11,3%-ს, ხოლო რეგიონებში 13,3%-ს მიაღწია. პასუხი- სხვა თბილისში გასცა გამოკითხულ ექთანთა 4,2%-მა, ხოლო რეგიონებში 2,2%-მა.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოებში გამოკითხულ ექთანთა 32,4% უმთავრესად დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის აზრს ასახელებს, იგივე პასუხი 19,1%-ი მაჩვენებლით დაფიქსირდა 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე კლინიკებში. ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი უკავია, ორივე სიმძლავრის კლინიკაში გამოკითხულ ექთანთა პროცენტულ მაჩვენებლებს პაციენტის აზრთან მიმართებაში, კერძოდ 50 საწოლზე მეტი 46,8%, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები 59,6%.

მაკონტროლებელი ორგანოების შემოწმების შედეგი 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში 8,5%-ით არის წარმოდგენილი, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში აღნიშნული მაჩვენებელი 14,2%-ია. სხვა დამატებითი პასუხი 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში გამოკითხულ ექიმთა 4,3%-მა დააფიქსირა, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში გამოკითხულ ექთანთა 2,1%-მა. დაწესებულების ხელმძღვანელობის აზრი 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოში გამოკითხულ ექთანთა 4,3%-თვისაა მნიშვნელოვანი, ხოლო იგივე მაჩვენებელი 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოში მხოლოდ 2,1%-ია.

პროფილის მიხედვით გამოკითხვის შედეგები შემდეგია: მულტიპროფილურ საავადმყოფოში გამოკითხულ ექთანთა 27,4%-მა უმთავრეს შეფასების კრიტერიუმად დაწესებულებაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის აზრი დააფიქსირა, მონოპროფილურის შემთხვევაში აღნიშნული მაჩვენებელი 31,5%-ია. ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა პაციენტის აზრის შესახებ, კერძოდ მულტიპროფილური 47,8%, ხოლო მონოპროფილურში გამოკითხულ ექიმთა 53,4%.

მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში მაკონტროლებელი ორგანოების შემოწმების შედეგმა 14,2%, ხოლო მონოპროფილურში 6,8%-ს მიაღწია. პასუხი- სხვა, მულტიპროფილურში დააფიქსირა ექთანთა 5,3%-მა, ხოლო მონოპროფილურში 1,4%-მა. დაწესებულების ხელმძღვანელობის აზრი ხარისხის შეფასებისთვის უმთავრესია მხოლოდ მულტიპროფილური საავადმყოფოს გამოკითხული ექთნები 5,3%-ში, ხოლო მონოპროფილურში ეს მაჩვენებელი 1,4%-ია. (ნახაზი 47).



ნახაზი 47. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის უმთავრესი, ექთნები.

წყარო: კვლევის მასალები.

კითხვაზე, თუ რა არის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის უმთავრესი, კვლევაში მონაწილე 21-მა რესპოდენტმა, ანუ საერთო რაოდენობის 3.8%-მა დააფიქსირა პასუხი „სხვა“, რომლის შემთხვევაში მათ წინადადება ეძლეოდათ თვითონ ჩაეწერათ თუ რას თვლიდნენ უმთავრესად სამედიცინო ხარისხის შეფასებისას. 14-მა რესპოდენტმა (გამოკითხულთა 66, 7%-მა) ჩათვალა, რომ ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი მნიშვნელოვანია, 4-მა (19,1%-მა) - დასაქმებულთა და პაციენტთა აზრი ერთად, დარჩენილმა 3-მა რესპოდენტმა შესაბამისად მიუნიშნა: შიდა და გარე კონტროლის შედეგები, რაც კარგად გამოხატავს თანამშრომლის და პაციენტის აზრს; ერთობლივი მუშაობა, როგორც პერსონალის, ასევე ხელმძღვანელობის და პაციენტის აზრის გათვალისწინება; უცხოელი ექსპერტის აზრი შესაბამისი დასავლური გამოცდილებით.

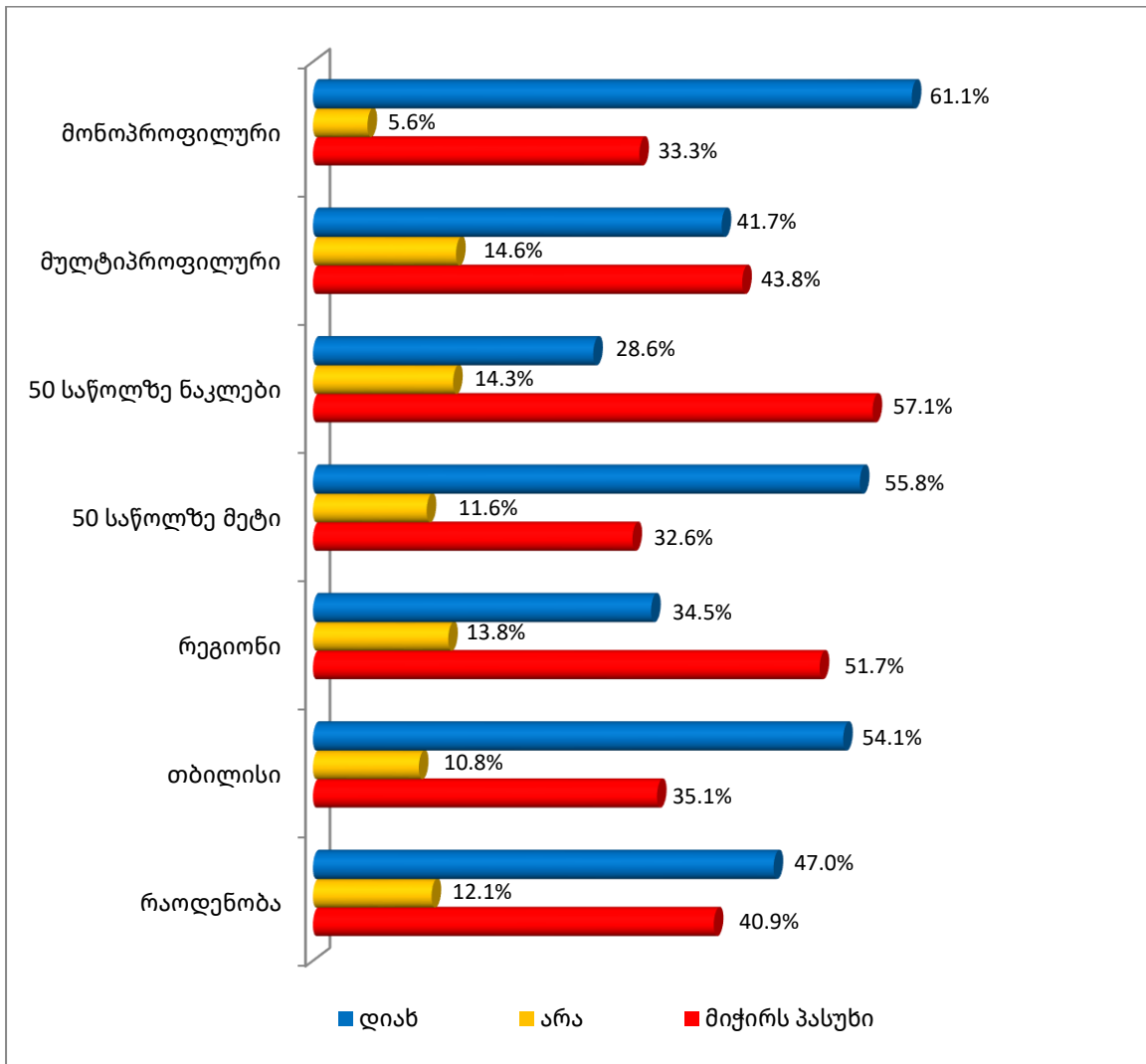
3.3. კვლევაში მონაწილე მენეჯერების გამოკითხვის შედეგები

კვლევაში მონაწილე ადმინისტრაციული პერსონალის კითხვარში შეტანილი იყო აკრედიტაციის პროცესში მონაწილეობასთან დაკავშირებული კითხვები, რომლებსაც კლინიკური პერსონალის კვლევის ინსტრუმენტი არ ითვალისწინებდა.

კითხვაზე, აკმაყოფილებს თუ არა მათი საავადმყოფო რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს, დადებითი პასუხი გასცა 24 საავადმყოფოში დასაქმებულმა 31-მა მენეჯერმა, რაც კვლევაში მონაწილეთა მენეჯერთა 47%-ს, ხოლო საავადმყოფოთა 52.7%-ს წარმოადგენს. 8 მენეჯერმა (12.1%), რომლებიც წარმოადგენდნენ 8 საავადმყოფოს (17.4%) ჩათვალა, რომ არ აკმაყოფილებს, ხოლო 27 მენეჯერს (40.9%), რომლებიც მუშაობდნენ 14 საავადმყოფოში (30.4%) გაუჭირდა ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა. რაც შეეხება ს თბილისის საავადმყოფოების მენეჯერთა 54,1% და რეგიონების 34,5% თვლის, რომ ისინი აკმაყოფილებენ რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს, უარყოფითად შეაფასა საკითხი თბილისში გამოკითხულ მენეჯერთა 10,8%-მა, ხოლო რეგიონებში 13,8%- მა. პასუხის გაცემა გაუჭირდა თბილისში 35,1%-ს, ხოლო რეგიონში გამოკითხულთა 51,7%-ს.

50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხულ მენეჯერთა 55,8%-მა, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოს 28,6%-მა აღნიშნა, რომ მათი საავადმყოფო აკმაყოფილებს ამ მოთხოვნებს. რაც შეეხება უარყოფით პასუხს 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის საავადმყოფოებში გამოკითხულ მენეჯერთა შორის ასეთი 11,6%-ში და 50 საწოლზე ნაკლების მქონეში 14,3% იყო. პასუხის გაცემა გაუჭირდა 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის მქონე საავადმყოფოში გამოკითხულ მენეჯერთა 32,6% -ს, ხოლო 50 საწოლზე ნაკლების მქონე საავადმყოფოში 57,1%-ს.

პროფილის მიხედვით პროცენტული მაჩვენებლები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა გამოკითხულ მენეჯერთა 41,7%-მა, უარყოფითი 14,5%-მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 43,8% -ს. მონოპროფილურ საავადმყოფოებში დადებითი პასუხი გასცა 61,1%-მა, უარყოფითი 5,6% -მა, ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 31,3% -ს (ნახაზი 48).

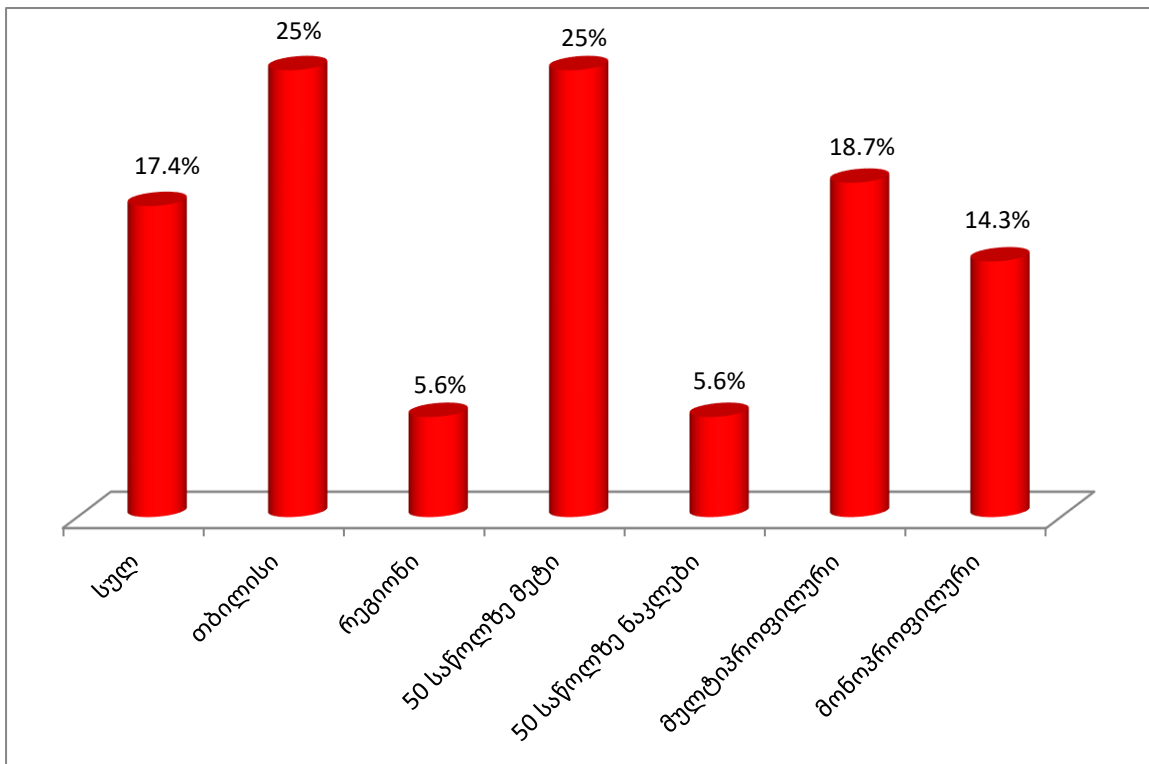


ნახაზი 48. აკმაყოფილებს თუ არა საავადმყოფო რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს.

წყარო: კვლევის მასალები.

46 საავადმყოფოდან აკრედიტაციის მცდელობა ქონდა მხოლოდ 8-ს, ანუ კვლევაში მონაწილეთა საერთო რაოდენობის 17.4%-ს. რაც შეეხება იმ 24 საავადმყოფოს, რომელთა მენეჯერები თვლიან, რომ აკმაყოფილებენ რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს, მათგან აკრედიტაციის მცდელობა ქონდა მხოლოდ 33.3%-ს. 7 საავადმყოფოში საწოლთა ფონდი 50-ზე მეტი იყო, ანუ ამ სიმძლავრის 28 საავადმყოფოთა 25%, ხოლო 50-ზე ნაკლები საწოლის მქონე 18-დან მხოლოდ 1-ს, ანუ 5.6%-ს ქონდა რაიმე ტიპის აკრედიტაციის მოპოვების მცდელობა.

რაც შეეხება საავადმყოფოთა ადგილმდებარეობასა და პროფილს, თბილისში შესწავლილი 28 სტაციონარიდან აკრედიტაციის მცდელობა ქონდა 7-ს, ანუ გამოკითხულთა 25%-ს, ხოლო რეგიონებში შესწავლილი 18 საავადმყოფოდან მხოლოდ 1-ს, რაც 5.6%-ის ტოლია. 32 მულტიფროფილური სტაციონარიდან აკრედიტაციის მცდელობა დაადასტურა 6-მა, ანუ მათმა 18.7%-მა, ხოლო 14 მონოპროფილურიდან 2-მა საავადმყოფომ, რაც მათი 14.3%-ია (ნახაზი 49).

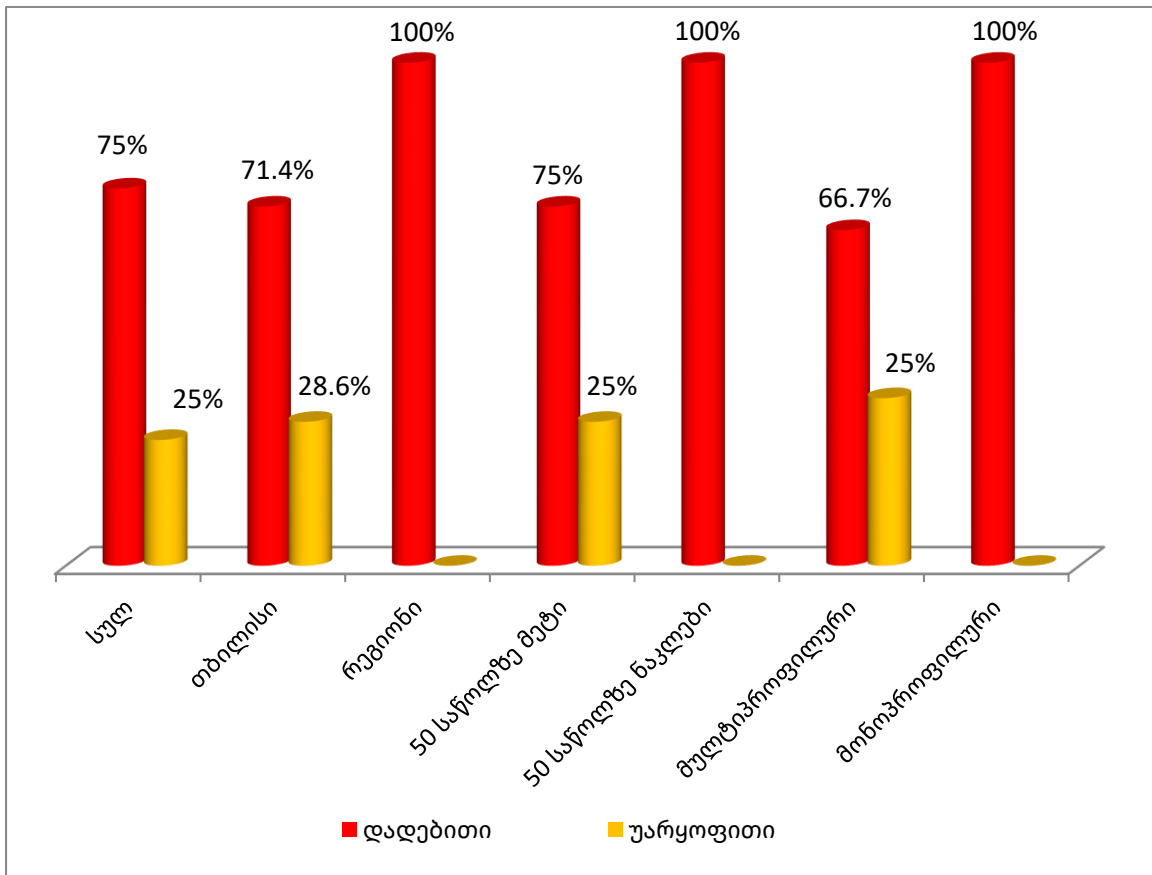


ნახაზი 49. აკრედიტაციის მცდელობა საავადმყოფოთა ადგილმდებარეობის, სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით.

წყარო: კვლევის მასალები.

აკრედიტაციის მიღების პროცესში მონაწილე 8 საავადმყოფოდან დადებით შედეგს მიაღწია 6-მა, ანუ 75%-მა, ხოლო უარყოფითი შედეგი ჰქონდა 2-ს, ანუ აკრედიტაციის პროცესში მონაწილე საავადმყოფოთა 25%-ს. ადგილმდებარეობის მიხედვით თბილისში დადებით შედეგს მიაღწია აკრედიტაციის მიღების მცდელობის პროცესში მონაწილე 7 საავადმყოფოდან 5-მა, ანუ 71.4%-მა, ხოლო 2-ის (28.6%) მცდელობა წარუმატებელი იყო. რეგიონებიდან ასეთი მცდელობა მხოლოდ 1 საავადმყოფოს

ქონდა და წარმატებული აღმოჩნდა. აკრედიტაციის მიღების მცდელობაში მონაწილე ორივე საავადმყოფო, რომლებსაც უარყოფითი შედეგი ჰქონდათ მდებარეობს თბილისში, რამაც მონაწილეთა 28.6% შეადგინა. ანალოგიური შედეგი დაფიქსირდა საავადმყოფოთა სიმძლავრის კუთხითაც. კერძოდ, აკრედიტაციაზე უარი მიიღო 50 საწოლზე მეტი სიმძლავრის 7 საავადმყოფოდან 2-მა (28.6%). რაც შეეხება აკრედიტაციის მცდელობის მქონე საავადმყოფოთა პროფილს, უარყოფითი შედეგის მქონე 2-ვე საავადმყოფო მულტიფროფილური იყო, რამაც ამ ტიპის საავადმყოფოთა 33.3% შეადგინა (ნახაზი 50).



ნახაზი 50. აკრედიტაციის მცდელობის შედეგი, საავადმყოფოთა ადგილმდებარეობის, სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით.

წყარო: კვლევის მასალები.

რაც შეეხება სააკრედიტაციო სისტემას, რომლის სერტიფიკატის მოპოვებაც შეძლეს კვლევაში მონაწილე საავადმყოფოებმა, ერთს მიღებული აქვს „ჯანდაცვის

ორგანიზაციების აკრედიტაციის გაერთიანებული კომისიის“ (Joint Commission International - JCI) საერთაშორისო სერტიფიკატი, ერთს გერმანიის „თანამშრომლობა ჯანდაცვის გამჭვირვალობასა და ხარისხში“ (Kooperation für Transparenz und Qualität - KTQ) და ოთხს - „სტანდარტიზაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის“ (International Standardization Organization - ISO) სერტიფიკატები.

კითხვა, თუ რამ განაპირობა აკრედიტაციის წარუმატებლობა, ასეთი შედეგის მქონე 2-ვე საავადმყოფოს მენეჯმენტმა უპასუხოდ დატოვა. თუმცა, აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ 5-მა მენეჯერმა, რამაც რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 7.6% შეადგინა, მიუხედავად იმისა, რომ მათ საავადმყოფოებს აკრედიტაციის მცდელობა არ ქონიათ, პასუხი გასცა ამ კითხვას. 2 რესპოდენტმა წარუმატებლობის მიზეზად დაასახელა „მმართველობითი რგოლების არასაკმარისი ჩართულობა“, 1-მა რესპოდენტმა - „ხარისხის სამსახურის მუშაობის არასაკმარისი დონე“ და კიდევ 2-მა მიზეზად მოიყვანა ის ფაქტი, რომ საავადმყოფო ახალი გახსნილია.

კითხვაზე, თუ რა დრო დასჭირდათ აკრედიტაციის პროცესის დადებითი შედეგის მისაღწევად, 6 აკრედიტირებული საავადმყოფოდან 2-ის წარმომადგენლებმა (33,3%) მიუთითა 1 წელი, 1-მა (16.7%) – 2 წელზე მეტი, ხოლო 3-მა (50%) ამ კითხვას საერთოდ არ უპასუხა (ცხრილი 8).

ცხრილი 8. რა დრო დასჭირდათ აკრედიტაციის პროცესის დადებითი შედეგის მისაღწევად.

ვადა	რიცხვი	%
6 თვე	-	-
1 წელი	2	33.3%
2 წელი	-	-
2 წელზე მეტი	1	16.7%
პასუხი არ გასცა	3	50%

წყარო: კვლევის მასალები.

მენეჯერებს, რომლებმაც ჩათვალეს, რომ მათი საავადმყოფოები ვერ აკმაყოფილებენ რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს და, რომლებსაც გაუჭირდათ ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა, ასეთი კი ჯამში 35 აღმოჩნდა, შევთავაზეთ ეპასუხათ კითხვაზე, თუ რა დასჭირდებოდათ ასეთი მოთხოვნების დაკმაყოფილებაზე მიმართული სამუშაოების ჩატარებაზე. აღნიშნულ კითხვას პასუხი გასცა მხოლოდ 30 მენეჯერმა, ანუ ამ ჯგუფში გაერთიანებულთა 85.7%-მა.

7-მა (20%) მენეჯერმა ჩათვალა, რომ აკრედიტაციის მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად მათი საავადმყოფოსთვის საჭიროა 6 თვე, 8-ამ (22.9%) მიუთითა 1 წელი, 9-ამ - 2 წელი, 6-მა - 2 წელზე მეტი და 5-მა (14.3%) საერთოდ არ გასცა ამ კითხვას პასუხი (ცხრილი 9).

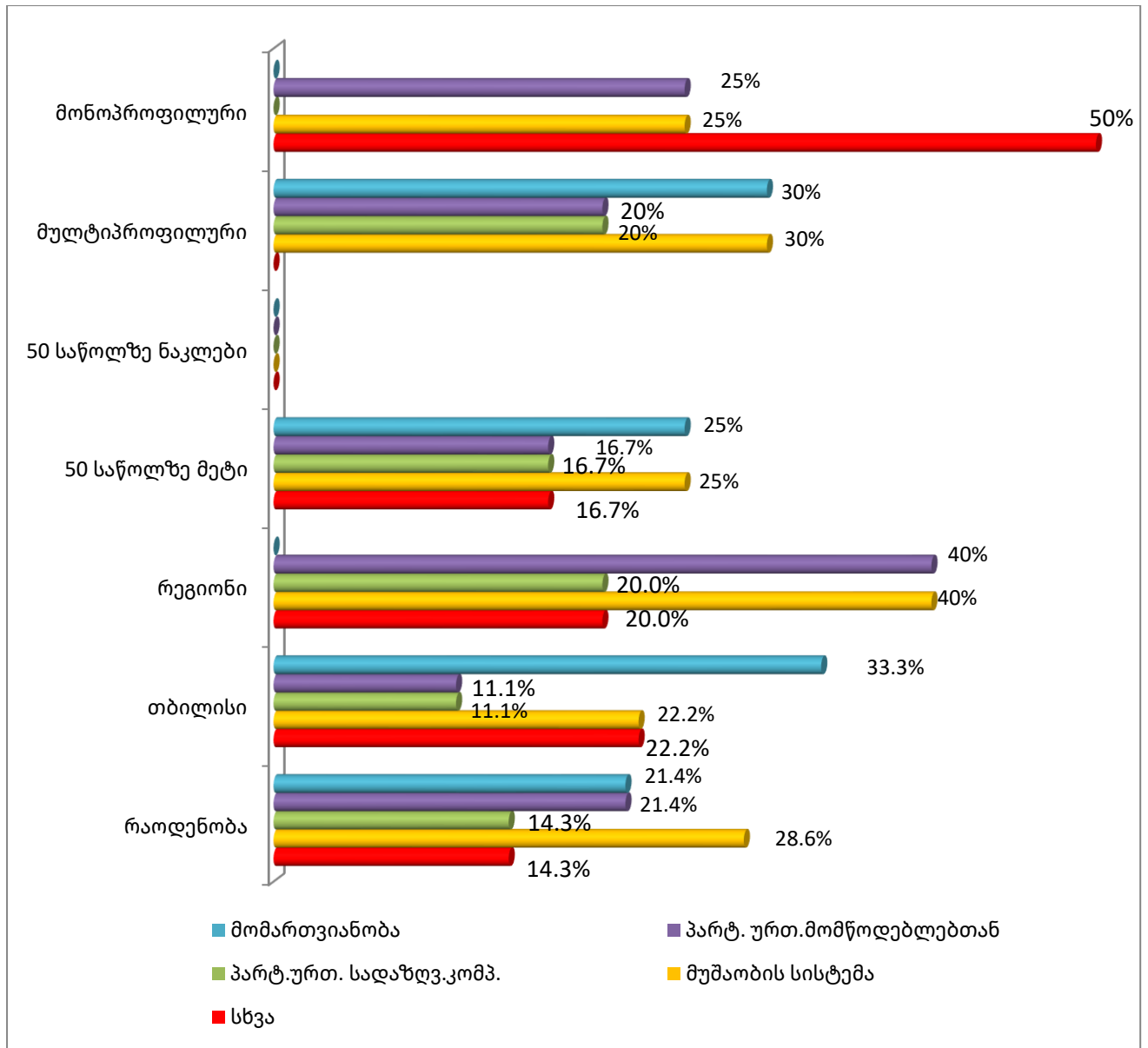
ცხრილი 9. რა დრო არის საჭირო აკრედიტაციის პროცესის დადებითი შედეგის მისაღწევად, მენეჯერები.

ვადა	რიცხვი	%
6 თვე	7	20%
1 წელი	8	22.9%
2 წელი	9	25.7%
2 წელზე მეტი	6	17.1%
პასუხი არ გასცა	5	14.3%

წყარო: კვლევის მასალები.

კითხვაზე, თუ რა სიკეთის მოტანა შეუძლია აკრედიტაციას საავადმყოფოსთვის, პასუხი გასცა მხოლოდ 9 მენეჯერმა, რაც კვლევაში მონაწილეთა 13,6%-ია. საავადმყოფოების რაოდენობის, ადგილმდებარეობის, სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით სტატისტიკური მონაცემები შემდეგია: თბილისში კვლევაში მონაწილე 28 საავადმყოფოდან კითხვას პასუხი გასცა 6-მა საავადმყოფომ, რაც გამოკითხულთა 21,4%- ია, ხოლო რეგიონებში 18 გამოკითხული საავადმყოფოდან 3-მა, ანუ 16,7%-მა. 8 საავადმყოფოში საწოლთა ფონდი 50-ზე მეტი იყო, ანუ ამ სიმძლავრის 28

საავადმყოფოთა 28,6%, ხოლო 1 საავადმყოფო, ანუ 5,6% 50 საწოლზე ნაკლები სიმძლავრის იყო. 32 მულტიპროფილური სტაციონარიდან კითხვას პასუხი გასცა 6-მა, ანუ მათმა 18,7%-მა, ხოლო 14 მონოპროფილური საავადმყოფოდან, 3-მა საავადმყოფომ, რაც მათი 21,4%-ია (ნახაზი 51).

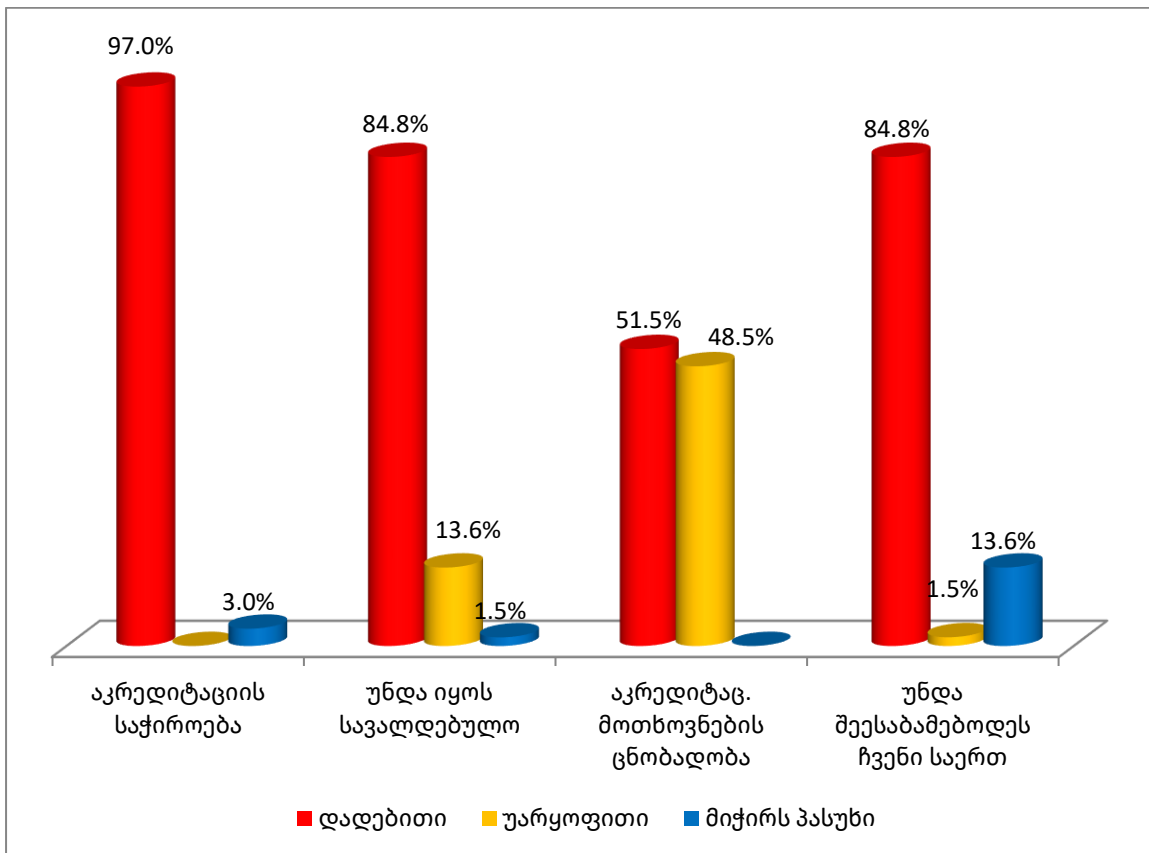


ნახაზი 51. აკრედიტაციის პროცესის დადებითი შედეგი, მენეჯერები.

წყარო: კვლევის მასალები.

კვლევის პირველი ოთხი კითხვის პროცენტული მაჩვენებლების შედარებით, გამოკითხულ რესპონდენტებში, თანამდებობების მიხედვით, შემდეგი სურათია

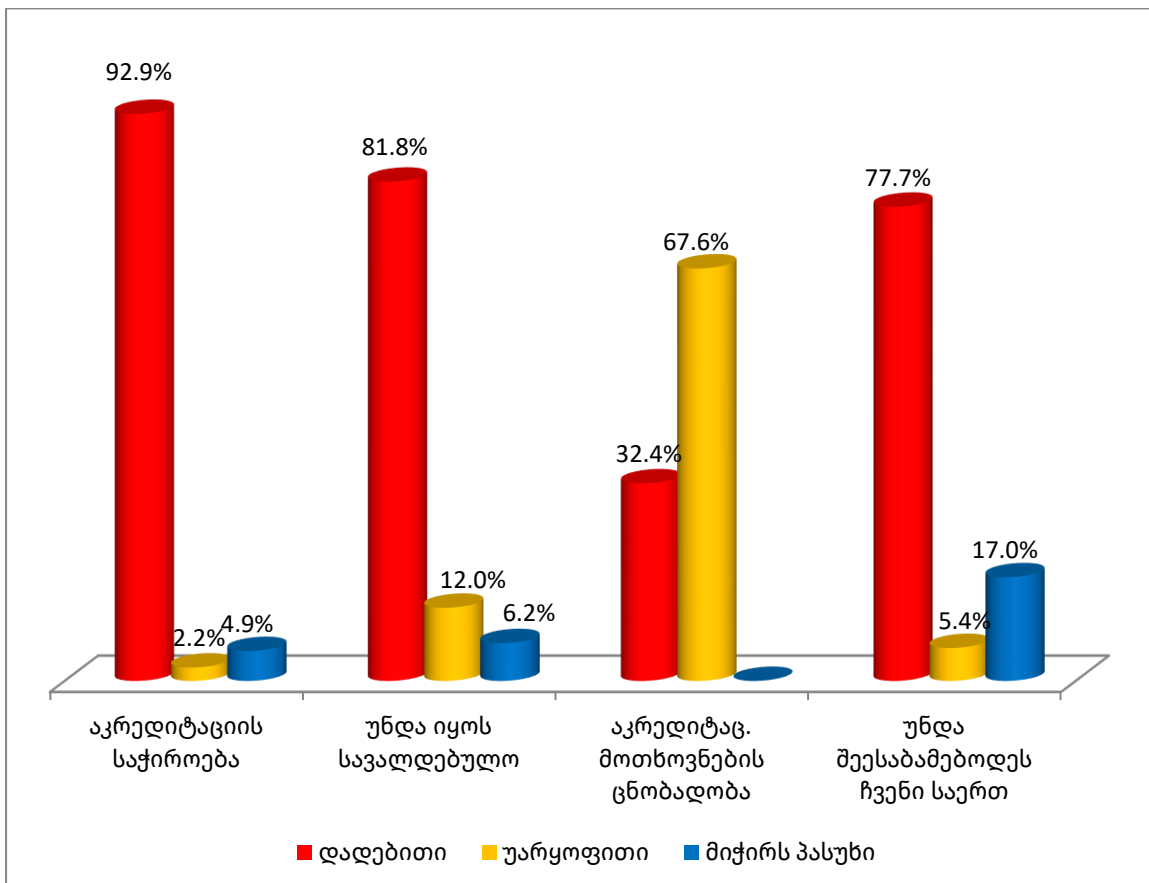
წარმოდგენილი: კვლევაში მონაწილე მენეჯერთა საერთო რაოდენობის 97% ადასტურებს აკრედიტაციის საჭიროებას, თანაბარი პროცენტული რაოდენობა, 84,8% თვლის, რომ აკრედიტაცია უნდა იყოს სავალდებულო და აგრეთვე მისი მოთხოვნები უნდა შეესაბამებოდეს ადგილობრივი საავადმყოფოს მოთხოვნებს, თუმცა რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობა გამოკითხულ მენეჯერთა მხოლოდ 51,5%-მა დაადასტურა. აკრედიტაციის საჭიროებაზე პასუხის გაცემა გაუჭირდა გამოკითხულ მენეჯერთა მხოლოდ 3%-ს, ასევე უნდა იყოს თუ არა სავალდებულო 1,5%-მა შეიკავა თავი პასუხზე, ხოლო შესაბამისობის შესახებ პასუხის გაცემა გაუჭირდა 13,6%-ს. გამოკითხულ მენეჯერთა 13,6% თვლის, რომ აკრედიტაციის პროცესი უნდა იყოს ნებაყოფლობითი, თუმცა აქვე აღასანიშნავია, რომ 48,5%-თვის უცნობია რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნები, რაც შეეხება შესაბამისობას, მხოლოდ 1,5% თვლის, რომ არ უნდა იყოს შესაბამისი საერთაშორისო მოთხოვნები ადგილობრივთან (ნახაზი 52).



ნახაზი 52. საჭიროების, ვალდებულების, ცნობადობისა და შესაბამისობის შედარება, მენეჯერები.

წყარო: კვლევის მასალები.

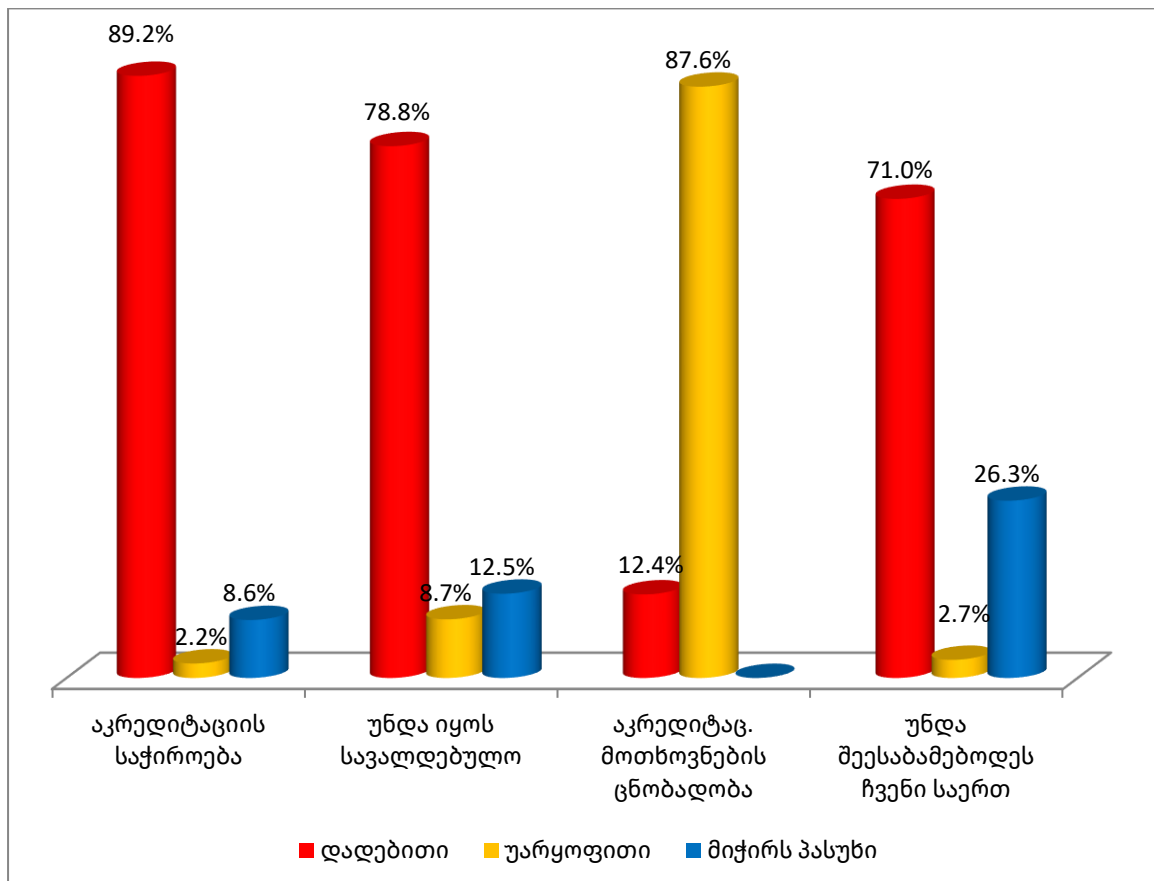
კვლევაში მონაწილე ექიმთა 92,9% თვლის, რომ აკრედიტაცია საჭიროა საქართველოში ფუნქციონირებადი საავადმყოფოებისთვის, მაღალი პროცენტი, 81,8%, აფიქსირებს, რომ პროცესი უნდა იყოს სავალდებულო, ასევე 77,7% თვლის, რომ უნდა იყოს შესაბამისი საერთაშორისო მოთხოვნები ადგილობრივთან, თუმცა ცნობადობა მხოლოდ 32,4%-ია. გამოკითხულ ექიმთა მხოლოდ 2,2% -თვის აკრედიტაცია არ არის საჭირო საავადმყოფოსთვის, ნებაყოფლობითობას ადასტურებს 12%, შესაბამისობას უარყოფს 5,4%, თუმცა აკრედიტაციის მოთხოვნების არ ცოდნა საკმაოდ მაღალი პროცენტული მაჩვენებლით გამოიხატა, კერძოდ 67,6%. გამოკითხულ ექიმთა 4,9% თავს იკავებს საჭიროების შესახებ კითხვაზე პასუხზე, სავალდებულო უნდა იყოს თუ არა პასუხის გაცემა გაუჭირდა 6,2%, რაც შეეხება შესაბამისობას უარყოფს გამოკითხულ ექიმთა 17% (ნახაზი 53).



ნახაზი 53. საჭიროების, ვალდებულების, ცნობადობისა და შესაბამისობის შედარება, ექიმები.

წყარო: კვლევის მასალები.

გამოკითხულ ექთანთა მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი აფიქსირებს დადებით პასუხს აკრედიტაციის პროცესის საჭიროებასთან, ვალდებულებასა და შესაბამისობასთან დაკავშირებულ კითხვაზე, კერძოდ: საჭიროება 89,2%, ვალდებულება 78,8%, შესაბამისობა 71%, თუმცა რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო ორგანიზაციის აკრედიტაციის მოთხოვნებს არ იცნობს 87,6%, მოთხოვნები ცნობადია მხოლოდ 12,4%-თვის. საჭიროებაზე უარყოფით პასუხს აფიქსირებს გამოკითხულ ექთანთა 2,2%, ვალდებულებაზე 8,7%, ხოლო შესაბამისობას 2,7% უკავია. აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობის შესახებ პასუხზე თავი არცერთ რესპონდენტ ექთანს არ შეუკავებია, მაშინ, როცა შესაბამისობასთან დაკავშირებით კითხვაზე პასუხი გაუჭირდა 26,3%, ვალდებულებაზე 12,5%, ხოლო საჭიროებაზე 8,6% (ნახაზი 54).



ნახაზი 54. საჭიროების, ვალდებულების, ცნობადობისა და შესაბამისობის შედარება,
ექთნები.

წყარო: კვლევის მასალები.

კითხვაზე თუ როგორ შეაფასებდნენ მიმდინარე კვლევის მნიშვნელობას სამი
თანამდებობრივი რგოლის, მენეჯერების, ექიმებისა და ექთნების, პასუხები შემდეგია:

მენეჯერები:

1. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაზრდის მიზნით სასურველია მოხდეს კლინიკების მომზადება აკრედიტაციის მოთხოვნებთან შესაბამისობისთვის.
2. მნიშვნელოვანია საქართველოში ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში მკაცრად კონტროლდებოდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, როგორც კლინიკურ, ასევე ადმინისტრაციულ ნაწილში. სახელმწიფო უნდა ჩამოყალიბდეს, ეკონომიკურად გაიზარდოს, ხოლო შემდეგ ყურადღება მიაქციოს ჯანდაცვის რგოლებს და მის ხარისხს, ასევე უნდა გაიზარდოს მედპერსონალის ხელფასი.
3. მივესალმებით ამგვარ კვლევებს და იმედს გამოვთქვამთ, რომ იგი ხელს შეუწყობს საზოგადოებისა და გადაწყვეტილების მიმღებთა ინფორმირებულობის გაზრდას აკრედიტაციის ინსტრუმენტის ამოქმედების საჭიროების თაობაზე. გთხოვთ გაგვიზიაროთ შედეგები.
4. უმნიშვნელოვანესი კვლევაა, სავალდებულოა მაკონტროლებლის მიერ მკაცრად იყოს განსაზღვრული ხარისხის ინდიკატორი, ხელმისაწვდომობა, დროულობა, საერთაშორისო დონის ადექვატური სამედიცინო მომსახურება: კმაყოფილი პაციენტი, ექიმი, ადმინისტრატორი.
5. აღნიშნული კვლევა სასარგებლოა იმის გამოსავლენად, თუ რამდენად არსებობს კლინიკების სურვილი და მზაობა აკრედიტაციის პროცესის დასაწერად საქ-ში.
6. კვლევა მნიშვნელოვანია, რათქმაუნდა მნიშვნელოვანია ასევე აკრედიტაცია, რომელიც შიდა პროპორციულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან.

7. კვლევა მეტად საჭიროა, ვინაიდან ბევრმა კლინიკამ არ იცის რას ნიშნავს სამ. დაწეს. ხარისხის უზრუნველყოფის შიდა სისტემა, აკრედიტაცია, სტანდარტები, კრიტერიუმები და სხვ.
8. კვლევის თემა აქტუალურია. სამედიცინო მომსახურების ხარისხს სათანადო ყურადღება არ ეთმობა.
9. გასათვალისწინებელია რა ნაბიჯებია გადადგმული განვითარებულ ქვეყნებში და რამდენად ეხმარება აკრედიტაციის სისტემა პრობლემის მოგვარებაში. ასევე გასათვალისწინებელია აღნიშნული აკრედიტაციის სისტემა.
10. ასეთი ხარისხის კვლევა მნიშვნელოვანია ქვეყანაში არსებული სისტემის მუშაობის რეალური შეფასებისთვის და მისი შემდგომი გაუმჯობესების მიზნით.
11. ასეთი სახის კვლევა მნიშვნელოვანია, რათა მოხდეს არსებული სურათის/მდგომარეობის შეფასება და დაისახოს სამომავლო მიზნები ქვეყანაში ჯანდაცვის სფეროს გაუმჯობესებისათვის.
12. კარგი სტრუქტურა ზრდის კარგი პროცესის ალბათობას, კარგი პროცესი ზრდის კარგი გამოსავლის ალბათობას.

ექიმები:

1. ვფიქრობ ძალიან აქტუალურია, რადგან მომძლავრებული სამედიცინო დაწესებულებების ფონზე ცოტაა ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების გამწევი კლინიკები, ამასთან აკრედიტაცია მოითხოვს ადმინისტრაციის სერიოზულ მხარდაჭერას სამედიცინო პერსონალის და პაციენტის მიმართ, ამდენად ვფიქრობ აკრედიტაციის მსურველი კლინიკა თავისთავად აფიქრებს თავის პოტენციალს და ასევე სერიოზულ განაცხადს.
2. აღნიშნულ კვლევას ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისთვის.
3. აუილებელია ასეთი კვლევის ჩატარება საქართველოში.
4. აღნიშნული კვლევა ხელს შეუწყობს უკეთესად გამოიკვეთოს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული პრობლემები.

5. დადებითი შედეგის მომტანია, თუმცა უნდა გაითვალისწინოთ შედეგის მისაღწევად ყველა რგოლის (სახელმწიფო, მოსახლეობა და ა.შ.) მზაობა-აუცილებლობა.
6. ასეთი კვლევა ხელს უწყობს ცნობიერების ამაღლებას სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თაობაზე, რაც ძალიან სჭირდება ჩვენს ქვეყანას.
7. ძალიან მნიშვნელოვანია თანამედროვე მედიცინაში.
8. კრეატიულია.
9. ვაფასებ დადებითად.
10. კვლევის ჩატარებამდე მნიშვნელოვანია შიდა სახელმწიფოებრივი პოლიტიკის შეცვლა.
11. ვაფასებ დადებითად.
12. აკრედიტაციამ გავლენა უნდა იქონიოს სამედიცინო დაწესებულებაში მომსახურების გაუმჯობესების ხარისხზე.

ექთნები:

1. მიმდინარე კვლევა მნიშვნელოვანია საქართველოში ჯანდაცვის გაუმჯობესების მიზნით.
2. სამედიცინო საზოგადოების გარდა მნიშვნელოვანია მოსახლეობის აქტიური ჩართულობა ამ პროცესში.
3. არსებითად მნიშვნელოვანია. შედეგების გათვალისწინება გადამწყვეტ როლს ითამაშებს აკრედიტაციისთვის სტატუსის მინიჭებაში. იმედია, ხელისუფლება გაითვალისწინებს რამდენად მნიშვნელოვანია ეს საკითხი და მოთხოვნების გარდა, წინ წამოწევს პროცესის მიმდინარეობისთვის ხელშემწყობ ფაქტორებს.
4. კვლევა მეტად მნიშვნელოვანია.
5. მნიშვნელოვანია მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის.
6. აღნიშნული კვლევის მნიშვნელობა იმაში მდგომარეობს, რომ უნდა მოხდეს კლინიკებში მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება, რაც გამოიწვევს მოსახლეობის კმაყოფილებას.
7. თუ კვლევის მიზანი განხორციელდება ვაფასებ დადებითად.

დასკვნები და რეკომენდაციები

ჩატარებული კვლევების საფუძველზე ფორმულირებული იქნა შემდეგი დასკვნები:

- 1) კვლევაში მონაწილე რესპოდენტთა 92% საჭიროდ თვლის აკრედიტაციის სისტემის შექმნას და დანერგვას. განსაკუთრებით გამოიკვეთა საავადმყოფოთა მენეჯერების მხრიდან პოზიტიური დამოკიდებულება საკითხის მიმართ (გამოკითხულ მენეჯერთა 97%), თუმცა კვლევაში მონაწილე 66 მენეჯერიდან მხოლოდ 34-მა (51,5%-მა) გასცა დადებითი პასუხი საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობასთან დაკავშირებულ შეკითხვას, რომელთა შორის მხოლოდ 15-მა, ანუ 44,1% -მა მიუთითა ისეთ ორგანიზაციებზე, რომლებიც ნამდვილად ახორციელებენ სამედიცინო ორგანიზაციების აკრედიტაციას.
- 2) კვლევაში მონაწილე რესპოდენტთა 80,4% მიიჩნევს, რომ საავადმყოფოების აკრედიტაციის პროცესი უნდა იყოს სავალდებულო, მაშინ, როცა კვლევაში მონაწილე სამივე რესპოდენტთა მხოლოდ 27,3% აღნიშნავს რომელიმე საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობას, რაც ეჭვის ქვეშ აყენებს ზოგადად სააკრედიტაციო სისტემების ცნობადობის შესახებ მათი მათ მიერ გაცემული დადებითი პასუხის სისწორეს.
- 3) გამოკითხვის შედეგებმა აჩვენეს, რომ საავადმყოფოები მზად არიან საერთაშორისო აკრედიტაციის დანერგვის შემთვევაში უზრუნველყონ საერთაშორისო მოთხოვნების შესაბამისობა ადგილობრივთან, კერძოდ გამოკითხულ მენეჯერთა 85%, ექიმთა 78%, ხოლო ექთანთა 71% დადებითად აფასებს ადგილობრივი მოთხოვნების შესაბამისობას საერთაშორისო მოთხოვნებთან.
- 4) უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად მზაობისა და აკრედიტაციის სურვილისა აკრედიტაციის მცდელობა დააფიქსირა კვლევაში მონაწილე რესპოდენტ მენეჯერთა მხოლოდ 10,9%-მა, ხოლო უარყოფითი პასუხი გასცა 89,1%-მა.
- 5) კვლევამ აჩვენა, რომ რეგიონების საავადმყოფოებში საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების კმაყოფილების პროცენტული მაჩვენებელი საკმაოდ დაბალია, 34,5%, თუმცა მენეჯერთა საკმაოდ მაღალი პროცენტი, 75,9%, ადასტურებს დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული

- ერთეულის არსებობას და ასევე თითქმის გამოკითხულთა ნახევარი, 44,8%, სარგებლობს საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით.
- 6) კვლევის შედეგებიდან ირკვევა, რომ რეგიონის საავადმყოფოებში მენეჯერები (გამოკითხულ მენეჯერთა 20,8%) უფრო მეტად დაინტერესებულნი არიან აკრედიტაციის პროცესზე აზრის გამოთქმით, ვიდრე თბილისის საავადმყოფოებში (გამოკითხულ მენეჯერთა 10,8%). ამ კუთხით ექთნები (გამოკითხულთა 42,4%) უფრო მეტად დაინტერესებულნი არიან თბილისის საავადმყოფოებში, ვიდრე რეგიონების.
 - 7) სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვისას, საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობასთან დაკავშირებით არასახარბიელო მონაცემები დაადასტურა კვლევამ, როგორც თბილისის, ასევე რეგიონების საავადმყოფოებში. კერძოდ უარყოფითი პასუხი აღნიშნა თბილისში გამოკითხულ ექიმთა 60,9%-მა, ხოლო რეგიონებში 82,6%-მა.
 - 8) საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნების ცნობადობის პროცენტული მაჩვენებელი დაბალია საექთნო კადრისთვის, როგორც თბილისის, ასევე რეგიონების საავადმყოფოებში (თბილისი - 85,2%, რეგიონები - 95,6%).
 - 9) ადგილმდებარეობის მიხედვით აკრედიტაციის მცდელობისთან დაკავშირებით უარყოფითი პასუხის პროცენტული მაჩვენებელი, მაღალია როგორც თბილისში (86,1%), ასევე რეგიონებში (92,9%).
 - 10) მიუხედავად აკრედიტაციის მცდელობის დაბალი პროცენტული მაჩვენებლებისა (10,9% მენეჯერი) კვლევაში მონაწილე მენეჯერთა საკმაოდ დიდმა ნაწილმა აღნიშნა მოსაზრება კითხვაზე, თუ რა განაპირობებს აკრედიტაციის წარუმატებელ შედეგს. მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი (66,7%) უკავია მმართველობითი რგოლების არასაკმარის ჩართულობას, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს აკრედიტაციის სისტემის არსებობისადმი მოთხოვნას.
 - 11) კვლევაში მონაწილე მენეჯერთა 33,3% აკრედიტაციის პროცესის ერთერთ წარუმატებელ მიზეზად ხარისხის სამსახურის მუშაობის არასაკმარის დონეზე მიუთითებს. ყოველივე ცხადყოფს, რომ დაწესებულებების უმეტესობაში არ

ხდება პაციენტებისა და სამედიცინო პერსონალის ანკეტირება ხარისხის შეფასების თვალსაზრისით და არ ხდება საჩივრების ადეკვატური განხილვა.

ჩატარებული კვლევისა და გამოტანილი დასკვნების საფუძველზე შესაძლებელია გარკვეული რეკომენდაციების ჩამოყალიბება, კერძოდ:

- 1) აუცილებელია აკრედიტაციის სისტემის არსებობის მნიშვნელობისა და დადებითი მხარეების პოპულარიზაცია საქართველოში, როგორც საავადმყოფოების მენეჯერებისთვის, ასევე სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალისთვის.
- 2) საქართველოს საავადმყოფოებისათვის უნდა შეიქმნას სააკრედიტაციო სისტემა, რომელიც დაფუძნებული იქნება კარგად აპრობირებულ და მოქმედ სისტემაზე.
- 3) ჯანდაცვის სისტემის ეფექტური ფუნქციონირებისათვის აუცილებელია ერთიანი მარეგულირებელი სისტემის შექმნა, სადაც რეგულაციის ყველა მექანიზმს ექნება განსაზღვრული ფუნქცია, მნიშვნელობა და მოქმედების არეალი.
- 4) საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მკაფიოდ უნდა განისაზღვროს ხარისხის მართვის ინდიკატორები და ჩამოყალიბდეს მარეგულირებელი გარემო.
- 5) მნიშვნელოვანია ხარისხის გაზომვის ზუსტი მეთოდებისა და საშუალებების შემუშავება საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორისთვის.
- 6) ქვეყანაში უნდა დაინერგოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სტანდარტები, რომელიც უნდა შეესაბამებოდეს ქვეყნის კულტურულ ნორმებს, არსებულ კანონმდებლობასა და რეგულაციებს.
- 7) აუცილებელია საავადმყოფოებში ხარისხის სამსახურის, როგორც დამოუკიდებელი სტრუქტურული ერთეულის მუშაობის გაუმჯობესება, უსაფრთხოებაზე ფოკუსირებული სტანდარტების დანერგვა, უსაფრთხოების ყოველწლიური მიზნების შემუშავება, რისკის შემცირებისთვის პრევენციული გზების დანერგვა, შეცდომების გამოვლენის ხელშეწყობა, გამოცდილების გაზიარება.

- 8) სამედიცინო პერსონალი მუდმივად უნდა იყოს ჩართული ხარისხის გაუმჯობესების უწყვეტ პროცესში. მუდმივად უნდა ხდებოდეს ზრუნვა მათ უწყვეტ განათლებასა და განვითარებაზე.
- 9) ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში უნდა დაინერგოს თანამედროვე საინფორმაციო სისტემები, მუდმივად უნდა გროვდებოდეს მონაცემები და მათზე დაყრდნობით განისაზღვროს მაღალი პრიორიტეტის პრობლემები.
- 10) მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების პროცესის უწყვეტობის უზრუნველყოფა.
- 11) სასურველია გამოყენებული იქნას ფინანსური სტიმულები, როგორც სახელმწიფოს, ასევე კერძო სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან აკრედიტირებული საავადმყოფოებისთვის.

გამოყენებული ლიტერატურა

ანგარიში საქართველოში ვიზიტის შესახებ. (2010) - „ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროგრამა“ (HSSP), საქართველო - http://him.ge/uploads/PDF/angarishi/2010/2010_I_full.pdf

გამყრელიძე, ა., ათუნი რ., გოცაძე გ., მაკლეჰოსი ლ., (2002) – „ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ პერიოდში“ - თბილისი.

გამყრელიძე, ა., ვასაძე, ო., (2003) - საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვა საუკუნეთა მიჯნაზე. - თბილისი.

გზირიშვილი, დ., (2012)- დამოუკიდებელი საქართველო - სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა - თბილისი.

ვასაძე ო., (2012) - შესავალი ჯანდაცვის ადმინისტრირებაში. - თბილისი.

ვერულავა, თ., (2009) - ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. - თბილისი.

მენქიუ გ., (2000)- ეკონომიკის პრინციპები.

სასანია, ი., (2010)- ჯანდაცვის ხარისხის სტრუქტურა და მისი გაზომვის საშუალებები.

http://www.insurance.org.ge/admin/editor/uploads/files/discussion_doc_1.pdf

ევრაზიის პარტნიორობის ფონდი. (2012) - ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის მონიტორინგის ხელშეწყობა.

http://www.epfound.ge/files/secondary_healthcare_reform_geo_summery.pdf

მეორადი ჯანდაცვის რეფორმა, ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის მონიტორინგის ხელშეწყობა. (2012) - საერთაშორისო გამჭვირვალობა, ევრაზიის განვითარების ფონდი.

<http://www.transparency.ge/ge/saertashoriso-gamchvirvaloba-sakartvelos-shemotsirulobis-politika>

საქართველოს ეროვნული ბანკი. - 2007 წლის სტატისტიკა.

<http://www.nbg.gov.ge/index.php?m=304>

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2013)-
ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში.

<http://www.healthrights.ge/wp-content/uploads/2013/01/jandacvis-sistemis-efekturobis-angarishi.pdf>

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2010) -
ჯანდაცვის სექტორის განვითარების პროექტი.

<http://www.moh.gov.ge/ka/546/>

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემების ეფექტურობის შეფასება (2009) - საქართველოს
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და ჯანდაცვის
მსოფლიო ორგანიზაცია -

http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/jann_sistema/jann_sistem_shefas/shefaseba/HSP_A_GEO-exec.pdf

საქართველოს ჯანმრთელობისა და დაცვის სამინისტრო. (1999) – *საქართველოს
ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა 2000-2009.*

www.moh.gov.ge

საქართველოს ჯანმრთელობისა და დაცვის სამინისტრო. (1999) – *საქართველოს
ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა.*

<http://www.moh.gov.ge/ka/566/jandacvis-erovnuli-angariSebi>

„ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მდგომარეობა საქართველოში“ (2007) - ფონდი
„ღია საზოგადოება საქართველო“.

http://www.osgf.ge/files/newsletterENG/jandacva2_7gB9Sn07WM.pdf

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმები
(13/08/2007).

www.gfma.ge/documents/1.pdf

საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. (2012) - საერთაშორისო გამჭვირვალობა
საქართველო.

<http://www.transparency.ge/ge/post/press-release/hospitaluri-seqtoris-kvleva>

შვარცი ტ., - ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროგრამა (HSSP), ანგარიში
საქართველოში ვიზიტის შესახებ - ABT Associates, USAID (2010).

ხელმისაწვდომობა ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე საქართველოში,
ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა (მაისი 2010) - პარტნიორობა სოციალური
ინიციატივებისათვის და ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო
(USAID).

ჯანდაცვის ნებართვების, ლიცენზიებისა და აკრედიტაციის კონცეფცია
საქართველოში. (2006) - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის რეგულირების სპეციალური
სამუშაო ჯგუფი, CoReform-ისა და ბიზნეს კლიმატის რეფორმის პროექტები.

http://www.moh.gov.ge/files/2010/mimdinare_proeqt/Jan_Sist_gan/3.pdf

ჰოსპიტალური სექტორის ინფრასტრუქტურის განვითარება (2010) – საქართველოს
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო -

http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=58

Agency for Healthcare Reserch and Quality (2015) – *Improving Patient Safety in Hospitals*

www.ahrq.gov- (ნანახია 05.08.2017)

American Hospital Association (October 2012) – *Hospitals Demonstrate Commitment to
Quality Improvement*

<https://www.aha.org/guidesreports/>- (წაწახია 18.04.2017)

Amnesty International (2005) - *Georgia: torture and ill-treatment two years after the Rose Revolution*. 23 November

<http://www.amnesty.org>- (წაწახია 15.07.2017)

Ashish J., Epstein A., (2010) – *Hospital Governance and The Quality of Care* –

<http://content.healthaffairs.org> - (წაწახია 1.10.2017)

Badurashvili I. et al. (2009) - *Harmonization of Georgian demographic statistics with European Standards*. “Tbilisi, Georgian Centre of Population Research.

Balabanova D et al. (2009) - *Navigating the health system. Health Policy and Planning*, 24(1):46–54. Belli P, Gotsadze G, Shahriari H (2002) - *Qualitative study for informal payments for health services in Georgia*. Tbilisi, Curatio International.

Beradze E., September 2008 - *Quality of Health Care in Georgia; Comparative Analysis of European and Georgian Legislation in Patient’s Right; Georgian Alliance for Patient Safety* .

Black, N. (1990) - *Medical litigation and the quality of care, Lancet*, 335:35_7.

Bodenheimer T., (1999) - *The Movement for Improved Quality in Health Care*, N Engl J Med, Volume 340 Number 6.

Bruce J., Baily M., Bottrell M., Lynn J., (2007) – *Health care Quality Improvement: Ethical and Regulatory Issues*.

<http://thehastingscenter.org/> (წაწახია 1.05.2017)

Centres for Medicare & Medicaid Services (March 2012) – *Quality Assurance Guidelines* – Version 7.0. - www.hcahpsonline.org (წაწახია 18.01.2018)

Charles D. (2002), - “A Background For National Quality Policies in Health Systems”, WHO.

Charles D. Shaw – “*External quality mechanisms for health care: summery of the Expert project on visitatie, accreditaton, EFQM and ISO assesment in European Union countries*”- International Journal for Quality in Health Care, 2000; Volume 12, Number 3: pp. 169-175.
<https://watermark.silverchair.com/120169.pdf> (ნანახია 7.03.2017)

Chanturidze T., Ugulava T., Durán A., Ensor T. & Richardson E. (2009) Georgia - *Health system review. - Health Systems in Transition* , Vo. 11 No. 8.

Chassin M., O’Kane M., (2011) - *The History of Quality Improvement Movement.* -
<https://pdfs.semanticscholar.org/> (ნანახია 15.03.2017)

Chawla M., Betcherman G. & Banerji A. (2007). - *From red to grey: the ‘third transition’ of aging populations in eastern Europe and the former Soviet Union.* - Washington, DC, World Bank.

CIHQ (Center for Improvement in Healthcare Quality), March, 2008 - “*The 2009 Joint Commission Leadership Standards*” Continuing Education Program.

Collopy BT, Williams J, Rodgers L et al. (2000) - *The ACHS Care Evaluation Program: a decade of achievement.* J Qual Clin Practice; 20:36–41.

Comprehensive study of hospital accreditation programs in Europe. (2008) - *Belgian Health Care Knowledge Center.*

Davis, D.A., Thomson, M.A., Oxman, A.D. and Haynes, R.B. (1995) - *Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies,* *Journal of the American Medical Association, 274:700_5.*

Davis, D., Thomson O'Brien, M.A., Freemantle, N. et al. (1999) - *Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes?,* *Journal of the American Medical Association, 282:867_74.*

Dilani, A. (2000) - *Healthcare buildings as supportive environments, World Hospitals and Health Services*, 36(1): 20–6.

Djakeli K., Wang Hong (2007.) - *The Georgian Health Care Reforms Before and After Rose Revolution, Black Sea Scientific Journal of Health Economics, Management, Investment, Law & Ethics*. Vol.1.

Donabedian, A (2003) - *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford University Press, ISBN 0 19 515809 1.

Donabedian A., (2003) – *An Introduction to Quality Assurance in Health Care* – Oxford University Press.

Eddy, D.M. (1992) - *A Manual for Assessing Health Practices and Designing Practice Policies: The Explicit Approach*. Philadelphia, PA: American College of Physicians.

European Observatory on Health Care Systems Series (2002) - *Hospitals in a changing Europe*. Edited by Martin McKee and Judith Healy. Open University Press –

www.openup.co.uk (ნანახია 23.02.2018)

Figueras J., et al. (2004). - *Health systems in transition: learning from experience*. - Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policy.

[Franko](#) F.P. (2002) - *The important role of the Joint Commission* . - Health Policy Issues, Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations – AOR Journal

Francis, S., Glanville, R., Noble, A. and Scher, P. (1999) - *50 Years of Ideas in Health Care Buildings*. London: The Nuffield Trust.

FACCT (Foundation for Accountability). 1997- *The FACCT Consumer Information Framework: Comparative Information for Better Health Care Decisions*.

- Freeman T (2002) - *Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature*. Health Serv Manage Res;15:126–37.
- Gaal P. & Riesberg A., (2004) – *Health Care Systems in Transition. Hungary*. – European Observatory on Health Care Systems, p. 60-67.
<http://www.euro.who.int/Document/E84926.pdf> (ნანახია 12.08.2017)
- Graham, Judith. 2002 - *Forecast has health costs rising faster*,. Chicago Tribune
www.chicagotribune.com/news/nationworld/ (ნანახია 12.08.2017)
- Greene O., Klazinga N., Kazandjian V., Lombraile P., Bartels P., (March 30, 2008) - *The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals*. *International Journal for Quality in Health Care*.
- Gamkrelidze A., Atun R., Gotsadze G. & MacLehose L., (2002) – Georgia. *Health System Review*. – *Health Systems in Transition*, Vol. 4, No 2, p. 61-72.
<http://www.euro.who.int/Document/E75489.pdf> (ნანახია 12.08.2017)
- Gamkrelidze A et al. (2002) - *Health Care Systems in Transition: Georgia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Georgieva L., Salchev P., Dimitrova R., Dimova A. & Avdeeva O., (2007) – Bulgaria. *Health System Review*. – *Health Systems in Transition*, Vol. 9, No 1, p. 41-50.
<http://www.euro.who.int/Document/E90023.pdf> - (ნანახია 10.03.2017)
- Gotsadze G, Zoidze A, Rukhadze N (2009) - *Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications*. *BMC Health Services Research* 9:69.
- Gustafson D., Ovretveit J., (2003) - *Improving the quality of healthcare*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - (ნანახია 28.12.2017)
- Health Affairs 20(5):164-179 - *Health Care: Who Will Lead?*

<http://www.euro.who.> - (ნანახია 12.08.2017)

Hakobyan T., Nazaretyan M., Makarova T., Aristakesyan M. & Margaryants H., (2006) – *Armenia. Health System Review. – Health Systems in Transition*, Vol. 8, No 6, p. 41-47.

<http://www.euro.who.int/Document/E89732.pdf> - (ნანახია 12.07.2017)

Health care statistical report. (2009) - Centre for Medical Information and Statistics Tbilisi, NCDCPH and MoLHSA.

Hou X. & Chao S. (2008). - *An evaluation of the initial impact of the medical assistance program for the poor in Georgia.* - Policy Research Working Paper No. 4588. Washington, DC, World Bank.

Jack A., Meyer, Sharon S., Todd K., Larry S., Rybowski S., (July 2004) – *Hospital Quality: Ingredients for Success Overview and Lessons Learned*

www.cwmf.org (ნანახია 30.05.2016)

Jamiu O., - *Comparative analysis of quality assurance in health care delivery and higher medical education .*

www.doverpress.com (ნანახია 5.03.20)

JCAHO / Joint Commission, camh. (2006) - *Comprehensive accreditation manual for hospitals .*

JCAHO / Joint Commission international accreditation. (2008) – *hospital Survey Process Guide.*

JCAHO / Joint Commission Resources. (2010)-*Hospital Accreditation Standards 2010: Accreditation Policies, Standards, Elements of Performance, Scoring (HAS).*

Joint Commission International, 2nd Edition. (2010) - *Joint Commission International Accreditation Standards for Ambulatory Care.*

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2002) - *A journey through the history of the Joint Commission.*

<http://www.jcaho.org/aboutjc/hisjourney.html> - (ნანახია 25.01.2018)

Joint Commission (2013) – *Accreditation Standards for Hospitals*

www.jcaho.org - (ნანახია 25.01.2018)

Joint Commission (2015) – *Quality Assurance Requirements of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals*

www.ajot.aota.org - (ნანახია 24.02.2018)

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2002) - *Facts about the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.* -

<http://www.jcaho.org/aboutjc/facts.html> - (ნანახია 24.02.2018)

Koppel A., Kahur K., Habicht T., Saar P., Habicht J. & Van Ginneken E., (2008) – Estonia. Health System Review. – *Health Systems in Transition*, Vol. 10, No 1, p. 142-151.

<http://www.euro.who.int/Document/E91372.pdf> - (ნანახია 28.02.2018)

Kulzhanov M. & Rechel B., (2007) – Kazakhstan. Health System Review. – *Health Systems in Transition*, Vol. 9, No 7, p. 91-95.

<http://www.euro.who.int/Document/E90977.pdf> (ნანახია 25.03.2018)

Larsson H., Hollnagel M., Svendsen (March 2015) – *Compliance with hospital accreditation and patient mortality: a Danish nationwide population-based study.* - International Journal for Quality in Health Care, 2015, 27(3), 165–174.

<https://academic.oup.com/> - (ნანახია 15.08.2017)

Lindbauer I., Schreyögg J., Winter V., (2016) – *Schafft Qualitätsmanagement Zertifizierung Effizienzgewinne?* - <https://www.hche.de/> (ნანახია 20.09.2017)

Mark W. Stanton M.,(March 2004) - *Hospital Nurse Staffing and Quality of Care-*
Issue #14. www.ahrq.gov - (ნანახია 18.10.2017)

Martin Merry D., Crago M., (2001) – *The Past, Present and Future of Health Care Quality-*
<https://pdfs.semanticscholar.org/> (ნანახია 28.10.2017)

Nethi S., Screevas T., (2012) – *A study on Patient Satisfaction in Hospitals*– Vol. 1, No. 1.
[www.ijmrbs.com/](http://www.ijmrbs.com/currentissue.php) currentissue.php (ნანახია 18.06.2017)

Nkqubela R., Herselman M., Pottas D., (2014) - *A Generic Quality Assurance Model (GQAM)*
for successful – Health Information Management Journal; Vol 43 No 1.
<http://dx.doi.org/> (ნანახია 11.08.2017)

O’ Kane M., (2014) - *The essential guide to health care quality-*
<http://familiesusa.org/> - (ნანახია 15.09.2017)

Oliver G., Garcia-Barbero M., (May 2005) – *Health Promotion in Hospitals: Evidence and*
Quality Management-
<http://www.euro.who.int/> - (ნანახია 19.06.2017)

Oliveira J., Matsuda L., (2016) – *Benefits and difficulties of hospital accreditation.*
<http://www.scielo.br/pdf> - (ნანახია 11.06.2017)

Oliver G., Niek K., Cordula W., Onyebuchi A., Thompson A., Bruneau Ch., Sunol R., (2010) -
Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment,
organizational culture, professional involvement and the quality of care in European
hospitals: the ‘Deepening our
Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)’ project
<http://www.biomedcentral.com> - (ნანახია 10.03.2017)

Paul D., O' Kane – *Evaluation the Quality of Health Care* – e-Source Behavioral & Social Science Research.

www.esourceresearch.org - (ნანახია 20.06.2017)

Pörtsch Wulz B., Goldewicz M., (2011) - *Qualitätsmanagement, Zertifizierung-
Akkreditierung*. Deutschland.

The Regulation and Quality Improvement Authority (2004) – *Hospital Hygiene
Unannounced Inspection Audit Tool- Version 8.0*

<https://rqia.org.uk/> (ნანახია 18.09.2016)

Richardson E., Boerma W., Malakhova I., Rusovich V. & Fomenko A., (2008) – Belarus.
Health System Review. – *Health Systems in Transition*, Vol. 10, No 6, p. 78-85.

<http://www.euro.who.int/Document/E92096.pdf> - (ნანახია 18.09.2016)

Rowe K A., Savigny D., Lanata C., Victora C., (August 9,2005) – *How can we achieve and
maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?*

<http://www.youthnet.org>. - (ნანახია 19.05. 2016)

Rizzi F. & others, (2011) - *Quality for home palliative care: an Italian metropolitan
multicentre JCI-certified model* - <http://www.jointcommissioninternational.org/>-
(ნანახია 18.12.2016)

Roberts J., Coale J. & Redman R. (1987) - *A history of the Joint Commission on Accreditation
of Hospitals*" - JAMA 258, 939.

Sadowski (2004)- *Qualitätssicherung durch Zertifizierung*

www.dgho.de - (ნანახია 23.05.2017)

Sen K. & Koivusalo M., (1998) – Health Care Reforms in Developing Countries. –
International Journal of Health Planning and Management, Vol. 13, p. 199-215.

Shaw C., Charles bruneau, Basia Kutryba, etc.- Towards hospital standardization in Europe. –
International Journal for quality health care 2010, June 24, pp.1-6.

Smith S., (2014) – *Magnet hospitals: Higher Rates of Patient Satisfaction* – Vol 15 (1-2).

www.ppn.sagepub.com - (წაწახი 04.02.2017)

Stjepic N., (2015) – *Qualitätssicherung und bewertung in Gesundheitseinrichtungen-* (Seite
15-23)

Stephen M., Shortell L., O’ Brien M., Richard W., Edward F.X, Heidi B., Edward J. (1995) .-
*Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management:
Concept versus Implementation* – Health Service Reserch.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - (წაწახი 13.08.2017)

The CMS-Joint Commission Crosswalk, (2010) -*A Side-by-Side Analysis of the CMS
Conditions of Participation and Joint Commission Standards.*

Tragakes E., Brigis G., Karaskevica J., Rurane A., Stuburs A. & Zusmane E., (2008) – Latvia.
Health System Review. – *Health Systems in Transition*, Vol. 10, No 2, p. 45-51.

<http://www.euro.who.int/Document/E91375.pdf> - (წაწახი 13.09.2017)

Transparency International Georgia. (2007). - “*One Hundred New Hospitals*” for Georgia:
how long will they last? - <http://www.transparency.ge/>- (წაწახი 15.10.2017)

USAID (2011) - *Health Systems Strengthening and Reform Project*

<http://ghiqc.usaid.gov/>- (წაწახი 05.08.2017)

Vladescu C., Scintee G. & Olsavszky V., (2008) – Romania. Health System Review. – *Health
Systems in Transition*, Vol. 10, No 3, p. 90-100.

<http://www.euro.who.int/Document/E91689.pdf> - (წაწახი 26.10.2017)

Voncina L., Jemiai N., Merkur S., Golna C., Maeda A., Chao S. & Dzakula A., (2006) – Croatia.
Health System Review. – Health Systems in Transition, Vol. 8, No 7, p. 59-63.

<http://www.euro.who.int/Document/E90328.pdf>- (წაწახი 28.08.2017)

World Health Organization, Regional Office for Europe. – *European Health for All database* (HFA-DB). – <http://www.euro.who.int/HFADB> - (ნანახია 29.11.2017)

World Health Organization, Regional Office for Europe, (2009) – *The European Health Report 2009: Health and Health Systems.*

<http://www.euro.who.int/HFADB> - (ნანახია 29.11.2017)

ნორმატიული მასალა

საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“. (4/31/2009)

საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“. (9/03/2010)

საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. (9/03/2010)

საქართველოს კანონი „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“. (24/06/2005)

საქართველოს კანონი „პროდუქციის და მომსახურების სერტიფიკაციის შესახებ“. (28/05/199)

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სია

Gorgadze T., Vasadze O., (2017) - Perspectives for Improvement of Medical Services in Georgia through Accreditation of Hospitals. - *Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health*, V. 1, Sup. 2. - www.caucasushealth.ge

გორგაძე თ., ვასაძე ო., (2018) - სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების პერსპექტივები საქართველოში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის გზით. - *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, N 4. - <https://heconomic.wordpress.com/2018/01/24/hospital/>

Gorgadze T., Vasadze O., (2017) – Managers’ Opinion About the Implementation of Hospital Accreditation in Georgia.- *Health Policy, Economics and Sociology*, N 5

. - *Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health*, V. 1, Sup. 2. -

www.caucasushealth.ge

დანართი 1. „სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების პერსპექტივები საქართველოში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის გზით“, კითხვარი მენეჯერებისთვის.

ძვირფასო რესპოდენტო,

საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებათა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა გთხოვთ მიიღოთ მონაწილეობა დოქტორანტ თეონა გორგაძის სადოქტორო ნაშრომის „სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების პერსპექტივები საქართველოში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის გზით“ ფარგლებში დაგეგმილ კვლევაში.

მკვლევარი პასუხისმგებელია კვლევაში მონაწილეთა კონფიდენციალურობის დაცვაზე.

წინასწარ გიხდით მადლობას თანამშრომლობისთვის.

დაწესებულება

.....

საწოლების რაოდენობა შევსების თარიღი

.....

რესპოდენტის თანამდებობა

.....

1. საჭიროდ მიგაჩნიათ თუ არა საავადმყოფოების აკრედიტაციის პროცესის დანერგვა საქართველოში?

დიახ არა მიჭირს პასუხის გაცემა

2. თვლით თუ არა, რომ საავადმყოფოების აკრედიტაციის პროცესი უნდა იყოს სავალდებულო?

დიახ არა მიჭირს პასუხის გაცემა

3. ცნობილია თუ არა თქვენთვის რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნები?
 დიახ არა
- დადებითი პასუხის შემთხვევაში, გთხოვთ მიუთითოთ რომელი სააკრედიტაციო სისტემის
.....
4. როგორ ფიქრობთ, საქართველოში აკრედიტაციის დანერგვის შემთხვევაში მისი მოთხოვნები უნდა შეესაბამებოდეს თუ არა საერთაშორისო მოთხოვნებს?
 დიახ არა მიჭირს პასუხის გაცემა
5. როგორ ფიქრობთ, აკმაყოფილებს თუ არა თქვენი საავადმყოფო რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს?
 დიახ არა მიჭირს პასუხის გაცემა
- უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში გადადით მომდევნო კითხვაზე. დადებითი პასუხის შემთხვევაში, გადადით მე-7 კითხვაზე.
6. თქვენი აზრით რა დრო დაგჭირდებათ აკრედიტაციის მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად?
 6 თვე 1 წელი 2 წელი მეტი
7. არსებობს თუ არა თქვენს დაწესებულებაში დამოუკიდებელი ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეული?
 დიახ არა
8. სარგებლობთ თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორებით?
 დიახ, ვსარგებლობთ საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით
 დიახ, ვსარგებლობთ ჩვენს მიერ შემუშავებული ხარისხის ინდიკატორებით
 არ ვსარგებლობთ

9. როგორ შეაფასებდით თქვენი საავადმყოფოს მიერ გაწეული სერვისების ხარისხს მთლიანობაში?

- არადამაკმაყოფილებელია დამაკმაყოფილებელია
 დამაკმაყოფილებელია, მაგრამ ვისურვებდი იყოს უკეთესი
 კარგია ძალიან კარგია

10. გქონდათ თუ არა მცდელობა მიგემართათ რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის კომპანიისთვის ?

- დიახ არა

11. თუ გქონდათ, რა შედეგს მიაღწიეთ?

- დადებითს უარყოფითს

დადებითი პასუხის შემთხვევაში, გთხოვთ მიუთითოთ რომელი კომპანიის აკრედიტაცია გაიარეთ და გადადით მე-13 შეკითხვაზე

.....
.....

უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში გადადით მე-12 შეკითხვაზე

12. როგორ ფიქრობთ, რამ განაპირობა აკრედიტაციის პროცესის წარუმატებელი შედეგი?

- სერტიფიცირებისთვის მოსამზადებელი დროის სიმცირე
 მმართველობითი რგოლების არასაკმარისი ჩართულობა
 ხარისხის სამსახურის მუშაობის არასაკმარისი დონე
 სხვა

.....
.....

13. როგორ ფიქრობთ, რა სიკეთე შეიძლება მოუტანოს აკრედიტაციამ თქვენს საავადმყოფოს? (შეგიძლიათ მონიშნოთ პასუხების რამდენიმე ვარიანტი)

- გაიზარდა მომართვიანობა
- გაუმჯობესდა პარტნიორული ურთიერთობები მომწოდებლებთან
- გაუმჯობესდა პარტნიორული ურთიერთობები სადაზღვევო კომპანიებთან
- გაუმჯობესდა და გამარტივდა დაწესებულებაში მუშაობის სისტემა
- სხვა

.....
.....

14. რა დრო დაგჭირდათ აკრედიტაციის მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად?

- 6 თვე
- 1 წელი
- 2 წელი
- მეტი

.....

15. თქვენი აზრით, ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების გაწევის

უზრუნველყოფაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება

- სახელმწიფოს
- დაწესებულების ხელმძღვანელობას
- უშუალოდ სამედიცინო პერსონალს
- ადმინისტრაციული და სამედიცინო პერსონალის შეთანხმებულ მუშაობას
- მიჭირს პასუხის გაცემა

16. თქვენი აზრით, რა არის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის

შეფასებისთვის უმთავრესი?

- დაწესებულებაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის აზრი
- დაწესებულების ხელმძღვანელობის აზრი
- პაციენტების აზრი
- მაკონტროლებელი ორგანოების შემოწმების შედეგი
- სხვა

.....

17. თუ გსურთ, შეგიძლიათ ჩამოაყალიბოთ თქვენი მოსაზრება მიმდინარე

კვლევის მნიშვნელობის შესახებ

.....
.....

დანართი 2. „სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების პერსპექტივები საქართველოში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის გზით“, კითხვარი კლინიკური პერსონალისთვის.

ძვირფასო რესპოდენტო,

საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებათა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა გთხოვთ მიიღოთ მონაწილეობა დოქტორანტ თეონა გორგაძის სადოქტორო ნაშრომის „სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების პერსპექტივები საქართველოში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის გზით“ ფარგლებში დაგეგმილ კვლევაში.

მკვლევარი პასუხისმგებელია კვლევაში მონაწილეთა კონფიდენციალურობის დაცვაზე.

წინასწარ გიხდით მადლობას თანამშრომლობისთვის.

დაწესებულება

შევსების თარიღი

რესპოდენტის თანამდებობა ექიმი ექთანი

1. საჭიროდ მიგაჩნიათ თუ არა საავადმყოფოების აკრედიტაციის პროცესის დანერგვა საქართველოში?

დიახ არა მიჭირს პასუხის გაცემა

2. თვლით თუ არა, რომ საავადმყოფოების აკრედიტაციის პროცესი უნდა იყოს სავალდებულო?

დიახ არა მიჭირს პასუხის გაცემა

3. ცნობილია თუ არა თქვენთვის რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო
აკრედიტაციის მოთხოვნები?

დიახ არა

დადებითი პასუხის შემთხვევაში, გთხოვთ მიუთითოთ რომელი
სააკრედიტაციო სისტემის

.....

4. როგორ ფიქრობთ, საქართველოში აკრედიტაციის დანერგვის შემთხვევაში
მისი მოთხოვნები უნდა შეესაბამებოდეს თუ არა საერთაშორისო
მოთხოვნებს?

დიახ არა მიჭირს პასუხის გაცემა

5. როგორ ფიქრობთ, აკმაყოფილებს თუ არა თქვენი საავადმყოფო რომელიმე
ქვეყნის ან საერთაშორისო აკრედიტაციის მოთხოვნებს?

დიახ არა მიჭირს პასუხის გაცემა

6. არსებობს თუ არა თქვენს დაწესებულებაში დამოუკიდებელი ხარისხის
მართვის სტრუქტურული ერთეული?

დიახ არა მიჭირს პასუხის გაცემა

7. სარგებლობთ თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების
ინდიკატორებით?

დიახ, ვსარგებლობთ საერთაშორისოდ აღიარებული ინდიკატორებით

დიახ, ვსარგებლობთ ჩვენს მიერ შემუშავებული ინდიკატორებით

არ ვსარგებლობთ მიჭირს პასუხის გაცემა

8. როგორ შეაფასებდით თქვენი საავადმყოფოს მიერ გაწეული სერვისების
ხარისხს მთლიანობაში?

არაადაკმაყოფილებელია დამაკმაყოფილებელია

დამაკმაყოფილებელია, მაგრამ ვისურვებდი იყოს უკეთესი

კარგია ძალიან კარგია

9. თქვენი აზრით, ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების გაწევის
უზრუნველყოფაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება

- სახელმწიფოს
- დაწესებულების ხელმძღვანელობას
- უშუალოდ სამედიცინო პერსონალს
- ადმინისტრაციული და სამედიცინო პერსონალის შეთანხმებულ მუშაობას
- მიჭირს პასუხის გაცემა

10. თქვენი აზრით, რა არის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის
შეფასებისთვის უმთავრესი?

- დაწესებულებაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის აზრი
- დაწესებულების ხელმძღვანელობის აზრი
- პაციენტების აზრი
- მაკონტროლებელი ორგანოების შემოწმების შედეგი
- სხვა

11. თუ გსურთ, შეგიძლიათ ჩამოაყალიბოთ თქვენი მოსაზრება
მიმდინარე კვლევის მნიშვნელობის შესახებ

.....

.....

.....

.....