

სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლი მაღალი ხარისხის
სამედიცინო მომსახურებაში (აჭარის ა.რ. მაგალითზე)

ნინო გორგილაძე

სადისერტაციო ნაშრომი წარდგენილია საჯარო მმართველობის დოქტორის აკადემიური
ხარისხის მინიჭებისათვის დადგენილი მოთხოვნების შესაბამისად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: **ოთარ გერზმავა,**
მედიცინის დოქტორი, პროფესორი

გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი


თბილისი

2023

განაცხადი ეთიკის თაობაზე

სრული პასუხისმგებლობით ვაცხადებ, რომ წინამდებარე დისერტაცია „სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლი მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებაში (აჭარის ა.რ. მაგალითზე)“ ორიგინალურია. ნაშრომში არ არის გამოყენებული სხვა ავტორთა ისეთი მეცნიერული თვალსაზრისი, დებულება, თეორია თუ კვლევის შედეგი, რომელიც მითითებული არ არის დადგენილი წესით, ხოლო კვლევის მეთოდების გამოყენების დროს სრულად არის დაცული ეთიკის ნორმები.

ნინო გორგილაძე



აბსტრაქტი

როგორც მთელ მსოფლიოში, ასევე საქართველოშიც, ჯანდაცვის რეფორმები პოლიტიკურ ცვლილებებთანაა დაკავშირებული. საქართველოში საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ყოველი მომდევნო პოლიტიკური მმართველი ძალის მიერ შეუჩერებლად მიმდინარეობს ჯანდაცვის სისტემის გარდაქმნა. სისტემის ბოლო მნიშვნელოვანი ცვლილება 2013 წელს, საყოველთაო ჯანდაცვის ამოქმედებასა და დაფინანსების სისტემის ცვლილებას უკავშირდება. 30-წლიანი რეფორმების და მრავალი მცდელობის მიუხედავად, ვერც ერთმა მთავრობამ ვერ უზრუნველყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ეფექტური, ხარისხის გაუმჯობესებაზე ორიენტირებული, დახვეწილი მოდელის შემოთავაზება. სისტემის სერიოზულ გამოწვევად რჩება პაციენტზე ორიენტირებული, მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის სერვისების უზრუნველყოფისა და ხარისხის კონტროლის საკითხები.

კვლევის მიზნებია: ჯანდაცვის მოდელების, ძლიერი ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების გამოცდილების, ასევე საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრალური და რეგიონული სისტემების შესწავლის საფუძველზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლის განსაზღვრა და ხარვეზების გამოვლენა; საქართველოს ცენტრალური და რეგიონული ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის გაუმჯობესებისთვის რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის განსახორციელებლად გამოყენებულია კვლევის შერეული - რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევის მეთოდები. მიღებული მონაცემების დამუშავებისთვის გამოყენებულია კვლევის როგორც ზოგადი, ისე სპეციალური მეთოდები.

სამეცნიერო თეორიული მასალისა და განხორციელებული სოციოლოგიური კვლევის შედეგების მეთოდოლოგიური ანალიზის საშუალებით დასახული მიზნები მიღწეულია და ჰიპოთეზა ვერიფიცირებულია. კვლევის შედეგებით გამოიკვეთა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განვითარების შემაფერხებელი გარემოებები და მათი გამომწვევი მიზეზები. გაკეთებული დასკვნების საფუძველზე შემუშავდა ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების, ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებისა და სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლის განმტკიცებისკენ მიმართული რეკომენდაციები.

საქართველო, ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო რეგულაციის ხარვეზებთან დაკავშირებით, სამეცნიერო კვლევების სიმწირით ხასიათდება. ნაშრომში წარმოდგენილი კვლევის

საშუალებით კი შესაძლებელია ახალი, რეალური ინფორმაციის მიღება ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის, სისტემის მმართველობისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის რეგულაციის ხარვეზებთან დაკავშირებით. შესწავლილი სამეცნიერო თეორიული მასალისა და განხორციელებული კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაცია და დასკვნები ხელს შეუწყობს:

- მეცნიერულ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემის ეფექტური მართვის მოდელის შემუშავებას, რომელიც შესაბამისობაში იქნება ქვეყნის კულტურულ, სოციალურ-პოლიტიკურ და ეკონომიკურ მდგომარეობასთან;
- მეცნიერულ მტკიცებულებაზე დაყრდნობით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და შემდგომი განვითარების სტრატეგიის შემუშავებასა და დანერგვას;
- მეცნიერულ მტკიცებულებაზე დაყრდნობით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის რეგულირებისა და კონტროლის ეფექტური მექანიზმების შემუშავების შესაძლებლობას, რაც სამედიცინო მომსახურებას გარდაქმნის მიზანმიმართულ და სისტემური ხასიათის პროცესად.

ნაშრომში წარმოდგენილი მსჯელობა და მიგნებები საინტერესო იქნება ჯანდაცვის სისტემის მართვის საკითხებით დაინტერესებული პროფესიული საზოგადოებისთვის, შესაძლებელი იქნება მისი სამეცნიერო და სასწავლო მიზნით გამოყენება. ნაშრომში წარმოდგენილი საკვანძო საკითხები შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ, ჯანდაცვის ანგარიშის მომზადების თუ სტრატეგიაზე მუშაობის პროცესში.

Abstract

Healthcare reforms are always related to political changes all over the world, as well as in the country Georgia. Since the collapse of the Soviet Union, the healthcare system has been continuously transformed by each governing political power. The last significant reform occurred in 2013 with the implementation of the "State Universal Health Care Programme," which included a complete change of the healthcare financing system. Despite 30 years of reforms and many attempts, no government has been able to implement an efficient, quality-oriented, sophisticated model of the healthcare system. Patient-centered, high-quality health care and quality control remain significant challenge for the Georgian system.

The purpose of the study: Based on the study of different healthcare models, the experiences of countries with effective healthcare systems, as well as the central and regional healthcare systems of Georgia, the study aims to:

- Determine the regulatory role of the state in the quality of healthcare and identify discrepancies;
- Develop recommendations regarding the evolution of the central and regional healthcare system of Georgia and the improvement of the healthcare quality assurance system.

Quantitative and qualitative research methods have been used to conduct the research. For the study and processing of research results, both general and special research methods have been used.

Through methodological analysis of the scientific theoretical material and the results of the sociological research, the goals of the research have been achieved and the hypothesis has been verified. The study results revealed the circumstances and reasons hindering the development of the country's healthcare system. Based on the conclusions, recommendations are directed to strengthening the healthcare system, improving the quality of healthcare, and enhancing the state's regulatory role.

Regarding the fact that there is a lack of scientific studies about the shortcomings of the state's regulation of healthcare, with the presented research, it is possible to get new factual information concerning the weaknesses of the state's healthcare policy, the system administration, and the regulation of the quality of healthcare services. The information and conclusions obtained as a result of the research are highly valuable and based on scientific evidence; which is beneficial for:

- Development of healthcare policy recommendations and an effective governance model of the healthcare system according to the country's cultural, socio-political, and economic situation.
- Development and implementation of a strategy for healthcare quality improvement and monitoring.
- Development of effective mechanisms for healthcare quality control, which will transform medical services into a purposeful and systematic process.

The given research will be attractive to the professional community interested in healthcare system administration issues; It will be possible to use this work for scientific and educational purposes. The Ministry of Health can use the key issues given in the research for the process of preparing the healthcare system performance report and strategic development plan.

მადლიერება

ავტორი მადლობას უხდის ყველა იმ პირსა და ორგანიზაციას, ვისაც წვლილი მიუძღვის სადისერტაციო ნაშრომის შექმნაში, მათ შორის:

ბატონ **მამუკა თავხელიძეს**, გრიგოლ რობაქიძის უნივერსიტეტის რექტორს, ნაშრომის შექმნის მხარდაჭერისთვის!

ბატონ **ოთარ გერზმავას**, სამეცნიერო ხელმძღვანელს, უანგარო თანადგომისა და განსაკუთრებული ყურადღებისთვის!

ბატონ **გიორგი მირიანაშვილს**, გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის რექტორის მოადგილე სწავლა-სწავლების საკითხებში, მხარდაჭერისა და თანადგომისთვის!

ქალბატონ **მაია გოგიაშვილს**, გრიგოლ რობაქიძის უნივერსიტეტის სადოქტორო პროგრამების კოორდინატორს, თანამშრომლობისა და განსაკუთრებული მხარდაჭერისთვის!

ბატონ **ლევან გორგილაძეს**, მამას და მეგობარს, ნაშრომის შექმნის ინიციატივის, ინსპირაციის, მეთოდური რჩევებისა და გულშემატკივრობისთვის!

განსაკუთრებული მადლობა აჭარის ა.რ.-ის ტერიტორიაზე არსებული სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელებს, თანამშრომლობისა და კვლევის პროცესის ხელშეწყობისთვის!

მადლობა თითოეულ რესპონდენტს კვლევაში მონაწილეობისთვის!

მადლობა გრიგოლ რობაქიძის უნივერსიტეტის მთელ გუნდს, კეთილგანწყობისა და კომფორტული თანამშრომლობისთვის!

სარჩევი

შესავალი	1
თავი I. სამეცნიერო ლიტერატურის მიმოხილვა და კვლევის თეორიული კონტექსტი	5
1.1. ჯანმრთელობა და ჯანმრთელობის დაცვა, როგორც სახელმწიფოს მართვის სისტემა...5	
1.1.1. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის თავისებურებები - ჯანდაცვის რეფორმებისა და მოდელების მიმოხილვა.....	9
1.1.2. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მმართველობითი სტრუქტურა.....	13
1.1.3. სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისა და რეგულირების სისტემა.....	18
1.1.4. ჯანდაცვის დაფინანსება	21
1.1.5. ხარისხი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში	29
1.1.5.1. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების სისტემები	34
1.2. განვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის მოდელების ზოგადი მიმოხილვა	36
1.2.1. გერმანიის ჯანდაცვის სისტემა.....	36
1.2.2. გაერთიანებული სამეფოს (დიდი ბრიტანეთი) ჯანდაცვის სისტემა	40
1.2.3. ნიდერლანდების (ჰოლანდიის) ჯანდაცვის სისტემა.....	44
1.2.4. კანადის ჯანდაცვის სისტემა	47
1.2.5. აშშ ჯანდაცვის სისტემა.....	50
1.3. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები.....	53
1.3.1. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ისტორიული ასპექტები	53
1989 - 1995 წლები - ინერციის პერიოდი.....	54
1995 – 2003 წლები - რეფორმების პირველი პერიოდი	55
2004-2012 წლები - რეფორმების მეორე პერიოდი	59
2013 წლის შემდეგ - რეფორმების მესამე პერიოდი	62
1.3.2. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურა და სახელმწიფო მმართველობა.....	67
1.3.3. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო რეგულირების ასპექტები საქართველოში (ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმოხილვა).....	76
სამედიცინო საქმიანობის რეგულირება და კონტროლი	78
საექიმო საქმიანობის რეგულირება და კონტროლი	82
საექთნო საქმიანობა და კონტროლი	89

1.3.4. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მიღწევები, გამოწვევები და განვითარების სამომავლო პერსპექტივები	90
საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები - სხვადასხვა წყაროს მიმოხილვა	90
ჯანდაცვის სამინისტროს და მასზე დაქვემდებარებული უწყებების შესრულებული სამუშაო ანგარიშებისა და ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიული გეგმების მიმოხილვა.	94
1.3.5. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის რეგიონული თავისებურებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში	100
1.3.5.1. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მმართველობითი სტრუქტურა	100
1.3.5.2. აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ფუნქციები და უფლება-მოვალეობები	102
თავი II მეთოდოლოგია, კვლევის აღწერა და შედეგები	108
2.1. კვლევის მეთოდოლოგია და კვლევის აღწერა	108
2.1.1. კვლევის ზოგადი მეთოდები	108
2.1.2. სოციოლოგიური კვლევის შერეული მეთოდი - რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევა 110	
2.1.3. სოციოლოგიური კვლევა: თვისებრივი კვლევის მეთოდი - სიღრმისეული ინტერვიუ	119
2.2. კვლევის შედეგები	122
2.2.1. სამედიცინო პერსონალის სოციოლოგიური კვლევის შედეგები	122
2.2.2. საკონტროლო ჯგუფის სოციოლოგიური კვლევის შედეგები	126
2.2.3. კითხვარში წარმოდგენილ თვისებრივ მონაცემთა შედეგები (სამედიცინო პერსონალი / საკონტროლო ჯგუფი)	129
2.2.4. სამედიცინო პერსონალის სოციოლოგიური კვლევის შედეგად მიღებული სტატისტიკური მონაცემების ცვლადთა ჯგერედინი, შედარებითი, კორელაციური, დისპერსიული და რეგრესიული მახასიათებლები	131
2.2.4.1. ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო საქმიანობის რეგულაციის საკითხებთან დაკავშირებით:	132
2.2.4.2. ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხებში	133
2.2.4.3. სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით	137
2.2.4.4. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის ცვლადის ურთიერთკავშირი სხვა ცვლადებთან	140
2.2.4.5. რეგრესიული ანალიზი	143

2.2.4.6. ორ განსხვავებულ ჯგუფს შორის არსებული საშუალო მაჩვენებლების შედარება (T-ტესტი)	145
2.2.4.7. კვლევის საკითხების მიმართ დაბალი ინტერესის (გულგრილი დამოკიდებულების) მქონე სამედიცინო პერსონალის გადანაწილების აღწერა სიხშირეთა ანალიზის საშუალებით 145	
2.2.5. თვისებრივი კვლევის (სიღრმისეული ინტერვიუ) შედეგები.....	146
თავი III განსჯა და მეცნიერული მიგნებები	148
3.1. სამეცნიერო თეორიული მასალისა და სოციოლოგიური კვლევის შედეგების ანალიზი	148
3.1.1. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მმართველობა, სტრუქტურულ-ფუნქციური თავისებურებები და ნაკლოვანებები.....	148
3.1.2. აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს ფუნქციურ-სტრუქტურული თავისებურებები	175
3.2. თვისებრივი კვლევის (სიღრმისეული ინტერვიუ) შედეგების ანალიზი	179
3.2.1. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვის და რეგულაციის ხარვეზები, სფეროს განვითარების შემაფერხებელი გარემოებები	179
3.2.2. ჯანდაცვის სისტემის საკანონმდებლო ხარვეზები	183
3.2.3. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის ხარვეზები	186
3.2.4. სამედიცინო დაწესებულებების სტანდარტიზაცია-აკრედიტაციის სისტემის ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე	204
3.2.5. აჭარის ა.რ. აღმასრულებელი-მარეგულირებელი ორგანოს - ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს როლი ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელების, სისტემის ეფექტური მართვის პროცესში მონაწილეობისა და მარეგულირებელი ფუნქციების შესრულებასთან მიმართებით	207
3.2.6. სახელმწიფო პოლიტიკა კოვიდ-19 პანდემიის მართვაში, პანდემიის მართვის ხარვეზები	212
3.2.7. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სამომავლო პერსპექტივები, სისტემის შემდგომი განვითარების საჭიროებები და ფორმები.....	215
3.3. სოციოლოგიური კვლევის შედეგების ანალიზი	218
3.3.1. ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო საქმიანობის რეგულაციის საკითხებთან დაკავშირებით.....	218
3.3.2. ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხებში	220
3.3.3. სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით.....	224

3.3.4. ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა და ურთიერთკავშირი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სხვა ფაქტორებთან.....	229
3.3.5. რეგრესული ანალიზის შედეგები.....	235
3.3.6. განსხვავებულ ჯგუფებს შორის არსებული საშუალო მაჩვენებლების შედარება (T-ტესტი)	238
3.3.7. კვლევის საკითხების მიმართ გულგრილი დამოკიდებულების მქონე სამედიცინო პერსონალის ჯგუფებს შორის გადანაწილება და სიხშირეთა ანალიზის შედეგები.....	239
3.3.8. კითხვარში წარმოდგენილი თვისებრივ მონაცემთა შედეგების ანალიზი (სამედიცინო პერსონალი / საკონტროლო ჯგუფი).....	240
დასკვნა	245
რეკომენდაციები.....	250
ბიბლიოგრაფია	255

ცხრილები:

ცხრილი 1 – 2016 წელი - ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის რეიტინგები	XXXI
ცხრილი 2 – 2000 წლის საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების რეიტინგი	XXXI
ცხრილი 3 - რესპონდენტთა სამსახურეობრივი პოზიცია	XXXI
ცხრილი 4 - რესპონდენტთა ასაკი	XXXI
ცხრილი 5 - რესპონდენტთა სქესი	XXXI
ცხრილი 6 - რესპონდენტთა სამუშაო ადგილი	XXXII
ცხრილი 7 - საქმიანობის სფერო	XXXII
ცხრილი 8- სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზასთან დაკავშირებით	XXXII
ცხრილი 9 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით	XXXIII
ცხრილი 10 - სამუშაო ადგილის მიხედვით, დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან და ინსტრუქციებთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა	XXXIII
ცხრილი 11 - სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემების შესახებ სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა	XXXIII
ცხრილი 12 - სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზია-ნებართვების მოთხოვნებთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა	XXXIV
ცხრილი 13 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) მარეგულირებლის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის შესახებ	XXXIV
ცხრილი 14 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) მარეგულირებლის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის სიხშირესთან დაკავშირებით	XXXIV
ცხრილი 15 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) ხარისხის მართვის სისტემის სტანდარტებთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობაზე	XXXIV
ცხრილი 16 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის (ხარისხის შიდა აუდიტის) ჩატარებასთან დაკავშირებით	XXXV
ცხრილი 17 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის (ხარისხის შიდა აუდიტის) სიხშირესთან დაკავშირებით	XXXV

ცხრილი 18 - სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) ხარისხის გუნდის წევრების ვინაობასთან დაკავშირებით.....	XXXV
ცხრილი 19 - სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში	XXXV
ცხრილი 20 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის შესაბამისად) პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობის შესახებ.	XXXVI
ცხრილი 21 - სამედიცინო პერსონალის შეფასება დადგენილი სტანდარტების სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ზეგავლენის შესახებ	XXXVI
ცხრილი 22 - სამედიცინო პერსონალის შეფასება საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით.....	XXXVI
ცხრილი 23 - სამედიცინო პერსონალის მიერ არსებული ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მოთხოვნებთან შესაბამისობის შეფასება	XXXVI
ცხრილი 24 - სამედიცინო პერსონალის შეფასება საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირებასთან დაკავშირებით.....	XXXVII
ცხრილი 25 - სამედიცინო პერსონალის შეფასება სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენაზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებით	XXXVII
ცხრილი 26 - სამედიცინო პერსონალის მზაობა და სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობის სურვილთან დაკავშირებით.....	XXXVII
ცხრილი 27 - საკონტროლო ჯგუფის რესპონდენტთა ასაკი	XXXVII
ცხრილი 28 - საკონტროლო ჯგუფის რესპონდენტთა სქესი.....	XXXVIII
ცხრილი 29 - საკონტროლო ჯგუფის რესპონდენტთა სამუშაო ადგილი	XXXVIII
ცხრილი 30 - საკონტროლო ჯგუფში რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან დაკავშირებით.....	XXXVIII
ცხრილი 31 - საკონტროლო ჯგუფში რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა აჭარის ა. რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით.....	XXXVIII
ცხრილი 32 - სამუშაო ადგილის მიხედვით, დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან და ინსტრუქციებთან დაკავშირებით საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა	XXXIX
ცხრილი 33 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემების შესახებ.....	XXXIX

ცხრილი 34 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-
გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზია-ნებართვების
მოთხოვნებთან დაკავშირებით..... XXXIX

ცხრილი 35 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-
გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებში (სამუშაო ადგილის მიხედვით)
მარეგულირებლის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის შესახებ
.....XL

ცხრილი 36 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-
გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით)
ხარისხის მართვის სისტემის სტანდარტებთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობაზე...XL

ცხრილი 37 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-
გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით)
ხარისხის მართვის სისტემის სტანდარტებთან შესაბამისობის არსებობასთან დაკავშირებით
.....XL

ცხრილი 38 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-
გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით)
სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის (ხარისხის შიდა აუდიტის)
ჩატარებასთან დაკავშირებითXL

ცხრილი 39 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-
გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებში (სამუშაო ადგილის მიხედვით)
სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის (ხარისხის შიდა აუდიტის)
სიხშირესთან დაკავშირებით.....XLI

ცხრილი 40 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა
გათვითცნობიერებულობა დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) ხარისხის
გუნდის წევრების ვინაობასთან დაკავშირებითXLI

ცხრილი 41 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ჩართულობა სამედიცინო
მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში XLI

ცხრილი 42 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-
გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის შესაბამისად)
პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობის შესახებ.....XLI

ცხრილი 43 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა შეფასება დადგენილი
სტანდარტების სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ზეგავლენის შესახებ.....XLII

ცხრილი 44 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა შეფასება საქართველოში
სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებითXLII

ცხრილი 45 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა მიერ არსებული
ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მოთხოვნებთან შესაბამისობის შეფასება.....XLII

ცხრილი 46 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა შეფასება საშუალო
სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირებასთან დაკავშირებითXLII

ცხრილი 47 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა შეფასება სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენაზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებით.....	XLIII
ცხრილი 48 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა მზაობა და სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობის სურვილთა დაკავშირებით	XLIII
ცხრილი 49 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მონიტორინგის ჩატარებასთან დაკავშირებით	XLIII
ცხრილი 50 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V - კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურობრივი პოზიცია -სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის ჩატარებასთან დაკავშირებით	XLIV
ცხრილი 51 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის ჩატარების სიხშირესთან დაკავშირებით	XLIV
ცხრილი 52 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი - სამსახურობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის ჩატარების სიხშირესთან დაკავშირებით.....	XLV
ცხრილი 53 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში არსებული ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ.....	XLV
ცხრილი 54 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში არსებული ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ	XLVI
ცხრილი 55 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის გუნდის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის ჩატარების შესახებ	XLVI
ცხრილი 56 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის გუნდის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის ჩატარების შესახებ.....	XLVII

ცხრილი 69 - Spearman's rho კორელაცია: სამსახურეობრივი პოზიცია / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით.....	LIII
ცხრილი 70 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის მიერ ჯანდაცვის სისტემის შეფასება	LIV
ცხრილი 71 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის მიერ ჯანდაცვის სისტემის შეფასება.....	LIV
ცხრილი 72 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის ზეგავლენასთან დაკავშირებით.....	LV
ცხრილი 73 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის ზეგავლენასთან დაკავშირებით.....	LV
ცხრილი 74 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის შესახებ	LVI
ცხრილი 75 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურეობრივი პოზიცია / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის შესახებ.....	LVI
ცხრილი 76 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა აჭარის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით.....	LVII
ცხრილი 77 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა აჭარის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით.....	LVII
ცხრილი 78 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან/ინსტრუქციებთან დაკავშირებით	LVIII
ცხრილი 79 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან/ინსტრუქციებთან დაკავშირებით.....	LVIII
ცხრილი 80 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ.....	LIX

- ცხრილი 81 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი:
სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა
სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ..... LIX
- ცხრილი 82 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო
პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის
ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებთან დაკავშირებით..... LX
- ცხრილი 83 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი:
სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა
სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და
პროცედურებთან დაკავშირებით..... LX
- ცხრილი 84 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო
პერსონალის დამოკიდებულება საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო
სერტიფიცირებასთან დაკავშირებით..... LXI
- ცხრილი 85 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი:
სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა
აჭარის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით..LXI
- ცხრილი 86 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო
პერსონალის სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობასთან
დაკავშირებით..... LXII
- ცხრილი 87 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი:
სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის
შემუშავების პროცესში მონაწილეობასთან დაკავშირებით LXII
- ცხრილი 88 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო
პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა მარეგულირებელი ორგანოს მიერ
სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის ჩატარებასთან დაკავშირებით. LXIII
- ცხრილი 89 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამუშაო
ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა მარეგულირებელი
ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის ჩატარებასთან
დაკავშირებით..... LXIII
- ცხრილი 90 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო
პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო
ადგილი მიხედვით) ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან
შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ.....LXIV
- ცხრილი 91 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამუშაო
ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო
დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილი მიხედვით) ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის
სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებLXIV

- ცხრილი 92 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტის ჩატარებასთან დაკავშირებით.....LXV
- ცხრილი 93 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V - სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტის ჩატარებასთან დაკავშირებით.....LXV
- ცხრილი 94 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ხარისხის შიდა აუდიტის განმახორციელებელ პირთა ვინაობასთან დაკავშირებითLXVI
- ცხრილი 95 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი - სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ხარისხის შიდა აუდიტის განმახორციელებელ პირთა ვინაობასთან დაკავშირებითLXVI
- ცხრილი 96 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო ცენტრში პაციენტთა საჩივრების კომისიის ფუნქციონირებასთან დაკავშირებითLXVII
- ცხრილი 97 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი - სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო ცენტრში პაციენტთა საჩივრების კომისიის ფუნქციონირებასთან დაკავშირებითLXVII
- ცხრილი 98 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი / ჯანდაცვის სისტემის შეფასება.....LXVIII
- ცხრილი 99 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი - სამუშაო ადგილი / ჯანდაცვის სისტემის შეფასება.....LXVIII
- ცხრილი 100 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირებასთან დაკავშირებითLXIX
- ცხრილი 101 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირებასთან დაკავშირებით.....LXIX
- ცხრილი 102 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტი / აუდიტის ჩატარების სიხშირეLXX
- ცხრილი 103 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტი / აუდიტის ჩატარების სიხშირეLXX
- ცხრილი 104 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან/ინსტრუქციებთან დაკავშირებით და სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ.LXXI

ცხრილი 105 – Cramer's V-ს კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან/ინსტრუქციებთან დაკავშირებით / სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ	LXXI
ცხრილი 106 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა - სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობა და ხარისხის გუნდის მიერ შიდა აუდიტის ჩატარება	LXXII
ცხრილი 107 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა: სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობა და ხარისხის გუნდის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტის ჩატარება	LXXII
ცხრილი 108 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა გათვითცნობიერებულობა დაწესებულებაში დანერგილი ხარისხის მართვის სისტემის არსებობასა და საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობასთან დაკავშირებით	LXXIII
ცხრილი 109 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა გათვითცნობიერებულობა დაწესებულებაში დანერგილი ხარისხის მართვის სისტემის არსებობასა და საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობასთან დაკავშირებით.....	LXXIII
ცხრილი 110 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის შეფასება - ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისობა თანამედროვე მოთხოვნებთან / აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების მაღალ ხარისხზე	LXXIV
ცხრილი 111 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის შეფასება - ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისობა თანამედროვე მოთხოვნებთან / აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების მაღალ ხარისხზე.....	LXXIV
ცხრილი 112 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო შეფასება: სტანდარტების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე / საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე	LXXV
ცხრილი 113 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Kendall's tau-b კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო შეფასება: სტანდარტების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე / საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე.....	LXXV
ცხრილი 114 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო შეფასება: სტანდარტების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე / საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე	LXXVI

პროცესში / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით.....	LXXXIX
ცხრილი 142 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Kendall's tau-b კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით.....	LXXXIX
ცხრილი 143 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით.....	XC
ცხრილი 144 - სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება.....	XC
ცხრილი 145 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Kendall's tau-b კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება.....	XCI
ცხრილი 146 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში / სამედიცინო პერსონალის მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება.....	XCI
ცხრილი 147 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში / სამედიცინო პერსონალის სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობასთან დაკავშირებით.....	XCI
ცხრილი 148 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: პერსონალის ცოდნა გათვითცნობიერებულობა - ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ნორმატიული ბაზა / სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ლიცენზია/ნებართვების გაცემის მოთხოვნები და პროცედურები.....	XCII
ცხრილი 149 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / კორელაციის კოეფიციენტი: პერსონალის ცოდნა გათვითცნობიერებულობა - ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ნორმატიული ბაზა / სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ლიცენზია/ნებართვების გაცემის მოთხოვნები და პროცედურები.....	XCII
ცხრილი 150 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): პერსონალის ცოდნა გათვითცნობიერებულობა - ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ნორმატიული ბაზა / სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ლიცენზია/ნებართვების გაცემის მოთხოვნები და პროცედურები.....	XCIII

- ცხრილი 151 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენასთან დაკავშირებით..... XCIII
- ცხრილი 152 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენასთან დაკავშირებით XCIV
- ცხრილი 153 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ასაკი / ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში XCIV
- ცხრილი 154 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ასაკი / ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში XCV
- ცხრილი 155 - რეგრესული მოდელი: დამოუკიდებელი ცვლადი - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან დაკავშირებით XCV
- ცხრილი 156 - რეგრესული ანალიზი: ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებაზე მოქმედი ფაქტორები..... XCVI
- ცხრილი 157 - რეგრესული ანალიზი: დამოკიდებელი ცვლადი - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით XCVI
- ცხრილი 158 - რეგრესული ანალიზი: დამოკიდებელი ცვლადი - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით XCVII
- ცხრილი 159 - დამოუკიდებელი ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემებთან მიმართებით XCVIII
- ცხრილი 160 - დამოუკიდებელი ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემებთან მიმართებით XCVIII
- ცხრილი 161 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ლიცენზია-ნებართვების გაცემის მოთხოვნებთან და პროცედურებთან დაკავშირებით XCIX
- ცხრილი 162 - დამოკიდებელი ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგთან დაკავშირებით XCIX

ცხრილი 175 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით.....	CIX
ცხრილი 176 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით.....	CIX
ცხრილი 177 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის მიერ ჯანდაცვის სისტემის შეფასება.....	CX
ცხრილი 178 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის მიერ ჯანდაცვის სისტემის შეფასება.....	CX
ცხრილი 179 - სიხშირეთა ანალიზი: ასაკი / სამედიცინო პერსონალის დაბალი ინტერესი კვლევის საკითხების მიმართ	CXI
ცხრილი 180 - სიხშირეთა ანალიზი: სქესი / სამედიცინო პერსონალის დაბალი ინტერესი კვლევის საკითხების მიმართ	CXI
ცხრილი 181 - სიხშირეთა ანალიზი: სამსახურეობრივი პოზიცია / სამედიცინო პერსონალის დაბალი ინტერესი კვლევის საკითხების მიმართ	CXII
ცხრილი 182 - სამუშაო ადგილი / სამედიცინო პერსონალის დაბალი ინტერესი კვლევის საკითხების მიმართ.....	CXIII
ცხრილი 183 - საქმიანობის სფერო // სამედიცინო პერსონალის დაბალი ინტერესი კვლევის საკითხების მიმართ.....	CXIV
ცხრილი 184 - სამუშაო პოზიციის, საქმიანობის სფეროს და სამუშაო ადგილის სიხშირეთა შედარების მახასიათებლები	CXIV
ცხრილი 185 - რაოდენობრივი კვლევის თვისებრივი მონაცემები: სიხშირეთა ანალიზის შედეგები	CXV
ცხრილი 186 - სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მოდელები	CXV
ცხრილი 187 - ინტეგრირებული და განცალკევებული მოდელების შედარება	CXV
ცხრილი 188 - სოციოლოგიურ კითხვარში წარმოდგენილ თვისებრივ მონაცემთა შედეგების ანალიზი	CXVI
ცხრილი 189 - ჰოსპიტალური მომსახურების სიმძლავრე საქართველოში (2007)	CXVII
ცხრილი 190 – საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების 2021 წლის რეიტინგები	CXVII
ცხრილი 191 - საქართველო საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების 2021 წლის რეიტინგში	CXVII
ცხრილი 192 – სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის ინდექსი საქართველოში (2016 წელი)	CXVII
ცხრილი 193 - NHS, SHI, PHI - შედარებითი ანალიზი Rothgang, Cacare, Grimmeisen, და Wendt-ის მიხედვით	20

ცხრილი 194 - სამედიცინო დაწესებულებების ჩართვა ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონული ჩანაწერების (EHR) სისტემაში	65
ცხრილი 195 – 2020-2021 წლებში სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებების ხარისხის კონტროლის შედეგები	96
ცხრილი 196 - სააფთიაქო ნარკომანიისა და ფსიქოტროპულ მედიკამენტებთან ბრძოლის შედეგები 2020-2021 წელს	96
ცხრილი 197 – 2014-2020 და 2022-2030 წლების ჯანდაცვის სისტემის განვითარების პრიორიტეტული მიმართულებები	100
ცხრილი 198 - სტატისტიკური ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული ჯანდაცვის პერსონალის თაობაზე	112
ცხრილი 199 - შერჩევითი ერთობლიობა	113
ცხრილი 200 - სტრატეგის დაყოფა, შერჩევის მოცულობა	116
ცხრილი 201 - კვლევის მეთოდოლოგია	117
ცხრილი 202 - აჭარაში მონო და მრავალპროფილური სტაციონარული დაწესებულებების სტატისტიკა	119

დიაგრამები:

- დიაგრამა 1 - რესპონდენტთა ასაკობრივი სტრუქტურა CXVIII
- დიაგრამა 2 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ CXVIII
- დიაგრამა 3 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით..... CXIX
- დიაგრამა 4 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში / სამედიცინო პერსონალის მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება..... CXIX
- დიაგრამა 5 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში / სამედიცინო პერსონალის სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობასთან დაკავშირებით..... CXX
- დიაგრამა 6 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამსახურეობრივი პოზიცია / სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში CXX
- დიაგრამა 7 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო შეფასება: სტანდარტების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე / საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე CXXI
- დიაგრამა 8 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება - არსებული ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისობა თანამედროვე მოთხოვნებთან დაკავშირებით / საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე CXXI
- დიაგრამა 9 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): პერსონალის ცოდნა გათვითცნობიერებულობა - ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ნორმატიული ბაზა / სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ლიცენზია/ნებართვების გაცემის მოთხოვნები და პროცედურები..... CXXII
- დიაგრამა 10 - საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულების მაჩვენებელი ასაკის მიხედვით CXXII
- დიაგრამა 11 - საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულება სქესის მიხედვით..... CXXIII
- დიაგრამა 12 - საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულება სამუშაო პოზიციის მიხედვით CXXIII

დიაგრამა 13 - - საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულება სამუშაო ადგილის მიხედვით	CXXIV
დიაგრამა 14 - საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულება საქმიანობის სფეროს მიხედვით	CXXIV
დიაგრამა 15 - რესპონდენტთა დამოკიდებულება უწყვეტი პროფესიული განათლების უზრუნველყოფის ვალდებულებასთან დაკავშირებით.....	CXXV
დიაგრამა 16 - რესპონდენტთა მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაბალი მაჩვენებლის მიზეზების შეფასება	CXXV
დიაგრამა 17 - რესპონდენტთა შეფასება: ჯანდაცვის სფეროს განვითარების საჭიროებები	CXXVI
დიაგრამა 18 - რესპონდენტთა შენიშვნები და რეკომენდაციები	CXXVI
დიაგრამა 19 - ჯანდაცვაზე მთლიანი ეროვნული დანახარჯები (2014-2020)	CXXVII
დიაგრამა 20 - ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტის გეგმა და ფაქტობრივი დანახარჯები სამედიცინო მომსახურებაზე (2014-2020)	CXXVII
დიაგრამა 21 - დამტკიცებული გეგმის ფაქტობრივი შესრულების მაჩვენებლები (%)	CXXVIII

სურათები:

სურათი 1 - ჯანდაცვის დაფინანსების 4 ფუნქცია.....	CXXIX
სურათი 2 - ჯანდაცვის სისტემის ჩარჩო-სტრუქტურა Rothgang, Cacare, Grimmeisen და Wendt-ის მიხედვით	CXXIX
სურათი 3 - ჯანდაცვის სისტემის ჩარჩო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით CXXX	
სურათი 4 - ჯანდაცვის პერსონალის განვითარების ჩარჩო (GHWA).....	CXXX
სურათი 5 - ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მმართველობის ფუნქციები და საქმიანობის არეალი	CXXXI
სურათი 6 - ჯანდაცვის სისტემის ელემენტები Omaswa F. და Boufford J.I მიხედვით	CXXXI
სურათი 7 - ჯანდაცვის სამინისტროს მმართველობის როლი და შესაძლებლობები	CXXXII
სურათი 8 - ჯანდაცვის სისტემის მმართველობითი ჩარჩო.....	CXXXII
სურათი 9 - ჯანდაცვის სისტემის მმართველობითი სტრუქტურა	CXXXIII

საილუსტრაციო მასალა

ცხრილები:

ცხრილი 1 – 2016 წელი - ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის რეიტინგები

	ავსტრალია	კანადა	საფრანგეთი	გერმანია	ნიდერლანდები	ახალი ზელანდია	ნორვეგია	შვედეთი	შვეიცარია	დიდი ბრიტანეთი	აშშ
საერთო რეიტინგები	2	9	10	8	3	4	4	6	6	1	11
მოვლის პროცესი	2	6	9	8	4	3	10	11	7	1	5
ხელმისაწვდომობა	4	10	9	2	1	7	5	6	8	3	11
მართვის ეფექტურობა	1	6	11	6	9	2	4	5	8	3	10
თანასწორობა	7	9	10	6	2	8	5	3	4	1	11
ჯანდაცვის ზედგეზი	1	9	5	8	6	7	3	2	4	10	11

წყარო: ავტორი Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care-ის (92) მიხედვით

ცხრილი 2 – 2000 წლის საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების რეიტინგი

რეიტინგი	გაურკვევლობის ინტერვალი	წვერი ქვეყანა	პოპულაცია 2021	ინდექსი	გაურკვევლობის ინტერვალი
1	1-5	საფრანგეთი	65 426 179	0,994	0,982 – 1,000
2	1-5	იტალია	60 367 477	0,991	0,978 – 1,000
3	1-6	სან მარინო	34 017	0,988	0,973 – 1,000
4	2-7	ანდორა	77 355	0,982	0,966 – 0,997
5	3-7	მალტა	442 784	0,987	0,965 – 0,993
6	2-11	სინგაპური	5 896 686	0,973	0,947 – 0,998
7	4-8	ესპანეთი	46 745 216	0,972	0,959 – 0,985
8	4-14	ომანი	5 223 375	0,961	0,938 – 0,985
9	7-12	ავსტრია	9 043 070	0,959	0,946 – 0,972
10	8-12	იაპონია	126 050 804	0,957	0,948 – 0,965

წყარო: WHO - Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries 98

ცხრილი 3 - რესპონდენტთა სამსახურეობრივი პოზიცია

სამსახურეობრივი პოზიცია					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	ექიმი	445	44.5	44.5	44.5
	უმცროსი ექიმი	141	14.1	14.1	58.5
	ექთანი	415	41.5	41.5	100.0
	სულ:	1001	100.0	100.0	

ცხრილი 4 - რესპონდენტთა ასაკი

რესპონდენტის ასაკი					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	18-39	370	37.0	37.0	37.0
	40-59	502	50.1	50.1	87.1
	60-75	124	12.4	12.4	99.5
	75 და მეტი	5	0.5	0.5	100.0
	სულ:	1001	100.0	100.0	

ცხრილი 5 - რესპონდენტთა სქესი

სქესი					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	მდედრობითი	661	66.0	70.8	70.8
	მამრობითი	272	27.2	29.2	100.0
	სულ:	933	93.2	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		68	6.8		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 6 - რესპონდენტთა სამუშაო ადგილი

სამუშაო ადგილი					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	ვმუშაობ მხოლოდ ამბულატორიაში	257	25.7	26.2	26.2
	ვმუშაობ მხოლოდ სტაციონარში	437	43.7	44.5	70.7
	ვმუშაობ როგორც ამბულატორიაში, ასევე სტაციონარში	287	28.7	29.3	100.0
	სულ:	981	98.0	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		20	2.0		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 7 - საქმიანობის სფერო

საქმიანობის სფერო					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	ვწევი მხოლოდ ადმინისტრაციულ საქმიანობას	27	2.7	2.7	2.7
	ვწევი მხოლოდ კლინიკურ საქმიანობას	694	69.3	70.6	73.3
	ვწევი როგორც კლინიკურ, ისე ადმინისტრაციულ საქმიანობას	262	26.2	26.7	100.0
	სულ:	983	98.2	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		18	1.8		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 8- სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზასთან დაკავშირებით

იცნობთ თუ არა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	470	47.0	47.3	47.3
	არა	109	10.9	11.0	58.2
	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	402	40.2	40.4	98.7
	საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	13	1.3	1.3	100.0
	სულ:	994	99.3	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		7	0.7		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 9 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით

იცნობთ თუ არა აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებს თქვენი საქმიანობის რეგულირებასთან დაკავშირებით?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	651	65.0	65.4	65.4
	არა	88	8.8	8.8	74.3
	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	249	24.9	25.0	99.3
	საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	7	0.7	0.7	100.0
	სულ:	995	99.4	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		6	0.6		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 10 - სამუშაო ადგილის მიხედვით, დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან და ინსტრუქციებთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა

იცნობთ თუ არა თქვენი საქმიანობის მარეგულირებელ, სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებს და ინსტრუქციებს?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	767	76.6	77.4	77.4
	არა	38	3.8	3.8	81.2
	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	175	17.5	17.7	98.9
	საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	11	1.1	1.1	100.0
	სულ:	991	99.0	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		10	1.0		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 11 - სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემების შესახებ სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა

გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	413	41.3	41.8	41.8
	არა	189	18.9	19.1	61.0
	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	350	35.0	35.5	96.5
	საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	35	3.5	3.5	100.0
	სულ:	987	98.6	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:			1.4		
სულ:			100.0		

ცხრილი 12 - სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზია-ნებართვების მოთხოვნებთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა

იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულების ლიცენზია-ნებართვების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	323	32.3	32.6	32.6
	არა	227	22.7	22.9	55.5
	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	353	35.3	35.6	91.1
	საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	88	8.8	8.9	100.0
	სულ:	991	99.0	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		10	1.0		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 13 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) მარეგულირებლის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის შესახებ

სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	642	64.1	64.8	64.8
	არა	38	3.8	3.8	68.6
	არ ვიცი, მე არ მეხება	311	31.1	31.4	100.0
	სულ:	991	99.0	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		10	1.0		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 14 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) მარეგულირებლის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის სიხშირესთან დაკავშირებით.

სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების გარე მონიტორინგი?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	6 თვეში ერთხელ	360	36.0	36.2	36.2
	წელიწადში ერთხელ	193	19.3	19.4	55.6
	საერთოდ არ ტარდება	51	5.1	5.1	60.8
	არ ვიცი, მე არ მეხება	390	39.0	39.2	100.0
	სულ:	994	99.3	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		7	0.7		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 15 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) ხარისხის მართვის სისტემის სტანდარტებთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობაზე

სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგულია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	621	62.0	62.1	62.1
	არა	62	6.2	6.2	68.3
	არ ვიცი, მე არ მეხება	317	31.7	31.7	100.0
	სულ:	1000	99.9	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		1	0.1		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 16 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის (ხარისხის შიდა აუდიტის) ჩატარებასთან დაკავშირებით

სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (ხარისხის შიდა აუდიტი)?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	735	73.4	73.6	73.6
	არა	74	7.4	7.4	81.0
	არ ვიცი, მე არ მეხება	190	19.0	19.0	100.0
	სულ:	999	99.8	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		2	.2		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 17 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის (ხარისხის შიდა აუდიტის) სიხშირესთან დაკავშირებით.

სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (ხარისხის შიდა აუდიტი)?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	6 თვეში ერთხელ	516	51.5	51.9	51.9
	წელიწადში ერთხელ	182	18.2	18.3	70.2
	საერთოდ არ ტარდება	63	6.3	6.3	76.6
	არ ვიცი, მე არ მეხება	233	23.3	23.4	100.0
	სულ:	994	99.3	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		7	0.7		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 18 - სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) ხარისხის გუნდის წევრების ვინაობასთან დაკავშირებით

იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	563	56.2	57.0	57.0
	არა	235	23.5	23.8	80.9
	არ ვიცი, მე არ მეხება	189	18.9	19.1	100.0
	სულ:	987	98.6	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		14	1.4		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 19 - სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში

რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	აქტიურად ვარ ჩართული	188	18.8	19.1	19.1
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	95	9.5	9.6	28.7
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალებს	417	41.7	42.3	71.0
	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	286	28.6	29.0	100.0
	სულ:	986	98.5	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		15	1.5		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 20 - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის შესაბამისად) პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობის შესახებ.

სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	467	46.7	47.1	47.1
	არა	204	20.4	20.6	67.7
	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	320	32.0	32.3	100.0
	სულ:	991	99.0	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		10	1.0		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 21 - სამედიცინო პერსონალის შეფასება დადგენილი სტანდარტების სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ზეგავლენის შესახებ

თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	ძალიან უარყოფითი	38	3.8	3.9	3.9
	უარყოფითი	56	5.6	5.8	9.7
	არც უარყოფითი, არც დადებითი	334	33.4	34.4	44.0
	დადებითი	368	36.8	37.9	81.9
	ძალიან დადებითი	176	17.6	18.1	100.0
	სულ:	972	97.1	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		29	2.9		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 22 - სამედიცინო პერსონალის შეფასება საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით

შეფასეთ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	ძალიან დაბალი	62	6.2	6.4	6.4
	დაბალი	128	12.8	13.1	19.5
	საშუალო	406	40.6	41.6	61.1
	მაღალი	279	27.9	28.6	89.7
	ძალიან მაღალი	100	10.0	10.3	100.0
	სულ:	975	97.4	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		26	2.6		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 23 - სამედიცინო პერსონალის მიერ არსებული ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მოთხოვნებთან შესაბამისობის შეფასება

თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	354	35.4	35.5	35.5
	არა	378	37.8	37.9	73.4
	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	265	26.5	26.6	100.0
	სულ:	997	99.6	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		4	0.4		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 24 - სამედიცინო პერსონალის შეფასება საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირებასთან დაკავშირებით

თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	834	83.3	83.7	83.7
	არა	43	4.3	4.3	88.0
	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	120	12.0	12.0	100.0
	სულ:	997	99.6	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		4	0.4		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 25 - სამედიცინო პერსონალის შეფასება სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენაზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებით

თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მაღალ დონეს?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	401	40.1	40.2	40.2
	არა	203	20.3	20.3	60.5
	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	394	39.4	39.5	100.0
	სულ:	998	99.7	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		3	0.3		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 26 - სამედიცინო პერსონალის მზაობა და სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობის სურვილთან დაკავშირებით.

გაქვთ თუ არა სურვილი, მონაწილეობა მიიღოთ ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	412	41.2	41.2	41.2
	არა	368	36.8	36.8	78.1
	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	219	21.9	21.9	100.0
	სულ:	999	99.8	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		2	0.2		
სულ:		1001	100.0		

ცხრილი 27 - საკონტროლო ჯგუფის რესპონდენტთა ასაკი

ასაკი					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	18-39	49	61.3	61.3	61.3
	40-59	24	30.0	30.0	91.3
	60-75	6	7.5	7.5	98.8
	75 და მეტი	1	1.3	1.3	100.0
	სულ:	80	100.0	100.0	

ცხრილი 28 - საკონტროლო ჯგუფის რესპონდენტთა სქესი

სქესი					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	მდედრობითი	66	82.5	88.0	88.0
	მამრობითი	9	11.3	12.0	100.0
	სულ:	75	93.8	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		5	6.3		
სულ:		80	100.0		

ცხრილი 29 - საკონტროლო ჯგუფის რესპონდენტთა სამუშაო ადგილი

სამუშაო ადგილი					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	ვმუშაობ მხოლოდ ამბულატორიაში	9	11.3	11.4	11.4
	ვმუშაობ მხოლოდ სტაციონარში	23	28.7	29.1	40.5
	ვმუშაობ როგორც ამბულატორიაში, ასევე სტაციონარში	34	42.5	43.0	83.5
	სხვა	13	16.3	16.5	100.0
	სულ:	79	98.8	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		1	1.3		
სულ:		80	100.0		

ცხრილი 30 - საკონტროლო ჯგუფში რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან დაკავშირებით

იცნობთ თუ არა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	38	47.5	48.7	48.7
	არა	14	17.5	17.9	66.7
	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	24	30.0	30.8	97.4
	საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	2	2.5	2.6	100.0
	სულ:	78	97.5	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		2	2.5		
სულ:		80	100.0		

ცხრილი 31 - საკონტროლო ჯგუფში რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა აჭარის ა. რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით

იცნობთ თუ არა აჭარის ა. რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებს თქვენი საქმიანობის რეგულირებასთან დაკავშირებით?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	49	61.3	62.0	62.0
	არა	6	7.5	7.6	69.6
	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	20	25.0	25.3	94.9
	საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	4	5.0	5.1	100.0
	სულ:	79	98.8	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		1	1.3		
სულ:		80	100.0		

ცხრილი 32 - სამუშაო ადგილის მიხედვით, დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან და ინსტრუქციებთან დაკავშირებით საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა

იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებს და ინსტრუქციებს					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	62	77.5	78.5	78.5
	არა	2	2.5	2.5	81.0
	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	14	17.5	17.7	98.7
	საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	1	1.3	1.3	100.0
	სულ:	79	98.8	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		1	1.3		
სულ:		80	100.0		

ცხრილი 33 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემების შესახებ

გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	44	55.0	56.4	56.4
	არა	14	17.5	17.9	74.4
	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	19	23.8	24.4	98.7
	საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	1	1.3	1.3	100.0
	სულ:	78	97.5	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		2	2.5		
სულ:		80	100.0		

ცხრილი 34 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზია-ნებართვების მოთხოვნებთან დაკავშირებით

იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულების ლიცენზია/ნებართვების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	34	42.5	43.6	43.6
	არა	13	16.3	16.7	60.3
	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	27	33.8	34.6	94.9
	საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	4	5.0	5.1	100.0
	სულ:	78	97.5	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		2	2.5		
სულ:		80	100.0		

ცხრილი 35 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) მარეგულირებლის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის შესახებ

სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	60	75.0	76.9	76.9
	არა	4	5.0	5.1	82.1
	არ ვიცი, მე არ მეხება	14	17.5	17.9	100.0
	სულ:	78	97.5	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		2	2.5		
სულ:		80	100.0		

ცხრილი 36 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) ხარისხის მართვის სისტემის სტანდარტებთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობაზე

სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების გარე მონიტორინგი?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	6 თვეში ერთხელ	31	38.8	38.8	38.8
	წელიწადში ერთხელ	26	32.5	32.5	71.3
	არ ვიცი, მე არ მეხება	23	28.7	28.7	100.0
	სულ:	80	100.0	100.0	

ცხრილი 37 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) ხარისხის მართვის სისტემის სტანდარტებთან შესაბამისობის არსებობასთან დაკავშირებით

სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგულია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	64	80.0	80.0	80.0
	არა	3	3.8	3.8	83.8
	არ ვიცი, მე არ მეხება	13	16.3	16.3	100.0
	სულ:	80	100.0	100.0	

ცხრილი 38 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის (ხარისხის შიდა აუდიტის) ჩატარებასთან დაკავშირებით

სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (ხარისხის შიდა აუდიტი)?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	70	87.5	87.5	87.5
	არა	3	3.8	3.8	91.3
	არ ვიცი, მე არ მეხება	7	8.8	8.8	100.0
	სულ:	80	100.0	100.0	

ცხრილი 39 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის (ხარისხის შიდა აუდიტის) სიხშირესთან დაკავშირებით

სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (ხარისხის შიდა აუდიტი)?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	6 თვეში ერთხელ	44	55.0	55.0	55.0
	წელიწადში ერთხელ	15	18.8	18.8	73.8
	საერთოდ არ ტარდება	1	1.3	1.3	75.0
	არ ვიცი, მე არ მეხება	20	25.0	25.0	100.0
	სულ:	80	100.0	100.0	

ცხრილი 40 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა გათვითცნობიერებულობა დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის მიხედვით) ხარისხის გუნდის წევრების ვინაობასთან დაკავშირებით

იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	53	66.3	66.3	66.3
	არა	18	22.5	22.5	88.8
	არ ვიცი, მე არ მეხება	9	11.3	11.3	100.0
	სულ:	80	100.0	100.0	

ცხრილი 41 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში

რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	აქტიურად ვარ ჩართული	22	27.5	27.5	27.5
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	6	7.5	7.5	35.0
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალებს	31	38.8	38.8	73.8
	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	21	26.3	26.3	100.0
	სულ:	80	100.0	100.0	

ცხრილი 42 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილის შესაბამისად) პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობის შესახებ

სამედიცინო ცენტრში ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	48	60.0	60.8	60.8
	არა	6	7.5	7.6	68.4
	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	25	31.3	31.6	100.0
	სულ:	79	98.8	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		1	1.3		
სულ:		80	100.0		

ცხრილი 43 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა შეფასება დადგენილი სტანდარტების სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ზეგავლენის შესახებ

თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	ძალიან უარყოფითი	6	7.5	7.8	7.8
	უარყოფითი	3	3.8	3.9	11.7
	არც უარყოფითი, არც დადებითი	28	35.0	36.4	48.1
	დადებითი	23	28.7	29.9	77.9
	ძალიან დადებითი	17	21.3	22.1	100.0
	სულ:	77	96.3	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		3	3.8		
სულ:		80	100.0		

ცხრილი 44 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა შეფასება საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით

შეფასეთ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	ძალიან დაბალი	9	11.3	11.7	11.7
	დაბალი	5	6.3	6.5	18.2
	საშუალო	35	43.8	45.5	63.6
	მაღალი	20	25.0	26.0	89.6
	ძალიან მაღალი	8	10.0	10.4	100.0
	სულ:	77	96.3	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		3	3.8		
სულ:		80	100.0		

ცხრილი 45 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა მიერ არსებული ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მოთხოვნებთან შესაბამისობის შეფასება

თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	25	31.3	31.3	31.3
	არა	29	36.3	36.3	67.5
	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	26	32.5	32.5	100.0
	სულ:	80	100.0	100.0	

ცხრილი 46 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა შეფასება საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირებასთან დაკავშირებით

თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	70	87.5	87.5	87.5
	არა	3	3.8	3.8	91.3
	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	7	8.8	8.8	100.0
	სულ:	80	100.0	100.0	

ცხრილი 47 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა შეფასება სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენაზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებით

თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მაღალ დონეს?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	38	47.5	48.1	48.1
	არა	10	12.5	12.7	60.8
	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	31	38.8	39.2	100.0
	სულ:	79	98.8	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		1	1.3		
სულ:		80	100.0		

ცხრილი 48 - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა მზაობა და სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობის სურვილთა დაკავშირებით

გაქვთ თუ არა სურვილი, მონაწილეობა მიიღოთ ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში?					
		სიხშირე	%	დასაშვები %	კუმულაციური %
დაშვებულია	დიახ	38	47.5	48.1	48.1
	არა	28	35.0	35.4	83.5
	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	13	16.3	16.5	100.0
	სულ:	79	98.8	100.0	
გამოტოვებული პასუხი:		1	1.3		
სულ:		80	100.0		

ცხრილი 49 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მონიტორინგის ჩატარებასთან დაკავშირებით

			სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მე არ მეხება	
სამსახურეობრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	315	14	112	441
		მოსალოდნელი შედეგი	285,7	16,9	138,4	441,0
		%	71,4%	3,2%	25,4%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	69	5	65	139
		მოსალოდნელი შედეგი	90,0	5,3	43,6	139,0
		%	49,6%	3,6%	46,8%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	258	19	134	411
		მოსალოდნელი შედეგი	266,3	15,8	129,0	411,0
		%	62,8%	4,6%	32,6%	100,0%
სულ:		შედეგი	642	38	311	991
		მოსალოდნელი შედეგი	642,0	38,0	311,0	991,0
		%	64,8%	3,8%	31,4%	100,0%

ცხრილი 50 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V - კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურეობრივი პოზიცია - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის ჩატარებასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	25.077 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	24,375	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	6,570	1	0,010
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	991		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (00,0%) საგარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური საგარაუდო რიცხვი უდრის 5,33			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,112	0,159	0,000	991

ცხრილი 51 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის ჩატარების სიხშირესთან დაკავშირებით

			სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების გარე მონიტორინგი?				სულ:
			6 თვეში ერთხელ	წელიწადში ერთხელ	საერთოდ არ ტარდება	არ ვიცი, მე არ მეხება	
მრუთითეთ სამსახურეობრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	173	110	19	137	439
		მოსალოდნელი შედეგი	159,0	85,2	22,5	172,2	439,0
		%	39,4%	25,1%	4,3%	31,2%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	50	14	3	74	141
		მოსალოდნელი შედეგი	51,1	27,4	7,2	55,3	141,0
		%	35,5%	9,9%	2,1%	52,5%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	137	69	29	179	414
		მოსალოდნელი შედეგი	149,9	80,4	21,2	162,4	414,0
		%	33,1%	16,7%	7,0%	43,2%	100,0%
სულ:		შედეგი	360	193	51	390	994
		მოსალოდნელი შედეგი	360,0	193,0	51,0	390,0	994,0
		%	36,2%	19,4%	5,1%	39,2%	100,0%

ცხრილი 52 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი - სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის ჩატარების სიხშირესთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	38.785 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	40,028	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	13,411	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	994		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (00,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 7,23			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,140	0,198	0,000	994

ცხრილი 53 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში არსებული ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ

			სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მე არ მეხება	
მიუთითეთ სამსახურებრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	309	24	111	444
		მოსალოდნელი შედეგი	275,7	27,5	140,7	444,0
		%	69,6%	5,4%	25,0%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	91	9	41	141
		მოსალოდნელი შედეგი	87,6	8,7	44,7	141,0
		%	64,5%	6,4%	29,1%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	221	29	165	415
		მოსალოდნელი შედეგი	257,7	25,7	131,6	415,0
		%	53,3%	7,0%	39,8%	100,0%
სულ:	შედეგი	621	62	317	1000	
	მოსალოდნელი შედეგი	621,0	62,0	317,0	1000,0	
	%	62,1%	6,2%	31,7%	100,0%	

ცხრილი 54 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში არსებული ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	25.353 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	25,335	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	24,420	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	1000		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (00,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 8,74			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,113	0,159	0,000	1000

ცხრილი 55 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის გუნდის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის ჩატარების შესახებ

		სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?			სულ:	
		დიახ	არა	არ ვიცი, მე არ მეხება		
მიუთითეთ სამსახურებრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	375	34	35	444
		მოსალოდნელი შედეგი	326,7	32,9	84,4	444,0
		%	84,5%	7,7%	7,9%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	102	6	33	141
		მოსალოდნელი შედეგი	103,7	10,4	26,8	141,0
		%	72,3%	4,3%	23,4%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	258	34	122	414
		მოსალოდნელი შედეგი	304,6	30,7	78,7	414,0
		%	62,3%	8,2%	29,5%	100,0%
სულ:		შედეგი	735	74	190	999
		მოსალოდნელი შედეგი	735,0	74,0	190,0	999,0
		%	73,6%	7,4%	19,0%	100,0%

ცხრილი 56 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის გუნდის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის ჩატარების შესახებ

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	70.745 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	75,883	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	65,311	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	999		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (00,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 10,44			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,188	0,266	0,000	999

ცხრილი 57 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის ჩატარების სიხშირესთან დაკავშირებით

			სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (ხარისხის შიდა აუდიტი)?				სულ:
			6 თვეში ერთხელ	წელიწადში ერთხელ	საერთოდ არ ტარდება	არ ვიცი, მე არ მეხება	
მიუთითეთ სამსახურებრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	280	83	30	48	441
		მოსალოდნელი შედეგი	228,9	80,7	28,0	103,4	441,0
		%	63,5%	18,8%	6,8%	10,9%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	79	19	4	38	140
		მოსალოდნელი შედეგი	72,7	25,6	8,9	32,8	140,0
		%	56,4%	13,6%	2,9%	27,1%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	157	80	29	147	413
		მოსალოდნელი შედეგი	214,4	75,6	26,2	96,8	413,0
		%	38,0%	19,4%	7,0%	35,6%	100,0%
სულ:		შედეგი	516	182	63	233	994
		მოსალოდნელი შედეგი	516,0	182,0	63,0	233,0	994,0
		%	51,9%	18,3%	6,3%	23,4%	100,0%

ცხრილი 58 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის ჩატარების სიხშირესთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	88.973 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	94,430	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	79,062	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	994		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (00,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 8,87			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,212	0,299	0,000	994

ცხრილი 59 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის გუნდის წევრების ვინაობასთან დაკავშირებით

			იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მე არ მეხება	
მიუთითეთ სამსახურებრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	329	61	47	437
		მოსალოდნელი შედეგი	249,3	104,0	83,7	437,0
		%	75,3%	14,0%	10,8%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	83	32	25	140
		მოსალოდნელი შედეგი	79,9	33,3	26,8	140,0
		%	59,3%	22,9%	17,9%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	151	142	117	410
		მოსალოდნელი შედეგი	233,9	97,6	78,5	410,0
		%	36,8%	34,6%	28,5%	100,0%
სულ:		შედეგი	563	235	189	987
		მოსალოდნელი შედეგი	563,0	235,0	189,0	987,0
		%	57,0%	23,8%	19,1%	100,0%

ცხრილი 60 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის გუნდის წევრების ვინაობასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	128.099 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	131,197	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	107,933	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	987		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (00,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 26,81			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,255	0,360	0,000	987

ცხრილი 61 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში

			რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში?				სულ:
			საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალებს	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	აქტიურად ვარ ჩართული	
მეუთითეთ სამსახურებრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	69	194	53	123	439
		მოსალოდნელი შედეგი	127,3	185,7	42,3	83,7	439,0
		%	15,7%	44,2%	12,1%	28,0%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	48	63	10	20	141
		მოსალოდნელი შედეგი	40,9	59,6	13,6	26,9	141,0
		%	34,0%	44,7%	7,1%	14,2%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	169	160	32	45	406
		მოსალოდნელი შედეგი	117,8	171,7	39,1	77,4	406,0
		%	41,6%	39,4%	7,9%	11,1%	100,0%
სულ:	შედეგი	286	417	95	188	986	
	მოსალოდნელი შედეგი	286,0	417,0	95,0	188,0	986,0	
	%	29,0%	42,3%	9,6%	19,1%	100,0%	

ცხრილი 62 - კრიტერიუმში Chi-კვადრატი: სამსახურეობრივი პოზიცია / სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	90.343 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	93,234	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	77,939	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	986		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (00,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 13,59			

ცხრილი 63 - კორელაცია: სამსახურეობრივი პოზიცია / სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში

		მიუთითეთ სამსახურეობრივი პოზიცია	რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?
Spearman's rho	მიუთითეთ სამსახურეობრივი პოზიცია	კორელაციის კოეფიციენტი	.293 ^{**}
		მნიშვნელობა (ორმხრივი)	0,000
		დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	1001
	რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?	კორელაციის კოეფიციენტი	.293 ^{**}
		მნიშვნელობა (ორმხრივი)	0,000
		დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	986

** კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე (ორმხრივი)

ცხრილი 64 - დისპერსიული ანალიზი: სამსახურებრივი პოზიცია / სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში

	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F	სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი
ჯგუფებს შორის	91,259	2	45,630	44,541	0,000
ჯგუფებში	1007,030	983	1,024		
სულ:	1098,289	985			

ცხრილი 65 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობის შესახებ

			სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	
მიუთითეთ სამსახურებრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	244	104	91	439
		მოსალოდნელი შედეგი	206,9	90,4	141,8	439,0
		%	55,6%	23,7%	20,7%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	82	13	46	141
		მოსალოდნელი შედეგი	66,4	29,0	45,5	141,0
		%	58,2%	9,2%	32,6%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	141	87	183	411
		მოსალოდნელი შედეგი	193,7	84,6	132,7	411,0
		%	34,3%	21,2%	44,5%	100,0%
სულ:	შედეგი	467	204	320	991	
	მოსალოდნელი შედეგი	467,0	204,0	320,0	991,0	
	%	47,1%	20,6%	32,3%	100,0%	

ცხრილი 66 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი - სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობის შესახებ

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	72.835 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	76,582	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	55,490	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	991		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (00,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 29,03			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,192	0,271	0,000	991

ცხრილი 67 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურებრივი პოზიციისა და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით

			თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე?					სულ:
			ძალიან უარყოფითი	უარყოფითი	არც უარყოფითი, არც დადებითი	დადებითი	ძალიან დადებითი	
მიუთითეთ სამსახურებრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	12	18	129	196	83	438
		მოსალოდნელი შედეგი	17,1	25,2	150,5	165,8	79,3	438,0
		%	2,7%	4,1%	29,5%	44,7%	18,9%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	7	7	54	52	19	139
		მოსალოდნელი შედეგი	5,4	8,0	47,8	52,6	25,2	139,0
		%	5,0%	5,0%	38,8%	37,4%	13,7%	100,0%
	ექთანო	შედეგი	19	31	151	120	74	395
		მოსალოდნელი შედეგი	15,4	22,8	135,7	149,5	71,5	395,0
		%	4,8%	7,8%	38,2%	30,4%	18,7%	100,0%
სულ:	შედეგი	38	56	334	368	176	972	
	მოსალოდნელი შედეგი	38,0	56,0	334,0	368,0	176,0	972,0	
	%	3,9%	5,8%	34,4%	37,9%	18,1%	100,0%	

ცხრილი 68 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი: სამსახურეობრივი პოზიციისა და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	26.701 ^a	8	0,001
ალბათობათა თანაფარდობა	27,042	8	0,001
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	11,405	1	0,001
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	972		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (00,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 5,43			

ცხრილი 69 - Spearman's rho კორელაცია: სამსახურეობრივი პოზიცია / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით

		მიუთითეთ სამსახურეობრივი პოზიცია	თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე?
Spearman's rho	მიუთითეთ სამსახურეობრივი პოზიცია	კორელაციის კოეფიციენტი	1,000
		მნიშვნელობა (ორმხრივი)	0,000
		დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	1001
	თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე?	კორელაციის კოეფიციენტი	-.113**
		მნიშვნელობა (ორმხრივი)	0,000
		დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	972

** კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე (ორმხრივი)

ცხრილი 70 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის მიერ ჯანდაცვის სისტემის შეფასება

			თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	
მიუთითეთ სამსახურეობრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	148	202	94	444
		მოსალოდნელი შედეგი	157,6	168,3	118,0	444,0
		%	33,3%	45,5%	21,2%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	43	62	36	141
		მოსალოდნელი შედეგი	50,1	53,5	37,5	141,0
		%	30,5%	44,0%	25,5%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	163	114	135	412
		მოსალოდნელი შედეგი	146,3	156,2	109,5	412,0
		%	39,6%	27,7%	32,8%	100,0%
სულ:		შედეგი	354	378	265	997
		მოსალოდნელი შედეგი	354,0	378,0	265,0	997,0
		%	35,5%	37,9%	26,6%	100,0%

ცხრილი 71 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის მიერ ჯანდაცვის სისტემის შეფასება

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	33.875 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	34,544	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	1,021	1	0,312
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	997		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (00,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 37,48			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,130	0,184	0,000	997

ცხრილი 72 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის ზეგავლენასთან დაკავშირებით

		თქვენი აზრით სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ დონეს?				სულ:
		დიახ	არა	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა		
მიუთითეთ სამსახურებრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	157	112	175	444
		მოსალოდნელი შედეგი	178,4	90,3	175,3	444,0
		%	35,4%	25,2%	39,4%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	57	31	53	141
		მოსალოდნელი შედეგი	56,7	28,7	55,7	141,0
		%	40,4%	22,0%	37,6%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	187	60	166	413
		მოსალოდნელი შედეგი	165,9	84,0	163,0	413,0
		%	45,3%	14,5%	40,2%	100,0%
სულ:		შედეგი	401	203	394	998
		მოსალოდნელი შედეგი	401,0	203,0	394,0	998,0
		%	40,2%	20,3%	39,5%	100,0%

ცხრილი 73 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის ზეგავლენასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	17.678 ^a	4	0,001
ალბათობათა თანაფარდობა	18,072	4	0,001
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	2,253	1	0,133
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	998		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (00,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 28,68			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,094	0,133	0,001	998

ცხრილი 74 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის შესახებ

			იცნობთ თუ არა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას?				სულ:
			საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	არა	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	დიახ	
მიუთითეთ სამსახურეობრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	7	15	177	245	444
		მოსალოდნელი შედეგი	5,8	48,7	179,6	209,9	444,0
		%	1,6%	3,4%	39,9%	55,2%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	4	22	57	57	140
		მოსალოდნელი შედეგი	1,8	15,4	56,6	66,2	140,0
		%	2,9%	15,7%	40,7%	40,7%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	2	72	168	168	410
		მოსალოდნელი შედეგი	5,4	45,0	165,8	193,9	410,0
		%	0,5%	17,6%	41,0%	41,0%	100,0%
სულ:		შედეგი	13	109	402	470	994
		მოსალოდნელი შედეგი	13,0	109,0	402,0	470,0	994,0
		%	1,3%	11,0%	40,4%	47,3%	100,0%

ცხრილი 75 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურეობრივი პოზიცია / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის შესახებ

კრიტერიუმი Chi-კვადრატი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	58.025 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	63,820	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	28,464	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	994		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 1 (8,3%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 1,83			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,171	0,242	0,000	994

ცხრილი 76 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა აჭარის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით

			იცნობთ თუ არა აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებს, თქვენი საქმიანობის რეგულირებასთან დაკავშირებით?				სულ:
			საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	არა	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	დიახ	
მიუთითეთ სამსახურეობრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	2	17	82	344	445
		მოსალოდნელი შედეგი	3,1	39,4	111,4	291,2	445,0
		%	0,4%	3,8%	18,4%	77,3%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	2	18	49	72	141
		მოსალოდნელი შედეგი	1,0	12,5	35,3	92,3	141,0
		%	1,4%	12,8%	34,8%	51,1%	100,0%
	ექთან	შედეგი	3	53	118	235	409
		მოსალოდნელი შედეგი	2,9	36,2	102,4	267,6	409,0
		%	0,7%	13,0%	28,9%	57,5%	100,0%
სულ:	შედეგი	7	88	249	651	995	
	მოსალოდნელი შედეგი	7,0	88,0	249,0	651,0	995,0	
	%	0,7%	8,8%	25,0%	65,4%	100,0%	

ცხრილი 77 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა აჭარის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით

კრიტერიუმი Chi-კვადრატი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	57.892 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	59,996	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	40,601	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	995		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 3 (25,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 0,99			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,171	0,241	0,000	995

ცხრილი 78 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან/ინსტრუქციებთან დაკავშირებით

			იგნობთ თუ არა თქვენი საქმიანობის მარეგულირებელ, სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებს/ინსტრუქციებს?				სულ:
			საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	არა	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	დიახ	
მიუთითეთ სამსახურეობრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	4	7	52	380	443
		მოსალოდნელი შედეგი	4,9	17,0	78,2	342,9	443,0
		%	0,9%	1,6%	11,7%	85,8%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	4	3	32	101	140
		მოსალოდნელი შედეგი	1,6	5,4	24,7	108,4	140,0
		%	2,9%	2,1%	22,9%	72,1%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	3	28	91	286	408
		მოსალოდნელი შედეგი	4,5	15,6	72,0	315,8	408,0
		%	0,7%	6,9%	22,3%	70,1%	100,0%
სულ:		შედეგი	11	38	175	767	991
		მოსალოდნელი შედეგი	11,0	38,0	175,0	767,0	991,0
		%	1,1%	3,8%	17,7%	77,4%	100,0%

ცხრილი 79 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან/ინსტრუქციებთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	44.461 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	43,970	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	26,198	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	991		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 3 (25,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 1,55			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,150	0,212	0,000	991

ცხრილი 80 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ

			გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ?				სულ:
			საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	არა	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	დიახ	
მიუთითეთ სამსახურეობრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	13	45	141	244	443
		მოსალოდნელი შედეგი	15,7	84,8	157,1	185,4	443,0
		%	2,9%	10,2%	31,8%	55,1%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	7	35	54	44	140
		მოსალოდნელი შედეგი	5,0	26,8	49,6	58,6	140,0
		%	5,0%	25,0%	38,6%	31,4%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	15	109	155	125	404
		მოსალოდნელი შედეგი	14,3	77,4	143,3	169,0	404,0
		%	3,7%	27,0%	38,4%	30,9%	100,0%
სულ:		შედეგი	35	189	350	413	987
		მოსალოდნელი შედეგი	35,0	189,0	350,0	413,0	987,0
		%	3,5%	19,1%	35,5%	41,8%	100,0%

ცხრილი 81 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	72.121 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	74,085	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	53,165	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	987		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 1 (8,3%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 4,96			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,191	0,270	0,000	987

ცხრილი 82 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებთან დაკავშირებით

			იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?				სულ:
			საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	არა	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	დიახ	
მიუთითეთ სამსახურეობრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	50	62	151	181	444
		მოსალოდნელი შედეგი	39,4	101,7	158,2	144,7	444,0
		%	11,3%	14,0%	34,0%	40,8%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	13	45	48	33	139
		მოსალოდნელი შედეგი	12,3	31,8	49,5	45,3	139,0
		%	9,4%	32,4%	34,5%	23,7%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	25	120	154	109	408
		მოსალოდნელი შედეგი	36,2	93,5	145,3	133,0	408,0
		%	6,1%	29,4%	37,7%	26,7%	100,0%
სულ:		შედეგი	88	227	353	323	991
		მოსალოდნელი შედეგი	88,0	227,0	353,0	323,0	991,0
		%	8,9%	22,9%	35,6%	32,6%	100,0%

ცხრილი 83 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	52.481 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	53,925	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	8,932	1	0,003
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	991		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 12,34			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,163	0,230	0,000	991

ცხრილი 84 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირებასთან დაკავშირებით

			თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	
მიუთითეთ სამსახურეობრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	399	13	31	443
		მოსალოდნელი შედეგი	370,6	19,1	53,3	443,0
		%	90,1%	2,9%	7,0%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	124	10	7	141
		მოსალოდნელი შედეგი	117,9	6,1	17,0	141,0
		%	87,9%	7,1%	5,0%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	311	20	82	413
		მოსალოდნელი შედეგი	345,5	17,8	49,7	413,0
		%	75,3%	4,8%	19,9%	100,0%
სულ:		შედეგი	834	43	120	997
		მოსალოდნელი შედეგი	834,0	43,0	120,0	997,0
		%	83,7%	4,3%	12,0%	100,0%

ცხრილი 85 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურეობრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა აჭარის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	46.855 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	46,627	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	36,337	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	997		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 6,08			
კორელაციის კოეფიციენტი			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,153	0,217	0,000	997

ცხრილი 86 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობასთან დაკავშირებით

			გაქვთ თუ არა სურვილი, მონაწილეობა მიიღოთ ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	
მიუთითეთ სამსახურებრივი პოზიცია	ექიმი	შედეგი	223	143	78	444
		მოსალოდნელი შედეგი	183,1	163,6	97,3	444,0
		%	50,2%	32,2%	17,6%	100,0%
	უმცროსი ექიმი	შედეგი	68	55	18	141
		მოსალოდნელი შედეგი	58,2	51,9	30,9	141,0
		%	48,2%	39,0%	12,8%	100,0%
	ექთანი	შედეგი	121	170	123	414
		მოსალოდნელი შედეგი	170,7	152,5	90,8	414,0
		%	29,2%	41,1%	29,7%	100,0%
სულ		შედეგი	412	368	219	999
		მოსალოდნელი შედეგი	412,0	368,0	219,0	999,0
		%	41,2%	36,8%	21,9%	100,0%

ცხრილი 87 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამსახურებრივი პოზიცია და სამედიცინო პერსონალის სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	50.306 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	51,433	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	39,104	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	999		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 30,91			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,159	0,224	0,000	999

ცხრილი 88 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის ჩატარებასთან დაკავშირებით

			სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მე არ მეხება	
სამუშაო ადგილი	ვმუშაობ მხოლოდ ამბულატორიაში	შედეგი	188	8	59	255
		მოსალოდნელი შედეგი	164,2	9,7	81,2	255,0
		%	73,7%	3,1%	23,1%	100,0%
	ვმუშაობ მხოლოდ სტაციონარში	შედეგი	257	17	161	435
		მოსალოდნელი შედეგი	280,0	16,5	138,4	435,0
		%	59,1%	3,9%	37,0%	100,0%
	ვმუშაობ როგორც ამბულატორიაში, ასევე სტაციონარში	შედეგი	182	12	90	284
		მოსალოდნელი შედეგი	182,8	10,8	90,4	284,0
		%	64,1%	4,2%	31,7%	100,0%
სულ:		შედეგი	627	37	310	974
		მოსალოდნელი შედეგი	627,0	37,0	310,0	974,0
		%	64,4%	3,8%	31,8%	100,0%

ცხრილი 89 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის ჩატარებასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	15.530 ^a	4	0,004
ალბათობათა თანაფარდობა	15,898	4	0,003
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	4,676	1	0,031
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	974		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 3 (25,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 0,99			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,089	0,126	0,004	974

ცხრილი 90 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილი მიხედვით) ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ

			სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგულია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მე არ მეხება	
სამუშაო ადგილი	ვმუშაობ მხოლოდ ამბულატორიაში	შედეგი	132	32	92	256
		მოსალოდნელი შედეგი	158,6	15,7	81,8	256,0
		%	51,6%	12,5%	35,9%	100,0%
	ვმუშაობ მხოლოდ სტაციონარში	შედეგი	278	12	147	437
		მოსალოდნელი შედეგი	270,7	26,8	139,6	437,0
		%	63,6%	2,7%	33,6%	100,0%
	ვმუშაობ როგორც ამბულატორიაში, ასევე სტაციონარში	შედეგი	197	16	74	287
		მოსალოდნელი შედეგი	177,8	17,6	91,7	287,0
		%	68,6%	5,6%	25,8%	100,0%
სულ:		შედეგი	607	60	313	980
		მოსალოდნელი შედეგი	607,0	60,0	313,0	980,0
		%	61,9%	6,1%	31,9%	100,0%

ცხრილი 91 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში (სამუშაო ადგილი მიხედვით) ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	37.095 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	35,634	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	11,795	1	0,001
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	980		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 15,67			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,138	0,195	0,000	980

ცხრილი 92 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტის ჩატარებასთან დაკავშირებით

		სამედ. დაწ-ში ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების შიდა აუდიტი?			სულ:	
		დიახ	არა	არ ვიცი, მე არ მეხება		
სამუშაო ადგილი	ვმუშაობ მხოლოდ ამბულატორიაში	შედეგი	175	48	32	255
		მოსალოდნელი შედეგი	187,8	18,8	48,4	255,0
		%	68,6%	18,8%	12,5%	100,0%
	ვმუშაობ მხოლოდ სტაციონარში	შედეგი	319	12	106	437
		მოსალოდნელი შედეგი	321,8	32,1	83,0	437,0
		%	73,0%	2,7%	24,3%	100,0%
	ვმუშაობ როგორც ამბულატორიაში, ასევე სტაციონარში	შედეგი	227	12	48	287
		მოსალოდნელი შედეგი	211,4	21,1	54,5	287,0
		%	79,1%	4,2%	16,7%	100,0%
სულ:		შედეგი	721	72	186	979
		მოსალოდნელი შედეგი	721,0	72,0	186,0	979,0
		%	73,6%	7,4%	19,0%	100,0%

ცხრილი 93 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V - სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტის ჩატარებასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	76.934 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	68,077	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	1,008	1	0,315
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	979		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 18,75			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,198	0,280	0,000	979

ცხრილი 94 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ხარისხის შიდა აუდიტის განმახორციელებელ პირთა ვინაობასთან დაკავშირებით

			იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც აუდიტის განმახორციელებელ პირებს?			სულ
			დიახ	არა	არ ვიცი, მე არ მეხება	
სამუშაო ადგილი	ვმუშაობ მხოლოდ ამბულატორიაში	შედეგი	141	65	44	250
		მოსალოდნელი შედეგი	143,2	58,9	47,8	250,0
		%	56,4%	26,0%	17,6%	100,0%
	ვმუშაობ მხოლოდ სტაციონარში	შედეგი	217	128	89	434
		მოსალოდნელი შედეგი	248,6	102,3	83,0	434,0
		%	50,0%	29,5%	20,5%	100,0%
	ვმუშაობ როგორც ამბულატორიაში, ასევე სტაციონარში	შედეგი	196	35	52	283
		მოსალოდნელი შედეგი	162,1	66,7	54,1	283,0
		%	69,3%	12,4%	18,4%	100,0%
სულ:		შედეგი	554	228	185	967
		მოსალოდნელი შედეგი	554,0	228,0	185,0	967,0
		%	57,3%	23,6%	19,1%	100,0%

ცხრილი 95 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი - სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ხარისხის შიდა აუდიტის განმახორციელებელ პირთა ვინაობასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	34.103 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	36,539	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	3,594	1	0,058
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	967		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 47,83			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,133	0,188	0,000	967

ცხრილი 96 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო ცენტრში პაციენტთა საჩივრების კომისიის ფუნქციონირებასთან დაკავშირებით

			სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	
სამუშაო ადგილი	ვმუშაობ მხოლოდ ამბულატორიაში	შედეგი	74	117	60	251
		მოსალოდნელი შედეგი	119,2	51,2	80,7	251,0
		%	29,5%	46,6%	23,9%	100,0%
	ვმუშაობ მხოლოდ სტაციონარში	შედეგი	220	41	174	435
		მოსალოდნელი შედეგი	206,5	88,7	139,8	435,0
		%	50,6%	9,4%	40,0%	100,0%
	ვმუშაობ როგორც ამბულატორიაში, ასევე სტაციონარში	შედეგი	167	40	78	285
		მოსალოდნელი შედეგი	135,3	58,1	91,6	285,0
		%	58,6%	14,0%	27,4%	100,0%
სულ:		შედეგი	461	198	312	971
		მოსალოდნელი შედეგი	461,0	198,0	312,0	971,0
		%	47,5%	20,4%	32,1%	100,0%

ცხრილი 97 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი - სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო ცენტრში პაციენტთა საჩივრების კომისიის ფუნქციონირებასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	157.041 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	143,581	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	11,774	1	0,001
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	971		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 51,18			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,284	0,402	0,000	971

ცხრილი 98 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი / ჯანდაცვის სისტემის შეფასება

			თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	
სამუშაო ადგილი	ვმუშაობ მხოლოდ ამბულატორიაში	შედეგი	89	83	83	255
		მოსალოდნელი შედეგი	90,3	96,6	68,1	255,0
		%	34,9%	32,5%	32,5%	100,0%
	ვმუშაობ მხოლოდ სტაციონარში	შედეგი	186	152	97	435
		მოსალოდნელი შედეგი	154,1	164,7	116,2	435,0
		%	42,8%	34,9%	22,3%	100,0%
	ვმუშაობ როგორც ამბულატორიაში, ასევე სტაციონარში	შედეგი	71	135	81	287
		მოსალოდნელი შედეგი	101,6	108,7	76,7	287,0
		%	24,7%	47,0%	28,2%	100,0%
სულ:		შედეგი	346	370	261	977
		მოსალოდნელი შედეგი	346,0	370,0	261,0	977,0
		%	35,4%	37,9%	26,7%	100,0%

ცხრილი 99 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი - სამუშაო ადგილი / ჯანდაცვის სისტემის შეფასება

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	31.810 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	32,130	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	1,062	1	0,303
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	977		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 68,12			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,128	0,180	0,000	977

ცხრილი 100 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირებასთან დაკავშირებით

		თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება?				სულ:
		დიახ	არა	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა		
სამუშაო ადგილი	ემუშაობ მხოლოდ ამბულატორიაში	შედეგი	194	18	43	255
		მოსალოდნელი შედეგი	213,8	10,4	30,8	255,0
		%	76,1%	7,1%	16,9%	100,0%
	ემუშაობ მხოლოდ სტაციონარში	შედეგი	367	14	55	436
		მოსალოდნელი შედეგი	365,5	17,9	52,7	436,0
		%	84,2%	3,2%	12,6%	100,0%
	ემუშაობ როგორც ამბულატორიაში, ასევე სტაციონარში	შედეგი	258	8	20	286
		მოსალოდნელი შედეგი	239,7	11,7	34,5	286,0
		%	90,2%	2,8%	7,0%	100,0%
სულ:		შედეგი	819	40	118	977
		მოსალოდნელი შედეგი	819,0	40,0	118,0	977,0
		%	83,8%	4,1%	12,1%	100,0%

ცხრილი 101 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამუშაო ადგილი და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირებასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	21.763 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	21,586	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	17,462	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	977		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 10,44			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,106	0,149	0,000	977

ცხრილი 102 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტი / აუდიტის ჩატარების სიხშირე

			რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (ხარისხის შიდა აუდიტი)?				სულ:
			არ ვიცი, მე არ მეხება	საერთოდ არ ტარდება	წელიწადში ერთხელ	6 თვეში ერთხელ	
სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?	არ ვიცი, მე არ მეხება	შედეგი	134	13	18	25	190
		მოსალოდნელი შედეგი	44,5	12,0	34,8	98,6	190,0
		%	70,5%	6,8%	9,5%	13,2%	100,0%
	არა	შედეგი	4	41	20	7	72
		მოსალოდნელი შედეგი	16,9	4,6	13,2	37,4	72,0
		%	5,6%	56,9%	27,8%	9,7%	100,0%
	დიახ	შედეგი	95	9	144	484	732
		მოსალოდნელი შედეგი	171,6	46,4	134,0	380,0	732,0
		%	13,0%	1,2%	19,7%	66,1%	100,0%
სულ:		შედეგი	233	63	182	516	994
		მოსალოდნელი შედეგი	233,0	63,0	182,0	516,0	994,0
		%	23,4%	6,3%	18,3%	51,9%	100,0%

ცხრილი 103 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტი / აუდიტის ჩატარების სიხშირე

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	665.354 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	479,596	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	315,166	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	994		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 1 (8,3%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 4,56			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,579	0,818	0,000	994

ცხრილი 104 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან/ინსტრუქციებთან დაკავშირებით და სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ.

			სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი?			სულ:
			არ ვიცი, მე არ მეხება	არა	დიახ	
იცნობთ თუ არა თქვენი საქმიანობის მარეგულირებელ, სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებს/ ინსტრუქციებს	საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	შედეგი	8	1	2	11
		მოსალოდნელი შედეგი	3,5	0,7	6,8	11,0
		%	72,7%	9,1%	18,2%	100,0%
	არა	შედეგი	22	4	12	38
		მოსალოდნელი შედეგი	12,1	2,3	23,5	38,0
		%	57,9%	10,5%	31,6%	100,0%
	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	შედეგი	77	22	75	174
		მოსალოდნელი შედეგი	55,5	10,7	107,7	174,0
		%	44,3%	12,6%	43,1%	100,0%
	დიახ	შედეგი	209	34	524	767
		მოსალოდნელი შედეგი	244,8	47,3	474,9	767,0
		%	27,2%	4,4%	68,3%	100,0%
სულ:	შედეგი	316	61	613	990	
	მოსალოდნელი შედეგი	316,0	61,0	613,0	990,0	
	%	31,9%	6,2%	61,9%	100,0%	

ცხრილი 105 – Cramer's V-ს კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან/ინსტრუქციებთან დაკავშირებით / სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	68.287 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	65,533	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	44,663	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	990		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 3 (25,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 0,68			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,186	0,263	0,000	990

ცხრილი 106 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა - სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობა და ხარისხის გუნდის მიერ შიდა აუდიტის ჩატარება

			სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?			სულ:
			არ ვიცი, მე არ მეხება	არა	დიახ	
სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი?	არ ვიცი, მე არ მეხება	შედეგი	168	27	122	317
		მოსალოდნელი შედეგი	60,4	23,2	233,5	317,0
		%	53,0%	8,5%	38,5%	100,0%
	არა	შედეგი	5	35	22	62
		მოსალოდნელი შედეგი	11,8	4,5	45,7	62,0
		%	8,1%	56,5%	35,5%	100,0%
	დიახ	შედეგი	17	11	591	619
		მოსალოდნელი შედეგი	117,8	45,3	455,9	619,0
		%	2,7%	1,8%	95,5%	100,0%
სულ:		შედეგი	190	73	735	998
		მოსალოდნელი შედეგი	190,0	73,0	735,0	998,0
		%	19,0%	7,3%	73,6%	100,0%

ცხრილი 107 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა: სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობა და ხარისხის გუნდის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტის ჩატარება

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	618.993 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	506,067	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	389,657	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	998		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 1 (11,1%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 4,54			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,557	0,788	0,000	998

ცხრილი 108 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა გათვითცნობიერებულობა დაწესებულებაში დანერგილი ხარისხის მართვის სისტემის არსებობასა და საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობასთან დაკავშირებით

			სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	
სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი?	არ ვიცი, მე არ მეხება	შედეგი	72	80	162	314
		მოსალოდნელი შედეგი	148,1	64,4	101,5	314,0
		%	22,9%	25,5%	51,6%	100,0%
	არა	შედეგი	7	48	7	62
		მოსალოდნელი შედეგი	29,2	12,7	20,0	62,0
		%	11,3%	77,4%	11,3%	100,0%
	დიახ	შედეგი	388	75	151	614
		მოსალოდნელი შედეგი	289,6	125,9	198,5	614,0
		%	63,2%	12,2%	24,6%	100,0%
სულ:		შედეგი	467	203	320	990
		მოსალოდნელი შედეგი	467,0	203,0	320,0	990,0
		%	47,2%	20,5%	32,3%	100,0%

ცხრილი 109 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა გათვითცნობიერებულობა დაწესებულებაში დანერგილი ხარისხის მართვის სისტემის არსებობასა და საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (2-მხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	267.662 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	241,808	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	123,186	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	990		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 12,71			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,368	0,520	0,000	990

ცხრილი 110 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის შეფასება - ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისობა თანამედროვე მოთხოვნებთან / აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების მაღალ ხარისხზე

			თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ დონეს?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	
თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	შედეგი	80	38	147	265
		მოსალოდნელი შედეგი	106,1	54,1	104,8	265,0
		%	30,2%	14,3%	55,5%	100,0%
	არა	შედეგი	80	129	168	377
		მოსალოდნელი შედეგი	151,0	77,0	149,1	377,0
		%	21,2%	34,2%	44,6%	100,0%
	დიახ	შედეგი	238	36	78	352
		მოსალოდნელი შედეგი	140,9	71,9	139,2	352,0
		%	67,6%	10,2%	22,2%	100,0%
სულ:		შედეგი	398	203	393	994
		მოსალოდნელი შედეგი	398,0	203,0	393,0	994,0
		%	40,0%	20,4%	39,5%	100,0%

ცხრილი 111 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის შეფასება - ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისობა თანამედროვე მოთხოვნებთან / აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების მაღალ ხარისხზე

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	210.771 ^a	4	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	208,532	4	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	105,748	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	994		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 54,12			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,326	0,460	0,000	994

ცხრილი 112 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო შეფასება: სტანდარტების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე / საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე

			შეფასეთ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი					სულ:
			ძალიან დაბალი	დაბალი	საშუალო	მაღალი	ძალიან მაღალი	
თქვენ აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე?	ძალიან უარყოფითი	შედეგი	25	4	4	4	1	38
		მოსალოდნელი შედეგი	2,4	4,8	15,9	11,0	3,9	38,0
		%	65,8%	10,5%	10,5%	3,0%	2,6%	100,0%
	უარყოფითი	შედეგი	14	36	1	5	0	56
		მოსალოდნელი შედეგი	3,5	7,1	23,4	16,2	5,7	56,0
		%	25,0%	64,3%	1,8%	8,9%	0,0%	100,0%
	არც უარყოფითი, არც დადებითი	შედეგი	12	35	244	35	3	329
		მოსალოდნელი შედეგი	20,6	42,0	137,3	95,3	33,7	329,0
		%	3,6%	10,6%	74,2%	10,6%	0,9%	100,0%
	დადებითი	შედეგი	4	44	115	185	15	363
		მოსალოდნელი შედეგი	22,8	46,3	151,5	105,2	37,2	363,0
		%	1,1%	12,1%	31,7%	51,0%	4,1%	100,0%
	ძალიან დადებითი	შედეგი	5	3	35	48	79	170
		მოსალოდნელი შედეგი	10,7	21,7	71,0	49,3	17,4	170,0
		%	2,9%	1,8%	20,6%	28,2%	46,5%	100,0%
სულ:	შედეგი	60	122	399	277	98	956	
	მოსალოდნელი შედეგი	60,0	122,0	399,0	277,0	98,0	956,0	
	%	6,3%	12,8%	41,7%	29,0%	10,3%	100,0%	

ცხრილი 113 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Kendall's tau-b კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო შეფასება: სტანდარტების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე / საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	919.782 ^a	16	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	668,518	16	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	344,806	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	956		
* უჯრათა რიცხვისთვის - 4 (16,0%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 2,38			
კავშირის სიდიდეები			
Kendall's tau-b მნიშვნელობა	ასიმპტოტური სტანდარტული შეცდომა ^a	მიახლოებითი T ^b	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
0,527	0,025	19,832	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:			956

ცხრილი 114 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო შეფასება: სტანდარტების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე / საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე

	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
ჯგუფებს შორის	261,147	2	130,574	191,793	0,000
ჯგუფებში	648,806	953	0,681		
სულ:	909,953	955			

ცხრილი 115 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება - არსებული ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისობა თანამედროვე მოთხოვნებთან დაკავშირებით / საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე

			შეფასეთ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი					სულ
			ძალიან დაბალი	დაბალი	საშუალო	მაღალი	ძალიან მაღალი	
თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	შედეგი	8	26	127	76	19	256
		მოსალოდნელი შედეგი	16,3	33,7	106,8	73,0	26,1	256,0
		%	3,1%	10,2%	49,6%	29,7%	7,4%	100,0%
	არა	შედეგი	45	90	165	58	10	368
		მოსალოდნელი შედეგი	23,5	48,5	153,5	105,0	37,5	368,0
		%	12,2%	24,5%	44,8%	15,8%	2,7%	100,0%
	დიახ	შედეგი	9	12	113	143	70	347
		მოსალოდნელი შედეგი	22,2	45,7	144,7	99,0	35,4	347,0
		%	2,6%	3,5%	32,6%	41,2%	20,2%	100,0%
სულ	შედეგი	62	128	405	277	99	971	
	მოსალოდნელი შედეგი	62,0	128,0	405,0	277,0	99,0	971,0	
	%	6,4%	13,2%	41,7%	28,5%	10,2%	100,0%	

ცხრილი 116 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი: სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება - არსებული ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისობა თანამედროვე მოთხოვნებთან დაკავშირებით / საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	202.262 ^a	8	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	207,833	8	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	41,917	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	971		
* უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 16,35			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,323	0,456	0,000	971

ცხრილი 117 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება - არსებული ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისობა თანამედროვე მოთხოვნებთან დაკავშირებით / საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე

	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
ჯგუფებს შორის	181,772	2	90,886	107,814	0,000
ჯგუფებში	816,014	968	0,843		
სულ:	997,786	970			

ცხრილი 118 - ცვლადთა ჯგერედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ მონიტორინგის ჩატარებასთან დაკავშირებით

		სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?				სულ:
		დიახ	არა	არ ვიცი, მე არ მეხება		
რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში?	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	შედეგი	114	20	148	282
		მოსალოდნელი შედეგი	183,2	10,7	88,1	282,0
		%	40,4%	7,1%	52,5%	100,0%
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალებს	შედეგი	273	9	131	413
		მოსალოდნელი შედეგი	268,3	15,7	129,1	413,0
		%	66,1%	2,2%	31,7%	100,0%
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	შედეგი	78	1	14	93
		მოსალოდნელი შედეგი	60,4	3,5	29,1	93,0
		%	83,9%	1,1%	15,1%	100,0%
	აქტიურად ვარ ჩართული	შედეგი	169	7	12	188
		მოსალოდნელი შედეგი	122,1	7,1	58,8	188,0
		%	89,9%	3,7%	6,4%	100,0%
სულ:	შედეგი	634	37	305	976	
	მოსალოდნელი შედეგი	634,0	37,0	305,0	976,0	
	%	65,0%	3,8%	31,3%	100,0%	

ცხრილი 119 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ მონიტორინგის ჩატარებასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	147.793 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	162,161	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	131,399	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	976		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 1 (8,3%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 3,53			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,275	0,389	0,000	976

ცხრილი 120 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობასთან დაკავშირებით

			სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მე არ მეხება	
რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	შედეგი	140	10	136	286
		მოსალოდნელი შედეგი	178,6	17,4	90,0	286,0
		%	49,0%	3,5%	47,6%	100,0%
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალებს	შედეგი	239	31	147	417
		მოსალოდნელი შედეგი	260,4	25,4	131,2	417,0
		%	57,3%	7,4%	35,3%	100,0%
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	შედეგი	80	8	6	94
		მოსალოდნელი შედეგი	58,7	5,7	29,6	94,0
		%	85,1%	8,5%	6,4%	100,0%
	აქტიურად ვარ ჩართული	შედეგი	156	11	21	188
		მოსალოდნელი შედეგი	117,4	11,5	59,2	188,0
		%	83,0%	5,9%	11,2%	100,0%
სულ:	შედეგი	615	60	310	985	
	მოსალოდნელი შედეგი	615,0	60,0	310,0	985,0	
	%	62,4%	6,1%	31,5%	100,0%	

ცხრილი 121 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	104.655 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	117,922	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	86,461	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	985		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 5,73			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,230	0,326	0,000	985

ცხრილი 122 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტთან დაკავშირებით

			სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?			სულ:
			არ ვიცი, მე არ მეხება	არა	დაახ	
რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	შედეგი	112	16	158	286
		მოსალოდნელი შედეგი	53,8	20,6	211,6	286,0
		%	39,2%	5,6%	55,2%	100,0%
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალეს	შედეგი	57	43	317	417
		მოსალოდნელი შედეგი	78,4	30,1	308,5	417,0
		%	13,7%	10,3%	76,0%	100,0%
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	შედეგი	8	5	82	95
		მოსალოდნელი შედეგი	17,9	6,9	70,3	95,0
		%	8,4%	5,3%	86,3%	100,0%
	აქტიურად ვარ ჩართული	შედეგი	8	7	171	186
		მოსალოდნელი შედეგი	35,0	13,4	137,6	186,0
		%	4,3%	3,8%	91,9%	100,0%
სულ:	შედეგი	185	71	728	984	
	მოსალოდნელი შედეგი	185,0	71,0	728,0	984,0	
	%	18,8%	7,2%	74,0%	100,0%	

ცხრილი 123 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პიროვნის Chi-კვადრატი	129.162 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	126,365	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	94,800	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	984		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 6,85			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,256	0,362	0,000	984

ცხრილი 124 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ხარისხის შიდა მონიტორინგის განმახორციელებელ პირთა ვინაობასთან დაკავშირებით

			იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მე არ მეხება	
რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში?	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	შედეგი	92	97	96	285
		მოსალოდნელი შედეგი	163,6	67,3	54,1	285,0
		%	32,3%	34,0%	33,7%	100,0%
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალებს	შედეგი	241	103	68	412
		მოსალოდნელი შედეგი	236,5	97,3	78,3	412,0
		%	58,5%	25,0%	16,5%	100,0%
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	შედეგი	74	8	11	93
		მოსალოდნელი შედეგი	53,4	22,0	17,7	93,0
		%	79,6%	8,6%	11,8%	100,0%
	აქტიურად ვარ ჩართული	შედეგი	152	22	10	184
		მოსალოდნელი შედეგი	105,6	43,4	34,9	184,0
		%	82,6%	12,0%	5,4%	100,0%
სულ:	შედეგი	559	230	185	974	
	მოსალოდნელი შედეგი	559,0	230,0	185,0	974,0	
	%	57,4%	23,6%	19,0%	100,0%	

ცხრილი 125 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ხარისხის შიდა მონიტორინგის განმახორციელებელ პირთა ვინაობასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	146.714 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	154,385	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	120,290	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	974		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 17,66			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,274	0,388	0,000	974

ცხრილი 126 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობასთან დაკავშირებით

			სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	
რამდენად ხართ ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	შედეგი	99	27	157	283
		მოსალოდნელი შედეგი	134,1	57,1	91,8	283,0
		%	35,0%	9,5%	55,5%	100,0%
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალდებს	შედეგი	179	118	117	414
		მოსალოდნელი შედეგი	196,2	83,5	134,3	414,0
		%	43,2%	28,5%	28,3%	100,0%
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	შედეგი	60	21	14	95
		მოსალოდნელი შედეგი	45,0	19,2	30,8	95,0
		%	63,2%	22,1%	14,7%	100,0%
	აქტიურად ვარ ჩართული	შედეგი	125	31	29	185
		მოსალოდნელი შედეგი	87,7	37,3	60,0	185,0
		%	67,6%	16,8%	15,7%	100,0%
სულ:	შედეგი	463	197	317	977	
	მოსალოდნელი შედეგი	463,0	197,0	317,0	977,0	
	%	47,4%	20,2%	32,4%	100,0%	

ცხრილი 127 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითნობიერებულობა საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	136.653 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	135,676	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	85,798	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	977		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 19,16			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,264	0,374	0,000	977

ცხრილი 128 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის მიერ არსებული ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მოთხოვნებთან შესაბამისობის შეფასება

			თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?			სულ:
			დიახ	არა	არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	
რამდენად ხართ ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	შედეგი	73	121	92	286
		მოსალოდნელი შედეგი	101,9	108,6	75,4	286,0
		%	25,5%	42,3%	32,2%	100,0%
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალეებს	შედეგი	147	153	114	414
		მოსალოდნელი შედეგი	147,6	157,3	109,2	414,0
		%	35,5%	37,0%	27,5%	100,0%
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	შედეგი	42	32	20	94
		მოსალოდნელი შედეგი	33,5	35,7	24,8	94,0
		%	44,7%	34,0%	21,3%	100,0%
	აქტიურად ვარ ჩართული	შედეგი	88	67	33	188
		მოსალოდნელი შედეგი	67,0	71,4	49,6	188,0
		%	46,8%	35,6%	17,6%	100,0%
სულ:	შედეგი	350	373	259	982	
	მოსალოდნელი შედეგი	350,0	373,0	259,0	982,0	
	%	35,6%	38,0%	26,4%	100,0%	

ცხრილი 129 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის მიერ არსებული ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მოთხოვნებთან შესაბამისობის შეფასება

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	29.452 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	30,146	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	26,704	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	982		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 24,79			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,122	0,173	0,000	982

ცხრილი 130 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობასთან დაკავშირებით

			გაქვთ თუ არა სურვილი, მონაწილეობა მიიღოთ ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში?			სულ:
			არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა	არა	დიახ	
რამდენად ხართ ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	შედეგი	58	152	76	286
		მოსალოდნელი შედეგი	61,6	105,5	118,9	286,0
		%	20,3%	53,1%	26,6%	100,0%
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაციას დამავალებს	შედეგი	112	165	139	416
		მოსალოდნელი შედეგი	89,6	153,5	172,9	416,0
		%	26,9%	39,7%	33,4%	100,0%
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	შედეგი	12	14	68	94
		მოსალოდნელი შედეგი	20,3	34,7	39,1	94,0
		%	12,8%	14,9%	72,3%	100,0%
	აქტიურად ვარ ჩართული	შედეგი	30	32	126	188
		მოსალოდნელი შედეგი	40,5	69,4	78,1	188,0
		%	16,0%	17,0%	67,0%	100,0%
სულ:		შედეგი	212	363	409	984
		მოსალოდნელი შედეგი	212,0	363,0	409,0	984,0
		%	21,5%	36,9%	41,6%	100,0%

ცხრილი 131 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	138.532 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	139,411	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	57,460	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	984		
a. უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 20,25			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,265	0,375	0,000	984

ცხრილი 132 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან დაკავშირებით

		იგნობთ თუ არა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას				სულ:	
		საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	არა	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	დიახ		
რამდენად ხართ ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში?	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	შედეგი	1	63	118	104	286
		მოსალოდნელი შედეგი	3,8	31,0	115,7	135,6	286,0
		%	0,3%	22,0%	41,3%	36,4%	100,0%
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალებს	შედეგი	10	31	191	179	411
		მოსალოდნელი შედეგი	5,5	44,5	166,2	194,8	411,0
		%	2,4%	7,5%	46,5%	43,6%	100,0%
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	შედეგი	1	3	37	54	95
		მოსალოდნელი შედეგი	1,3	10,3	38,4	45,0	95,0
		%	1,1%	3,2%	38,9%	56,8%	100,0%
	აქტიურად ვარ ჩართული	შედეგი	1	9	50	127	187
		მოსალოდნელი შედეგი	2,5	20,2	75,6	88,6	187,0
		%	0,5%	4,8%	26,7%	67,9%	100,0%
სულ:		შედეგი	13	106	396	464	979
		მოსალოდნელი შედეგი	13,0	106,0	396,0	464,0	979,0
		%	1,3%	10,8%	40,4%	47,4%	100,0%

ცხრილი 133 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	94.926 ^a	9	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	91,363	9	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	29,425	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	979		
* უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) საგარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური საგარაუდო რიცხვი უდრის 1,26			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,180	0,311	0,000	979

ცხრილი 134 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ

			გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ?				სულ:
			საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	არა	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	დიახ	
რამდენად ხართ ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში?	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	შედეგი	16	108	98	62	284
		მოსალოდნელი შედეგი	9,9	54,1	101,7	118,3	284,0
		%	5,6%	38,0%	34,5%	21,8%	100,0%
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალეებს	შედეგი	16	56	180	156	408
		მოსალოდნელი შედეგი	14,3	77,7	146,1	170,0	408,0
		%	3,9%	13,7%	44,1%	38,2%	100,0%
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	შედეგი	1	6	41	44	92
		მოსალოდნელი შედეგი	3,2	17,5	32,9	38,3	92,0
		%	1,1%	6,5%	44,6%	47,8%	100,0%
	აქტიურად ვარ ჩართული	შედეგი	1	15	29	143	188
		მოსალოდნელი შედეგი	6,6	35,8	67,3	78,3	188,0
		%	0,5%	8,0%	15,4%	76,1%	100,0%
სულ:	შედეგი	34	185	348	405	972	
	მოსალოდნელი შედეგი	34,0	185,0	348,0	405,0	972,0	
	%	3,5%	19,0%	35,8%	41,7%	100,0%	

ცხრილი 135 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	203,666*	9	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	201,144	9	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	87,012	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	972		
* უკრათა რიცხვისთვის - 1 (6,3%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 3,22			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,264	0,458	0,000	972

ცხრილი 136 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ

	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
ჯგუფებს შორის	107,520	3	35,840	58,336	0,000
ჯგუფებში	594,710	968	0,614		
სულ:	702,230	971			

ცხრილი 137 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებთან და პროცედურებთან დაკავშირებით

			იგნობთ თუ არა, სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?				სულ:
			საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	არა	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	დიახ	
რამდენად ხართ ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	შედეგი	27	115	94	48	284
		მოსალოდნელი შედეგი	25,3	65,2	101,6	92,0	284,0
		%	9,5%	40,5%	33,1%	16,9%	100,0%
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალებს	შედეგი	47	86	171	107	411
		მოსალოდნელი შედეგი	36,6	94,3	147,0	133,1	411,0
		%	11,4%	20,9%	41,6%	26,0%	100,0%
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	შედეგი	10	9	41	33	93
		მოსალოდნელი შედეგი	8,3	21,3	33,3	30,1	93,0
		%	10,8%	9,7%	44,1%	35,5%	100,0%
	აქტიურად ვარ ჩართული	შედეგი	3	14	43	128	188
		მოსალოდნელი შედეგი	16,8	43,1	67,2	60,9	188,0
		%	1,6%	7,4%	22,9%	68,1%	100,0%
სულ:	შედეგი	87	224	349	316	976	
	მოსალოდნელი შედეგი	87,0	224,0	349,0	316,0	976,0	
	%	8,9%	23,0%	35,8%	32,4%	100,0%	

ცხრილი 138 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებთან და პროცედურებთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	195.791 ^a	9	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	191,230	9	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	66,668	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	976		
* უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 8,29			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,259	0,448	0,000	976

ცხრილი 139 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტის ჩატარების სიხშირესთან დაკავშირებით

			რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?				სულ:
			არ ვიცი, მე არ მეხება	საერთოდ არ ტარდება	წელიწადში ერთხელ	6 თვეში ერთხელ	
რამდენად ხართ ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში?	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	შედეგი	142	21	22	101	286
		მოსალოდნელი შედეგი	66,7	18,1	52,1	149,1	286,0
		%	49,7%	7,3%	7,7%	35,3%	100,0%
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალებს	შედეგი	71	33	110	202	416
		მოსალოდნელი შედეგი	97,0	26,3	75,8	216,9	416,0
		%	17,1%	7,9%	26,4%	48,6%	100,0%
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	შედეგი	7	3	15	70	95
		მოსალოდნელი შედეგი	22,2	6,0	17,3	49,5	95,0
		%	7,4%	3,2%	15,8%	73,7%	100,0%
	აქტიურად ვარ ჩართული	შედეგი	9	5	32	139	185
		მოსალოდნელი შედეგი	43,1	11,7	33,7	96,5	185,0
		%	4,9%	2,7%	17,3%	75,1%	100,0%
სულ:		შედეგი	229	62	179	512	982
		მოსალოდნელი შედეგი	229,0	62,0	179,0	512,0	982,0
		%	23,3%	6,3%	18,2%	52,1%	100,0%

ცხრილი 140 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Cramer's V კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტის ჩატარების სიხშირესთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	213.898 ^a	9	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	213,495	9	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	145,522	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	982		
* უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 6,00			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,269	0,467	0,000	982

ცხრილი 141 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით

			თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე					სულ
			ძალიან უარყოფითი	უარყოფითი	არც უარყოფითი, არც დადებითი	დადებითი	ძალიან დადებითი	
რამდენად ხართ ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში?	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	შედეგი	10	40	128	84	16	278
		მოსალოდნელი შედეგი	11,0	16,2	96,0	105,3	49,5	278,0
		%	3,6%	14,4%	46,0%	30,2%	5,8%	100,0 %
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალებს	შედეგი	13	8	138	175	70	404
		მოსალოდნელი შედეგი	16,0	23,5	139,6	153,0	71,9	404,0
		%	3,2%	2,0%	34,2%	43,3%	17,3%	100,0 %
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	შედეგი	5	3	34	35	18	95
		მოსალოდნელი შედეგი	3,8	5,5	32,8	36,0	16,9	95,0
		%	5,3%	3,2%	35,8%	36,8%	18,9%	100,0 %
	აქტიურად ვარ ჩართული	შედეგი	10	5	32	70	67	184
		მოსალოდნელი შედეგი	7,3	10,7	63,6	69,7	32,7	184,0
		%	5,4%	2,7%	17,4%	38,0%	36,4%	100,0 %
სულ:	შედეგი	38	56	332	364	171	961	
	მოსალოდნელი შედეგი	38,0	56,0	332,0	364,0	171,0	961,0	
	%	4,0%	5,8%	34,5%	37,9%	17,8%	100,0 %	

ცხრილი 142 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Kendall's tau-b კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	143.991 ^a	12	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	140,636	12	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	60,970	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	961		
* უჯრათა რიცხვისთვის - 1 (5,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 3,76			
კავშირის სიდიდეები			
Kendall's tau-b მნიშვნელობა	ასიმპტოტური სტანდარტული შეცდომა ^a	მიახლოებითი T ^b	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
0,258	0,027	9,406	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:			961

ცხრილი 143 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით

	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
ჯგუფებს შორის	73,428	3	24,476	27,894	0,000
ჯგუფებში	839,725	957	0,877		
სულ:	913,153	960			

ცხრილი 144 - სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება

			შეაფასეთ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი					სულ:
			ძალიან დაბალი	დაბალი	საშუალო	მაღალი	ძალიან მაღალი	
რამდენად ხართ ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება	შედეგი	27	56	134	60	4	281
		მოსალოდნელი შედეგი	18,1	37,3	117,9	79,4	28,3	281,0
		%	9,6%	19,9%	47,7%	21,4%	1,4%	100,0%
	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალებს	შედეგი	17	52	179	118	39	405
		მოსალოდნელი შედეგი	26,1	53,8	169,9	114,4	40,8	405,0
		%	4,2%	12,8%	44,2%	29,1%	9,6%	100,0%
	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	შედეგი	5	9	40	30	8	92
		მოსალოდნელი შედეგი	5,9	12,2	38,6	26,0	9,3	92,0
		%	5,4%	9,8%	43,5%	32,6%	8,7%	100,0%
	აქტიურად ვარ ჩართული	შედეგი	13	11	51	64	46	185
		მოსალოდნელი შედეგი	11,9	24,6	77,6	52,3	18,6	185,0
		%	7,0%	5,9%	27,6%	34,6%	24,9%	100,0%
სულ:	შედეგი	62	128	404	272	97	963	
	მოსალოდნელი შედეგი	62,0	128,0	404,0	272,0	97,0	963,0	
	%	6,4%	13,3%	42,0%	28,2%	10,1%	100,0%	

ცხრილი 145 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / Kendall's tau-b კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში / სამედიცინო პერსონალის მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	106.802 ^a	12	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	109,188	12	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	64,196	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	963		
* უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 5,92			
კავშირის სიდიდეები			
Kendall's tau-b მნიშვნელობა	ასიმპტოტური სტანდარტული შეცდომა ^a	მიახლოებითი T ^b	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
0,235	0,027	8,652	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:			963

ცხრილი 146 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში / სამედიცინო პერსონალის მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება

	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
ჯგუფებს შორის	73,068	3	24,356	25,517	0,000
ჯგუფებში	915,376	959	0,955		
სულ:	988,444	962			

ცხრილი 147 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში / სამედიცინო პერსონალის სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობასთან დაკავშირებით

	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
ჯგუფებს შორის	45,828	3	15,276	27,944	0,000
ჯგუფებში	535,732	980	0,547		
სულ:	581,560	983			

ცხრილი 148 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: პერსონალის ცოდნა გათვითცნობიერებულობა - ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ნორმატიული ბაზა / სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ლიცენზია/ნებართვების გაცემის მოთხოვნები და პროცედურები

			იგნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?				სულ
			საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	არა	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	დიახ	
იგნობთ თუ არა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას?	საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	შედეგი	8	2	3	0	13
		მოსალოდნელი შედეგი	1,2	3,0	4,6	4,2	13,0
		%	61,5%	15,4%	23,1%	0,0%	100,0%
	არა	შედეგი	4	69	21	14	108
		მოსალოდნელი შედეგი	9,6	24,8	38,3	35,2	108,0
		%	3,7%	63,9%	19,4%	13,0%	100,0%
	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	შედეგი	48	87	211	53	399
		მოსალოდნელი შედეგი	35,6	91,8	141,5	130,2	399,0
		%	12,0%	21,8%	52,9%	13,3%	100,0%
	დიახ	შედეგი	28	69	115	255	467
		მოსალოდნელი შედეგი	41,6	107,4	165,6	152,4	467,0
		%	6,0%	14,8%	24,6%	54,6%	100,0%
სულ:		შედეგი	88	227	350	322	987
		მოსალოდნელი შედეგი	88,0	227,0	350,0	322,0	987,0
		%	8,9%	23,0%	35,5%	32,6%	100,0%

ცხრილი 149 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / კორელაციის კოეფიციენტი: პერსონალის ცოდნა გათვითცნობიერებულობა - ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ნორმატიული ბაზა / სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ლიცენზია/ნებართვების გაცემის მოთხოვნები და პროცედურები

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	335.225 ^a	9	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	298,007	9	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	140,750	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	987		
* უჯრათა რიცხვისთვის - 4 (25,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 1,16			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,336	0,583	0,000	987

ცხრილი 150 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): პერსონალის ცოდნა გათვითცნობიერებულობა - ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ნორმატიული ბაზა / სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ლიცენზია/ნებართვების გაცემის მოთხოვნები და პროცედურები

	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
ჯგუფებს შორის	133,570	3	44,523	57,528	0,000
ჯგუფებში	760,783	983	0,774		
სულ:	894,353	986			

ცხრილი 151 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენასთან დაკავშირებით

			თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ ხარისხს?			სულ:
			არ ვიცი, მე არ მეხება	არა	დიახ	
გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ?	საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა	შედეგი	12	14	9	35
		მოსალოდნელი შედეგი	13,7	7,1	14,1	35,0
		%	34,3%	40,0%	25,7%	100,0%
	არა	შედეგი	88	29	72	189
		მოსალოდნელი შედეგი	74,1	38,6	76,3	189,0
		%	46,6%	15,3%	38,1%	100,0%
	მაქვს ზოგადი წარმოდგენა	შედეგი	165	69	115	349
		მოსალოდნელი შედეგი	136,9	71,3	140,8	349,0
		%	47,3%	19,8%	33,0%	100,0%
	დიახ	შედეგი	121	89	201	411
		მოსალოდნელი შედეგი	161,2	84,0	165,8	411,0
		%	29,4%	21,7%	48,9%	100,0%
სულ:		შედეგი	386	201	397	984
		მოსალოდნელი შედეგი	386,0	201,0	397,0	984,0
		%	39,2%	20,4%	40,3%	100,0%

ცხრილი 152 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითნობიერებულულობა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენასთან დაკავშირებით

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	42,230 ^a	6	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	41,587	6	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	17,630	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	984		
* უჯრათა რიცხვისთვის - 0 (0,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 7,15			
კავშირის სიდიდეები			
Cramer's V მნიშვნელობა	Phi მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი	დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:
0,146	0,207	0,000	984

ცხრილი 153 - ცვლადთა ჯვარედინი შედარება: სამედიცინო პერსონალის ასაკი / ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში

		რამდენად ხართ ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?					სულ
		აქტიურად ვარ ჩართული	ხშირად, თუმცა მე არ მეხება	მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ადმინისტრაცია დამავალებს	საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება		
ასაკი	18-39	შედეგი	40	30	153	145	368
		მოსალოდნელი შედეგი	70,2	35,5	155,6	106,7	368,0
		%	10,9%	8,2%	41,6%	39,4%	100,0%
	40-59	შედეგი	116	55	209	114	494
		მოსალოდნელი შედეგი	94,2	47,6	208,9	143,3	494,0
		%	23,5%	11,1%	42,3%	23,1%	100,0%
	60-75	შედეგი	31	10	51	27	119
		მოსალოდნელი შედეგი	22,7	11,5	50,3	34,5	119,0
		%	26,1%	8,4%	42,9%	22,7%	100,0%
	75 და მეტი	შედეგი	1	0	4	0	5
		მოსალოდნელი შედეგი	1,0	0,5	2,1	1,5	5,0
		%	20,0%	0,0%	80,0%	0,0%	100,0%
სულ:	შედეგი	188	95	417	286	986	
	მოსალოდნელი შედეგი	188,0	95,0	417,0	286,0	986,0	
	%	19,1%	9,6%	42,3%	29,0%	100,0%	

ცხრილი 154 - კრიტერიუმი Chi-კვადრატი / კორელაციის კოეფიციენტი: სამედიცინო პერსონალის ასაკი / ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში

Chi-კვადრატის ტესტი			
	მნიშვნელობა	თავისუფლების ხარისხი	ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი)
პირსონის Chi-კვადრატი	48.247 ^a	9	0,000
ალბათობათა თანაფარდობა	50,759	9	0,000
წრფივ-ხაზოვანი კავშირი	33,153	1	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა	986		
* უკრატა რიცხვისთვის - 4 (25,00%) სავარაუდო მნიშვნელობა <5. მინიმალური სავარაუდო რიცხვი უდრის 0,48			
კავშირის სიდიდეები			
Kendall's tau-b მნიშვნელობა	ასიმპტოტური სტანდარტული შეცდომა ^a	მიახლოებითი T ^b	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
0,175	0,027	6,392	0,000
დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა:			963

ცხრილი 155 - რეგრესული მოდელი: დამოუკიდებელი ცვლადი - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან დაკავშირებით

ANOVA					
	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
რეგრესია	360,035	6	60,006	93,848	0,000
ნაშთი	625,965	979	0,639		
სულ:	986,000	985			
რეგრესული მოდელი					
პირსონის მრავლობითი R	პირსონის R კვადრატი	შესწორებული R კვადრატი	პროგნოზის ცდომილება		
0,604	0,365	0,361	0,635		
<p>დამოკიდებული ცვლადი: იცნობთ თუ არა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას?</p> <p>დამოუკიდებელი ცვლადი: იცნობთ თუ არა აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებს თქვენი საქმიანობის რეგულირებასთან დაკავშირებით? / იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?</p>					

ცხრილი 156 - რეგრესული ანალიზი: ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებაზე მოქმედი ფაქტორები

	სტანდარტიზებული კოეფიციენტები		თავისუფლების ხარისხი	F-კოეფიციენტი	სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი.
	β კოეფიციენტი	ნაგარაუდები სტანდარტული ცდომილება			
იგნობთ თუ არა აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებს თქვენი საქმიანობის რეგულირებასთან დაკავშირებით?	0,488	0,062	3	61,177	0,000
იგნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?	0,243	0,062	3	15,553	0,000
დამოკიდებული ცვლადი: იგნობთ თუ არა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას?					

ცხრილი 157 - რეგრესული ანალიზი: დამოკიდებული ცვლადი - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით

ANOVA					
	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი
რეგრესია	485,460	19	25,551	50,879	0,000
ნაშთი	469,540	935	0,502		
სულ:	955,000	954			
რეგრესული მოდელი					
პირსონის მრავლობითი R	პირსონის R კვადრატი	შესწორებული R კვადრატი	პროგნოზის ცდომილება		
0,713	0,508	0,498	0,492		
დამოკიდებული ცვლადი: იგნობთ თუ არა აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებს თქვენი საქმიანობის რეგულირებასთან დაკავშირებით?					
დამოკიდებული ცვლადი: სამსახურეობრივი პოზიცია / იგნობთ თუ არა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას? / იგნობთ თუ არა, თქვენი საქმიანობის მარეგულირებელ, სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებს/ინსტრუქციებს? / გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ? / სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)? / სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი? / იგნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს? / თქვენი აზრით, სამედ. დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ დონეს?					

ცხრილი 158 - რეგრესული ანალიზი: დამოკიდებელი ცვლადი - სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-
გათვითცნობიერებულობა აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან
დაკავშირებით

	სტანდარტიზებული კოეფიციენტები		თავისუფლების ხარისხი	F- მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
	β კოეფიციენტი	ნავარაუდელი სტანდარტული ცდომილება			
სამსახურეობრივი პოზიცია	0,071	0,025	2	7,901	0,000
იცნობთ თუ არა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო- ნორმატიულ ბაზას?	0,328	0,054	3	36,761	0,000
იცნობთ თუ არა, თქვენი საქმიანობის მარეგულირებელ, სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებს/ინსტრუქციებს?	0,405	0,039	3	107,013	0,000
გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ?	0,138	0,031	3	19,432	0,000
სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?	0,098	0,031	2	9,966	0,000
სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგულია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი?	0,105	0,028	2	13,966	0,000
იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?	0,083	0,027	2	9,656	0,000
თქვენი აზრით, სამედ. დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ დონეს?	0,091	0,024	2	14,585	0,000
დამოკიდებული ცვლადი: იცნობთ თუ არა აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებს თქვენი საქმიანობის რეგულირებასთან დაკავშირებით					

ცხრილი 159 - დამოუკიდებელი ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემებთან მიმართებით

ANOVA					
	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
რეგრესიას	530,312	7	75,759	168,279	0,000
ნაშთი	427,688	950	0,450		
სულ:	958,000	957			
რეგრესული მოდელი					
პირსონის მრავლობითი R	პირსონის R კვადრატი	შესწორებული R კვადრატი	პროგნოზის ცდომილება		
0,744	0,554	0,550	0,446		
<p>დამოკიდებული ცვლადი: გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ?</p> <p>დამოუკიდებელი ცვლადი: იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს? / იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს? / რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?</p>					

ცხრილი 160 - დამოუკიდებელი ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემებთან მიმართებით

	სტანდარტიზებული კოეფიციენტები		თავისუფლების ხარისხი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
	β კოეფიციენტი	ნავარაუდები სტანდარტული ცდომილება			
იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?	0,678	0,026	3	688,029	0,000
იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?	0,068	0,021	2	10,062	0,000
რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?	0,128	0,023	2	30,111	0,000
<p>დამოკიდებული ცვლადი: გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ?</p>					

ცხრილი 161 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებისთვის ლიცენზია-ნებართვების გაცემის მოთხოვნებთან და პროცედურებთან დაკავშირებით

ANOVA					
	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
რეგრესია	240,953	11	21,905	28,899	0,000
ნაშთი	717,047	946	0,758		
სულ:	958,000	957			
რეგრესული მოდელი					
პირსონის მრავლობითი R	პირსონის R კვადრატი	შესწორებული R კვადრატი	პროგნოზის ცდომილება		
0,502	0,252	0,243	0,748		
<p>დამოკიდებული ცვლადი: იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?</p> <p>დამოკიდებული ცვლადი: რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში? / სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)? / სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)? / თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება? / თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ დონეს?</p>					

ცხრილი 162 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგთან დაკავშირებით

ANOVA					
	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
რეგრესია	315,080	9	35,009	74,432	0,000
ნაშთი	270,920	576	0,470		
სულ:	586,000	585			
რეგრესული მოდელი					
პირსონის მრავლობითი R	პირსონის R კვადრატი	შესწორებული R კვადრატი	პროგნოზის ცდომილება		
0,733	0,538	0,530	0,462		
<p>დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?</p> <p>დამოკიდებული ცვლადი: იცნობთ თუ არა თქვენი საქმიანობის მარეგულირებელ, სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებს/ინსტრუქციებს? / სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი? / სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)? / თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ დონეს?</p>					

ცხრილი 163 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებისთვის ლიცენზია-ნებართვების გაცემის მოთხოვნებთან და პროცედურებთან დაკავშირებით

კოეფიციენტები					
	სტანდარტიზებული კოეფიციენტები		თავისუფლების ხარისხი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
	β კოეფიციენტი	ნავარაუდები სტანდარტული ცდომილება			
რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?	0,333	0,035	3	91,659	0,000
სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?	0,215	0,035	2	38,295	0,000
სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?	0,083	0,027	2	9,186	0,000
თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება?	0,127	0,031	2	16,511	0,000
თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ დონეს?	0,165	0,032	2	25,944	0,000
დამოკიდებული ცვლადი: იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?					

ცხრილი 164 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგთან დაკავშირებით

კოეფიციენტები					
	სტანდარტიზებული კოეფიციენტები		თავისუფლების ხარისხი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
	β კოეფიციენტი	ნავარაუდვი სტანდარტული ცდომილება			
იცნობთ თუ არა თქვენი საქმიანობის მარეგულირებელ, სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებს/ინსტრუქციებს?	0,198	0,057	3	12,119	0,000
სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი?	0,577	0,066	2	75,480	0,000
სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?	0,177	0,050	2	12,608	0,000
თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ დონეს?	0,087	0,027	2	10,389	0,000

დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?

ცხრილი 165 - დამოუკიდებელი ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემის და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობასთან დაკავშირებით

ANOVA					
	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
რეგრესიას	285,846	13	21,988	42,378	0,000
ნაშთი	293,154	565	0,519		
სულ:	579,000	578			
რეგრესული მოდელი					
პირსონის მრავლობითი R	პირსონის R კვადრატი	შესწორებული R კვადრატი	პროგნოზის ცდომილება		
0,703	0,494	0,482	0,506		
<p>დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგულია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი?</p> <p>დამოუკიდებელი ცვლადი: იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს? / სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)? / სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების გარე მონიტორინგი? / სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)? / სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია? / თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება?</p>					

ცხრილი 166 - დამოკიდებული ცვლადი - სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის გუნდის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის (აუდიტის) ჩატარებასთან დაკავშირებით

ANOVA					
	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
რეგრესიას	577,584	13	44,430	108,402	0,000
ნაშთი	391,416	955	0,410		
სულ:	969,000	968			
რეგრესული მოდელი					
პირსონის მრავლობითი R	პირსონის R კვადრატი	შესწორებული R კვადრატი	პროგნოზის ცდომილება		
0,772	0,596	0,591	0,404		
<p>დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?</p> <p>დამოუკიდებელი ცვლადი: სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)? / სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგულია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი? / რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)? / იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს? / თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება? / გაქვთ თუ არა სურვილი, მონაწილეობა მიიღოთ ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში?</p>					

ცხრილი 167 - დამოუკიდებელი ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემის და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობასთან დაკავშირებით

კოეფიციენტები					
	სტანდარტიზებული კოეფიციენტები		თავისუფლების ხარისხი	F- მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
	β კოეფიციენტი	ნაგარაუდები სტანდარტული ცდომილება			
იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?	0,076	0,031	3	6,098	0,000
სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?	0,168	0,064	2	6,871	0,001
სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების გარე მონიტორინგი?	0,149	0,043	2	12,135	0,000
სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?	0,364	0,053	2	47,488	0,000
სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?	0,178	0,041	2	18,470	0,000
თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება?	0,136	0,042	2	10,482	0,000
დამოუკიდებელი ცვლადი: სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი?					

ცხრილი 168 - დამოკიდებული ცვლადი - სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის გუნდის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის (აუდიტის) ჩატარებასთან დაკავშირებით

კოეფიციენტები					
	სტანდარტიზებული კოეფიციენტები		თავისუფლების ხარისხი	F- მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
	β კოეფიციენტი	ნაგარაუდები სტანდარტული ცდომილება			
სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?	0,099	0,034	2	8,296	0,000
სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი?	0,374	0,039	2	89,957	0,000
რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?	0,299	0,068	3	19,121	0,000
იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?	0,182	0,049	2	13,768	0,000
თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება?	0,134	0,041	2	10,846	0,000
გაქვთ თუ არა სურვილი, მონაწილეობა მიიღოთ ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში?	0,117	0,026	2	19,937	0,000
დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?					

ცხრილი 169 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის (აუდიტის) სიხშირესთან დაკავშირებით

ANOVA					
	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
რეგრესია	349,570	8	43,696	105,592	0,000
ნაშთი	240,430	581	0,414		
სულ:	590,000	589			
რეგრესული მოდელი					
პირსონის მრავლობითი R	პირსონის R კვადრატი	შესწორებული R კვადრატი	პროგნოზის ცდომილება		
0,770	0,592	0,587	0,408		
<p>დამოკიდებული ცვლადი: რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?</p> <p>დამოუკიდებელი ცვლადი: სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების გარე მონიტორინგი? / სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი? / სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)? / იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?</p>					

ცხრილი 170 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის განმახორციელებელ პირთა ვინაობასთან დაკავშირებით

ANOVA					
	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
რეგრესია	502,562	9	55,840	113,691	0,000
ნაშთი	475,438	968	0,491		
სულ:	978,000	977			
რეგრესული მოდელი					
პირსონის მრავლობითი R	პირსონის R კვადრატი	შესწორებული R კვადრატი	პროგნოზის ცდომილება		
0,717	0,514	0,509	0,486		
<p>დამოკიდებული ცვლადი: იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?</p> <p>დამოუკიდებელი ცვლადი: მიუთითეთ სამსახურობრივი პოზიცია / სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)? / რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)? / სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?</p>					

ცხრილი 171 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის (აუდიტის) სიხშირესთან დაკავშირებით

კოეფიციენტები					
	სტანდარტიზებული კოეფიციენტები		თავისუფლები ს ხარისხი	F- მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი
	β კოეფიციენტი	ნავარაუდები სტანდარტული ცდომილება			
სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების გარე მონიტორინგი?	0,291	0,046	2	39,812	0,000
სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი?	0,114	0,040	2	8,274	0,000
სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?	0,405	0,068	2	36,034	0,000
იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?	0,320	0,046	2	48,356	0,000
დამოკიდებული ცვლადი: რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?					

ცხრილი 172 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის განმახორციელებელ პირთა ვინაობასთან დაკავშირებით

კოეფიციენტები					
	სტანდარტიზებული კოეფიციენტები		თავისუფლების ხარისხი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
	β კოეფიციენტი	ნაგარაუდვეი სტანდარტული ცდომილება			
მიუთითეთ სამსახურებრივი პოზიცია	0,138	0,027	2	25,574	0,000
სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?	0,168	0,043	2	15,508	0,000
რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?	0,505	0,037	3	183,369	0,000
სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?	0,096	0,029	2	10,724	0,000

დამოკიდებული ცვლადი: იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?

ცხრილი 173 - დამოკიდებულები ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში

ANOVA					
	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
რეგრესიას	387,830	21	18,468	31,532	0,000
ნაშთი	517,170	883	0,586		
სულ:	905,000	904			

რეგრესული მოდელი			
პირსონის მრავლობითი R	პირსონის R კვადრატი	შესწორებული R კვადრატი	პროგნოზის ცდომილება
0,655	0,429	0,415	0,571

დამოკიდებული ცვლადი: რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?
 დამოკიდებული ცვლადი: გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ? / იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს? / თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე? / საქმიანობის სფერო / სამუშაო ადგილი / იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს? / თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს? / თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება? / გაქვთ თუ არა სურვილი, მონაწილეობა მიიღოთ ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში?

ცხრილი 174 - დამოკიდებულები ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში

კოეფიციენტები					
	სტანდარტიზებული კოეფიციენტები		თავისუფლების ხარისხი	F- მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
	β კოეფიციენტი	ნავარაუდები სტანდარტული ცდომილება			
გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ?	0,142	0,036	3	15,556	0,000
იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?	0,136	0,038	3	12,852	0,000
თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე?	0,234	0,031	3	57,629	0,000
საქმიანობის სფერო	0,195	0,032	2	37,852	0,000
სამუშაო ადგილი	0,108	0,028	2	14,353	0,000
იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?	0,218	0,033	2	43,549	0,000
თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?	0,146	0,032	2	20,511	0,000
თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება?	0,090	0,033	2	7,353	0,001
გაქვთ თუ არა სურვილი, მონაწილეობა მიიღოთ ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში?	0,180	0,030	2	36,436	0,000
დამოკიდებული ცვლადი: რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?					

ცხრილი 175 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით

ANOVA					
	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
რეგრესიას	396,195	8	49,524	85,380	0,000
ნაშთი	534,805	922	0,580		
სულ:	931,000	930			
რეგრესული მოდელი					
პირსონის მრავლობითი R	პირსონის R კვადრატი	შესწორებული R კვადრატი	პროგნოზის ცდომილება		
0,652	0,426	0,421	0,574		
<p>დამოკიდებული ცვლადი: თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე? დამოუკიდებელი ცვლადი: შეაფასეთ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. / რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში? / საქმიანობის სფერო</p>					

ცხრილი 176 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით

კოეფიციენტები					
	სტანდარტიზებული კოეფიციენტები		თავისუფლების ხარისხი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
	β კოეფიციენტი	ნავარაუდები სტანდარტული ცდომილება			
შეაფასეთ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი	0,566	0,038	4	225,621	0,000
რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?	0,195	0,044	2	19,883	0,000
საქმიანობის სფერო	0,188	0,045	2	17,748	0,000
<p>დამოკიდებული ცვლადი: თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე?</p>					

ცხრილი 177 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის მიერ ჯანდაცვის სისტემის შეფასება

ANOVA					
	კვადრატების ჯამი	თავისუფლების ხარისხი	საშუალო მაჩვენებლების კვადრატი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
რეგრესია	319,990	11	29,090	43,777	0,000
ნაშთი	610,010	918	0,664		
სულ:	930,000	929			
რეგრესული მოდელი					
პირსონის მრავლობითი R	პირსონის R კვადრატი	შესწორებული R კვადრატი	პროგნოზის ცდომილება		
0,587	0,344	0,336	0,656		
<p>დამოკიდებული ცვლადი: თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?</p> <p>დამოკიდებული ცვლადი: შეაფასეთ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი / სამუშაო ადგილი / იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს? / სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია? / თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ დონეს?</p>					

ცხრილი 178 - დამოკიდებული ცვლადი: სამედიცინო პერსონალის მიერ ჯანდაცვის სისტემის შეფასება

კოეფიციენტები					
	სტანდარტიზებული კოეფიციენტები		თავისუფლების ხარისხი	F-მაჩვენებელი	სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი
	β კოეფიციენტი	ნავარაუდები სტანდარტული ცდომილება			
შეაფასეთ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი	0,381	0,030	3	163,904	0,000
სამუშაო ადგილი	0,113	0,027	2	17,115	0,000
იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?	0,121	0,031	2	15,546	0,000
სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?	0,094	0,029	2	10,862	0,000
თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ დონეს?	0,297	0,033	2	80,802	0,000
<p>დამოკიდებული ცვლადი: თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?</p>					

ცხრილი 179 - სიხშირეთა ანალიზი: ასაკი / სამედიცინო პერსონალის დაბალი ინტერესი საკვლევის საკითხების მიმართ

	ასაკი						სულ:
	18-39		40-59		60 და მეტი		
	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	
საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზა	8	53,33%	6	40,00%	1	6,67%	15
მინისტრის ბრძანებები (აჭარა)	6	54,55%	4	36,36%	1	9,09%	11
შიდა ბრძანებები/ინსტრუქციები	8	66,67%	2	16,67%	2	16,67%	12
აკრედიტაციის სისტემები	19	51,35%	12	32,43%	6	16,22%	37
ლიცენზია-წებართვები	39	41,94%	45	48,39%	9	9,68%	93
გარე მონიტორინგი	149	45,71%	143	43,87%	34	10,43%	326
გარე მონიტორინგის სიხშირე	193	49,49%	177	45,38%	20	5,13%	390
ხმს	133	40,30%	156	47,27%	41	12,42%	330
შიდა აუდიტი	83	42,13%	87	44,16%	27	13,71%	197
შიდა აუდიტის სიხშირე	144	56,69%	93	36,61%	17	6,69%	254
შიდა აუდიტორების ვინაობა	73	36,50%	95	47,50%	32	16,00%	200
ჩართულობა	162	52,43%	118	38,19%	29	9,39%	309

ცხრილი 180 - სიხშირეთა ანალიზი: სქესი / სამედიცინო პერსონალის დაბალი ინტერესი კვლევის საკითხების მიმართ

	სქესი				სულ:
	მდედრობითი		მამრობითი		
	რაოდ.	%	რაოდ.	%	
საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზა	7	53,85%	6	46,15%	13
მინისტრის ბრძანებები (აჭარა)	7	70,00%	3	30,00%	10
შიდა ბრძანებები/ინსტრუქციები	8	66,67%	4	33,33%	12
აკრედიტაციის სისტემები	24	68,57%	11	31,43%	35
ლიცენზია-წებართვები	46	54,12%	39	45,88%	85
გარე მონიტორინგი	221	73,42%	80	26,58%	301
გარე მონიტორინგის სიხშირე	274	74,05%	96	25,95%	370
ხმს	242	78,83%	65	21,17%	307
შიდა აუდიტი	151	82,07%	33	17,93%	184
შიდა აუდიტის სიხშირე	193	81,78%	43	18,22%	236
შიდა აუდიტორების ვინაობა	149	81,42%	34	18,58%	183
ჩართულობა	224	76,98%	67	23,02%	291

ცხრილი 181 - სიხშირეთა ანალიზი: სამსახურებრივი პოზიცია / სამედიცინო პერსონალის დაბალი ინტერესი კვლევის საკითხების მიმართ

	მიუთითეთ სამსახურებრივი პოზიცია								
	არასამედიცინო პერსონალი		ექიმი		უმცროსი ექიმი		ექთანი		ჯამი
	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	
საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზა	2	13,33%	7	46,67%	4	26,67%	2	13,33%	15
მინისტრის ბრძანებები (აჭარა)	4	36,36%	2	18,18%	2	18,18%	3	27,27%	11
შიდა ბრძანებები/ინსტრუქციები	1	8,33%	4	33,33%	4	33,33%	3	25,00%	12
აკრედიტაციის სისტემები	1	2,78%	13	36,11%	7	19,44%	15	41,67%	36
ლიცენზია-ნებართვები	4	4,35%	50	54,35%	13	14,13%	25	27,17%	92
გარე მონიტორინგი	14	4,31%	112	34,46%	65	20,00%	134	41,23%	325
გარე მონიტორინგის სიხშირე	23	5,57%	137	33,17%	74	17,92%	179	43,34%	413
ხმს	13	3,94%	111	33,64%	41	12,42%	165	50,00%	330
შიდა აუდიტი	7	3,55%	35	17,77%	33	16,75%	122	61,93%	197
შიდა აუდიტის სიხშირე	20	7,91%	48	18,97%	38	15,02%	147	58,10%	253
შიდა აუდიტორების ვინაობა	9	4,55%	47	23,74%	25	12,63%	117	59,09%	198
ჩართულობა	21	6,84%	69	22,48%	48	15,64%	169	55,05%	307

ცხრილი 182 - სამუშაო ადგილი / სამედიცინო პერსონალის დაბალი ინტერესი კვლევის საკითხების მიმართ

	სამუშაო ადგილი						
	მხოლოდ ამბულატორია		მხოლოდ სტაციონარი		ამბულატორია და სტაციონარი		ჯამი
	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	
საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზა	5	33,33%	4	26,67%	6	40,00%	15
მინისტრის ბრძანებები (აჭარა)	8	72,73%	2	18,18%	1	9,09%	11
შიდა ბრძანებები/ინსტრუქციები	4	36,36%	6	54,55%	1	9,09%	11
აკრედიტაციის სისტემები	6	16,67%	20	55,56%	10	27,78%	36
ლიცენზია-ნებართვები	22	23,66%	45	48,39%	26	27,96%	93
გარე მონიტორინგი	61	18,89%	165	51,08%	97	30,03%	323
გარე მონიტორინგის სიხშირე	60	15,58%	222	57,66%	103	26,75%	385
ხმს	93	28,70%	154	47,53%	77	23,77%	324
შიდა აუდიტი	32	16,75%	109	57,07%	50	26,18%	191
შიდა აუდიტის სიხშირე	30	12,24%	156	63,67%	59	24,08%	245
შიდა აუდიტორების ვინაობა	45	23,32%	91	47,15%	57	29,53%	193
ჩართულობა	34	11,33%	175	58,33%	91	30,33%	300

ცხრილი 183 - საქმიანობის სფერო // სამედიცინო პერსონალის დაბალი ინტერესი კვლევის საკითხების მიმართ

	საქმიანობის სფერო						ჯამი
	ადმინისტრაციული საქმიანობა		კლინიკური საქმიანობა		კლინიკური და ადმინისტრაციული საქმიანობა		
	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	
საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზა	1	7,14%	10	71,43%	3	21,43%	14
მინისტრის ბრძანებები (აჭარა)	4	44,44%	4	44,44%	1	11,11%	9
შიდა ბრძანებები/ინსტრუქციები	1	9,09%	7	63,64%	3	27,27%	11
აკრედიტაციის სისტემები	0	0,00%	27	77,14%	8	22,86%	35
ლიცენზია-ნებართვები	3	3,30%	78	85,71%	10	10,99%	91
გარე მონიტორინგი	15	4,70%	260	81,50%	44	13,79%	319
გარე მონიტორინგის სიხშირე	2	0,52%	337	87,76%	45	11,72%	384
ხმს	8	2,47%	273	84,26%	43	13,27%	324
შიდა აუდიტი	4	2,09%	159	83,25%	28	14,66%	191
შიდა აუდიტის სიხშირე	10	4,03%	212	85,48%	26	10,48%	248
შიდა აუდიტორების ვინაობა	12	6,25%	150	78,13%	30	15,63%	192
ჩართულობა	9	2,94%	252	82,35%	45	14,71%	306

ცხრილი 184 - სამუშაო პოზიციის, საქმიანობის სფეროს და სამუშაო ადგილის სიხშირეთა შედარების მახასიათებლები

		მიუთითეთ სამსახურებრივი პოზიცია					
		ექიმი		უმცროსი ექიმი		ექთანი	
		სულ:	%	სულ:	%	სულ:	%
საქმიანობის სფერო	ვეწევი მხოლოდ ადმინისტრაციულ საქმიანობას	12	2.7%	4	2.9%	11	2.7%
	ვეწევი მხოლოდ კლინიკურ საქმიანობას	282	64.1%	90	64.7%	322	79.7%
	ვეწევი როგორც კლინიკურ, ისე ადმინისტრაციულ საქმიანობას	146	33.2%	45	32.4%	71	17.6%
სამუშაო ადგილი	ვმუშაობ მხოლოდ ამბულატორიაში	130	29.5%	13	9.4%	114	28.3%
	ვმუშაობ მხოლოდ სტაციონარში	136	30.9%	91	65.9%	210	52.1%
	ვმუშაობ როგორც ამბულატორიაში, ასევე სტაციონარში	174	39.5%	34	24.6%	79	19.6%

ცხრილი 185 - რაოდენობრივი კვლევის თვისებრივი მონაცემები: სიხშირეთა ანალიზის შედეგები

	მიუთითეთ სამსახურებრივი პოზიცია									
	ექიმი		უმცროსი ექიმი		ექთანი		არასამედიცინო პერსონალი		სულ:	
	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%
თქვენი აზრით, რა განაპირობებს საქართველოში სამედიცინო მომსახურების დაბალ ხარისხს?	159	42,06 %	41	10,85 %	145	38,36 %	33	8,73 %	378	100 %
თქვენი აზრით, რა არის საჭირო ჯანდაცვის სფეროს განვითარებისთვის?	167	44,65 %	39	10,43 %	133	35,56 %	35	9,36 %	374	100 %
თქვენი შენიშვნები, წინადადებები, მოსაზრებები	49	37,69 %	13	10,00 %	56	43,08 %	12	9,23 %	130	100 %

ცხრილი 186 - სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მოდელები

	განცალკევებული მოდელი	ინტეგრირებული მოდელი
მონაწილე სუბიექტების ავტონომიურობა / დამოუკიდებლობა	ავტონომია, დამოუკიდებლობის მაღალი დონე	შეზღუდულია დამოუკიდებლობა
მხარეებს შორის ურთიერთობები	თავისუფალი სახელშეკრულებო ურთიერთობები	შრომითი ხელშეკრულებები
არჩევანის თავისუფლება	თავისუფალი	შეზღუდული

წყარო: Toth, F. - Comparative Health Systems: A New Framework (104)

ცხრილი 187 - ინტეგრირებული და განცალკევებული მოდელების შედარება

ინტეგრირებული მოდელი	განზომილება	განცალკევებული მოდელი
მზღვეველები და პროვაიდერები დაკავშირებული არიან ერთი და იგივე ორგანიზაციასთან	მზღვეველისა და პროვაიდერის ინტეგრაცია	მზღვეველები და პროვაიდერები ერთმანეთისგან დამოუკიდებელი სუბიექტები არიან
პირველი და მეორე დონის სამედიცინო მომსახურებას ახორციელებს ერთი და იგივე ორგანიზაცია	პირველი და მეორე დონის ინტეგრაცია	პირველი და მეორე დონის სამედიცინო მომსახურებას ახორციელებს სხვადასხვა სუბიექტი
სავალდებულო	კარიბჭის მექანიზმი	დისკრეციული
შეზღუდული	პაციენტის არჩევანის თავისუფლება	პაციენტი თავისუფალია პროვაიდერის არჩევაში
ჯგუფური პრაქტიკა	ზოგადი პრაქტიკოსების გაერთიანება	ინდივიდუალური პრაქტიკა

წყარო: Toth, F.: Comparative Health Systems: A New Framework (104) / Integration vs separation in the provision of health care: 24 OECD countries compared (171)

ცხრილი 188 - სოციოლოგიურ კითხვარში წარმოდგენილ თვისებრივ მონაცემთა შედეგების ანალიზი

	რა განაპირობებს საქართველოში სამედიცინო მომსახურების დაბალ ხარისხს?	რა არის საჭირო ჯანდაცვის სფეროს განვითარებისთვის?	რესპონდენტთა შენიშვნები, წინადადებები და მოსაზრებები
	პრობლემის იდენტიფიცირება	გამოსავალი	რეკომენდაცია
განათლება და პროფესიონალიზმი	<p>30%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. საბაზისო განათლება 2. პროფესიონალიზმი და კვალიფიკაცია 3. უწყვეტი პროფესიული განათლება 	<p>53%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესება; 2. სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება; 3. უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის დანერგვა 	<p>20%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. განათლების სისტემის გაუმჯობესება 2. საშუალო სამედიცინო პერსონალისთვის გადამზადების პროგრამების შექმნა; 3. უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის დანერგვა 4. რეზიდენტურის პროგრამის გაუმჯობესება
ანაზღაურება და მოტივაცია	<p>29%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. პაციენტებისადმი სამედიცინო პერსონალის უპასუხისმგებლო მიდგომა 2. სამედიცინო პერსონალის გადაღლილობა 3. დამსაქმებელთა დამოკიდებულება სამედიცინო პერსონალის მიმართ; 4. სამედიცინო პერსონალის შრომის დაბალი ანაზღაურება. 	<p>10%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურების განხორციელება; 2. სამედიცინო პერსონალის შრომის შესაბამისი ფინანსური მოტივაციის უზრუნველყოფა. 	<p>44%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. სათანადო, დატვირთვის შესაბამისი ანაზღაურების უზრუნველყოფა 2. სამედიცინო პერსონალის მიმართ კეთილგანწყობა და დაფასება; 3. პაციენტზე ორიენტირებული და კეთილსინდისიერი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;
ჯანდაცვის სისტემა და დაფინანსება	<p>22%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. სახელმწიფო მართვის ხარვეზები; 2. ჯანდაცვის სისტემის განვითარების შემაფერხებელი გარემოებები; 3. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა 4. სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა 	<p>27%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა, სწორი სახელმწიფო პოლიტიკა 2. საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის დახვეწა, 3. ეფექტური კომუნიკაციის წარმართვა სამედიცინო სექტორთან, 4. პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სისტემის დანერგვა და კონტროლი, 5. პირველადი ჯანდაცვის და ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების გაუმჯობესება 6. სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და დაფინანსების სისტემის დახვეწა. 	<p>23%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. საკანონმდებლო ბაზის დახვეწა 2. სახელმწიფოს ჩართულობა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი 3. სამედიცინო დაწესებულებების ორიენტირება ხარისხიან სერვისზე 4. სადაზღვევო სისტემის დახვეწა 5. კონკურენტუნარიანობის გაზრდა (მონოპოლიის აღმოფხვრა) 6. პუბლიკური დაფინანსება 7. ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის უზრუნველყოფა
შრომის გარემო-პირობები	<p>13%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. სამედიცინო დაწესებულების მართვის ხარვეზები; 2. ადამიანური რესურსები ნაკლებობა; 3. სამედიცინო დაწესებულების ინფრასტრუქტურა და ტექნიკური აღჭურვილობა 	<p>11%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. „სწორი მენეჯმენტი“ 2. მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება 3. ინოვაციების დანერგვა 	<p>13%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. „სწორი მენეჯმენტი“ 2. საშუალო პირობების გაუმჯობესება; 3. მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება; 4. ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებით და სახარჯი მასალებით უწყვეტი მომარაგება;
განსხვავებული მოსაზრება	<p>6%</p> <p>ხარისხი დამაკმაყოფილებელია ან საშუალო</p>	---	---

ცხრილი 189 – ჰოსპიტალური მომსახურების სიმძლავრე საქართველოში (2007)

ჰოსპიტალური მომსახურების სიმძლავრე საქართველოში	
მოკლევადიანი მომსახურება	საწოლების რაოდენობა
მეანობა და გინეკოლოგია	1040
ზოგადი მედიცინა, კერძოდ:	
შინაგანი მედიცინა (თერაპია)	1102
ინფექციური	308
პედიატრია	676
რენიმაცია	343
ქირურგია	2464
ფსიქიატრიული და გრძელვადიანი მოვლა	1450
ტუბერკულოზი	417
სულ:	7800

წყარო: საქართველოს მთავრობის დადგენილება N11, 2007 წელი

ცხრილი 190 – საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების 2021 წლის რეიტინგები

რეიტინგი	ქვეყანა	სამედიცინო მომსახურების ინდექსი (საერთო)	ინფრასტრუქტურა	პროფესიონალიზმი	ფასი	მედიცინის შესაძლებლობები	მთავრობის მზაობა
1	სამხრეთ კორეა	78.72	87.16	14.23	83.59	82.3	87.89
2	ტაივანი	77.7	79.05	13.06	78.39	78.99	65.09
3	დანია	74.11	90.75	30.01	82.59	92.06	96.3
4	ავსტრია	71.32	86.18	20.25	78.99	88.23	91.8
5	იაპონია	70.73	78.77	21.6	74.88	74.18	93.2
6	ავსტრალია	67.99	92.58	17.37	96.22	67.51	89.91
7	საფრანგეთი	65.38	77.86	13.24	71.82	55.1	81.38
8	ესპანეთი	64.66	86.28	34.25	75.81	83.82	96.8
9	ბელგია	64.63	72.48	24.51	68.68	64.78	94.9
10	დიდი ბრიტანეთი	61.73	88.63	14.66	75.61	90.25	88.41

წყარო: ავტორი Best Healthcare In The World 2021 (212) და Countries With The Best Health Care Systems, 2021-ის (200) მიხედვით

ცხრილი 191 - საქართველო საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების 2021 წლის რეიტინგში

რეიტინგი	ქვეყანა	სამედიცინო მომსახურების ინდექსი (საერთო)	ინფრასტრუქტურა	პროფესიონალიზმი	ფასი	მედიცინის შესაძლებლობები	მთავრობის მზაობა
79	საქართველო	33.84	70.73	22.76	52.88	64.43	93.9

წყარო: ავტორი Best Healthcare In The World 2021 (212) და Countries With The Best Health Care Systems, 2021-ის (200) მიხედვით

ცხრილი 192 – სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის ინდექსი საქართველოში (2016 წელი)

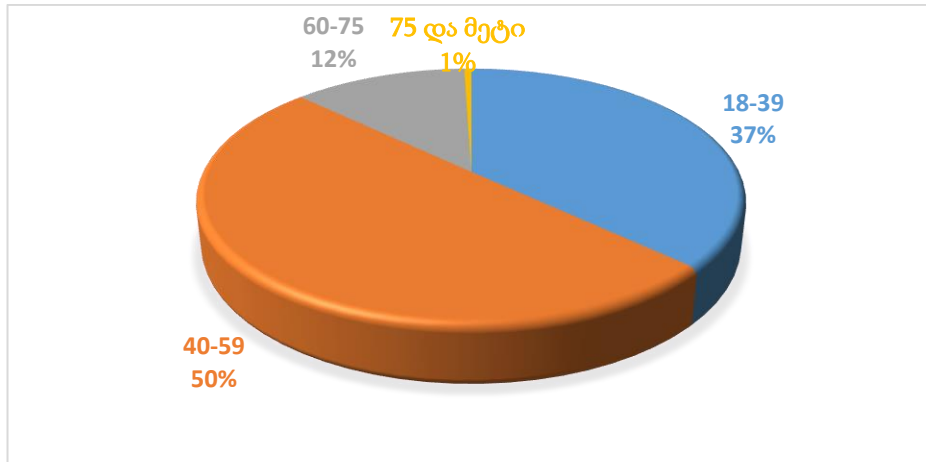
	HAQ ინდექსი (UI 95%)			აბსოლუტური ცვლილება (UI 95%)			ცვლილებების წლიური მაჩვენებელი (UI 95%)		
	1990	2000	2016	1990-2016	1990-2000	2000-2016	1990-2016	1990-2000	2000-2016
საქართველო	61.2 (59.0-63.5)	63.4 (60.8-65.4)	67.1 (62.7-71.0)	5.9 (1.1-10.7)*	2.1 (-0.7-4.7)	3.7 (-0.8-7.9)	0.35 (0.07-0.63)*	0.34 (-0.11-0.76)	0.36 (-0.08-0.76)

HAQ=სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხი; UI=გაორკვევლობის ინტერვალი. *შეზღვევითი ცვლილება დროის მონაკვეთში.

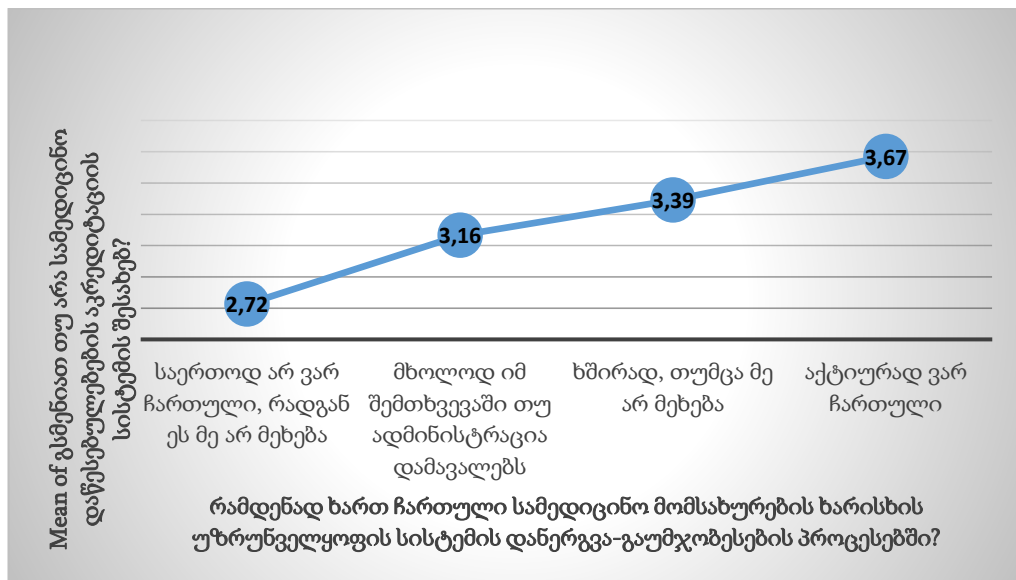
წყარო: Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. (137)

დიაგრამები:

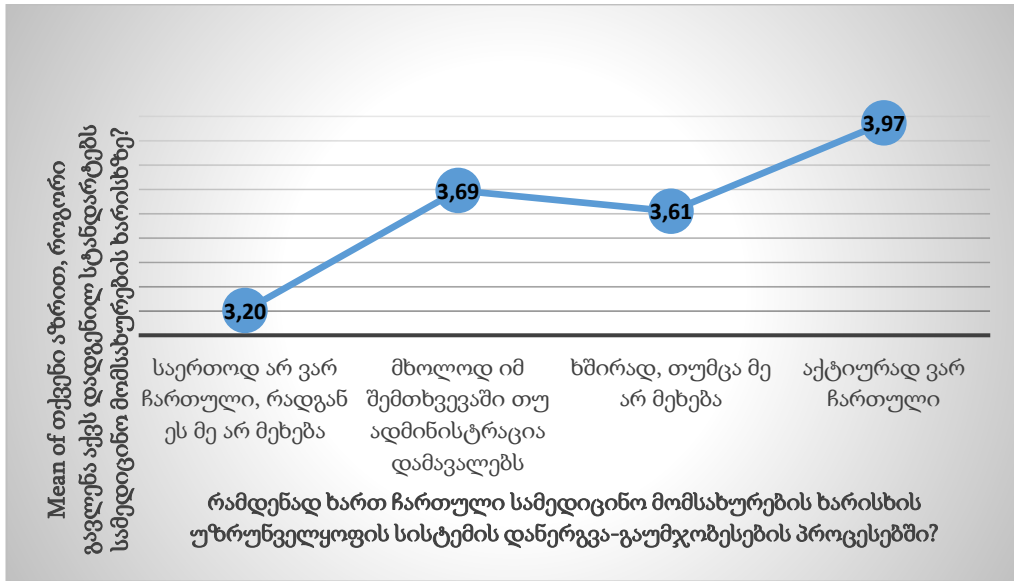
დიაგრამა 1 - რესპონდენტთა ასაკობრივი სტრუქტურა



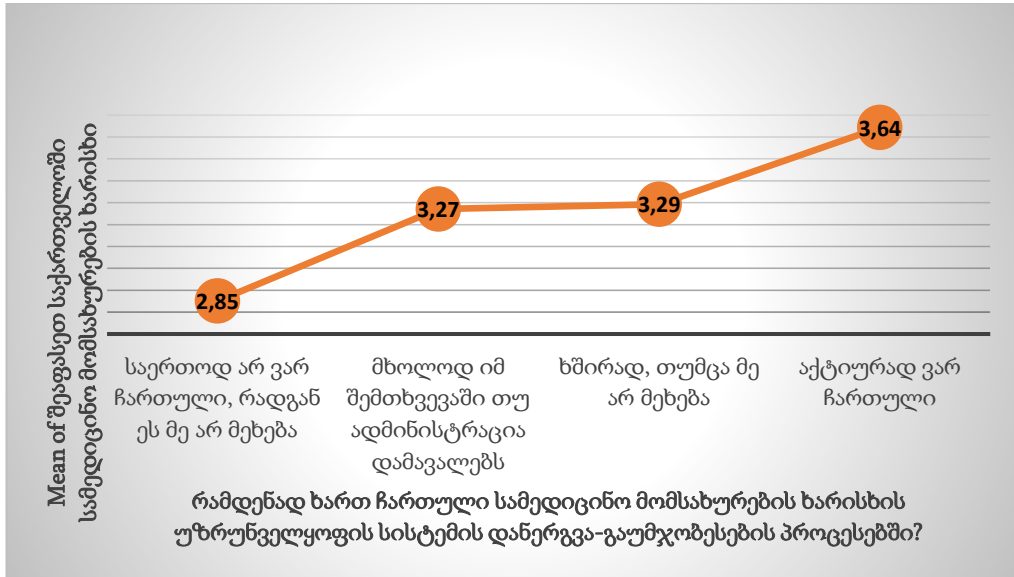
დიაგრამა 2 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში / სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ



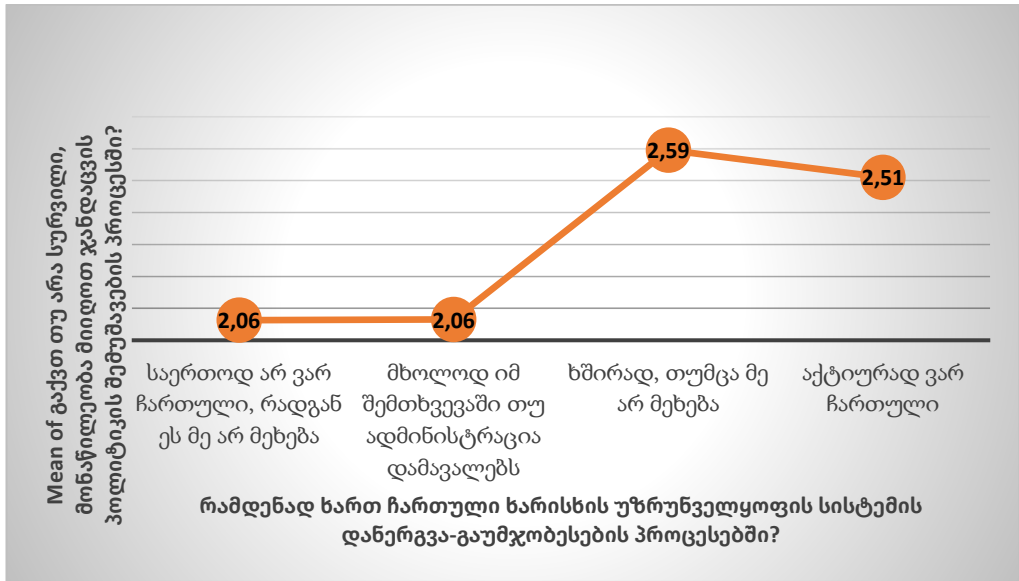
დიაგრამა 3 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში / სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით



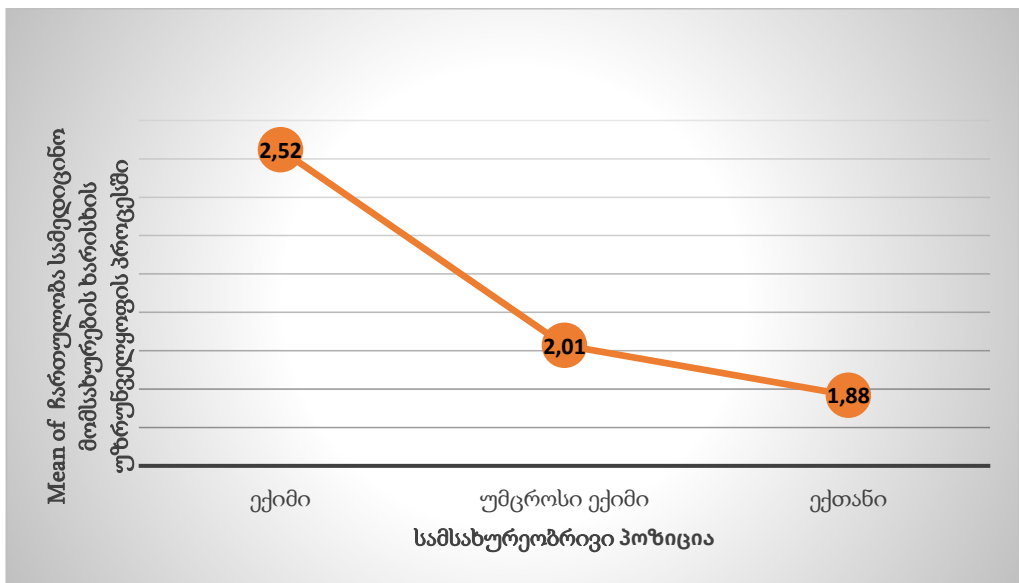
დიაგრამა 4 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში / სამედიცინო პერსონალის მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება



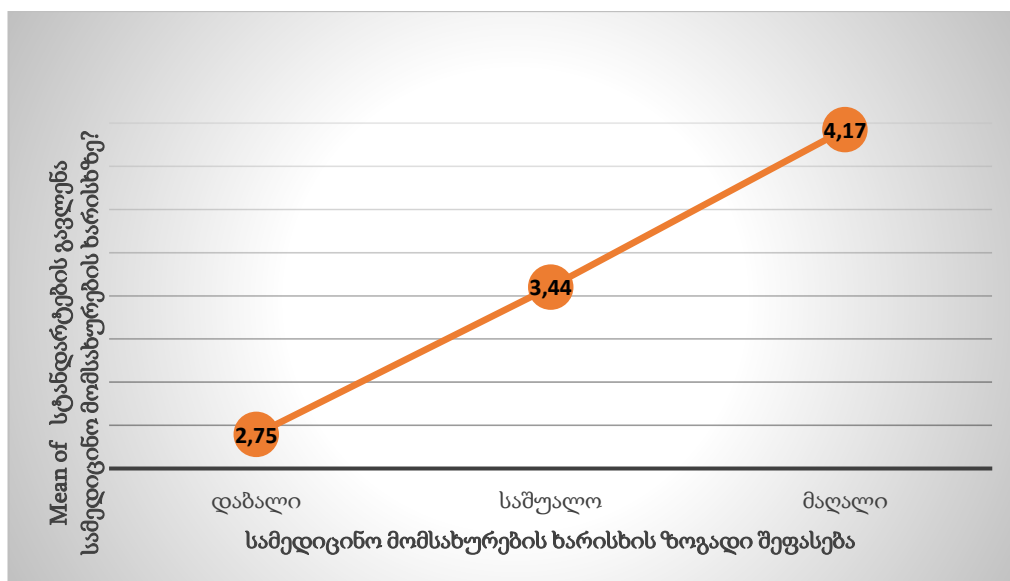
დიაგრამა 5 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში / სამედიცინო პერსონალის სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობასთან დაკავშირებით



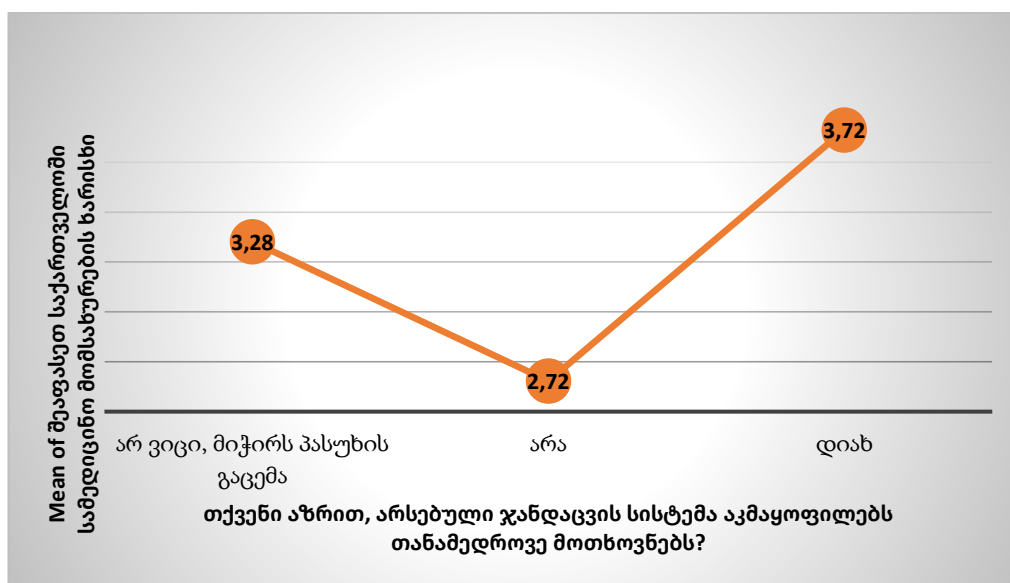
დიაგრამა 6 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამსახურებრივი პოზიცია / სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში



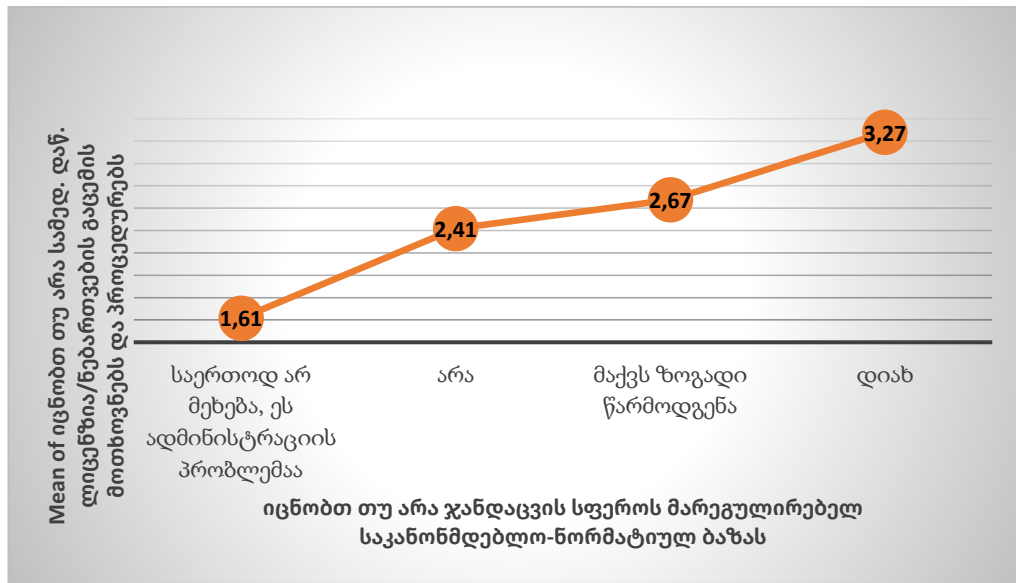
დიაგრამა 7 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო შეფასება: სტანდარტების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე / საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე



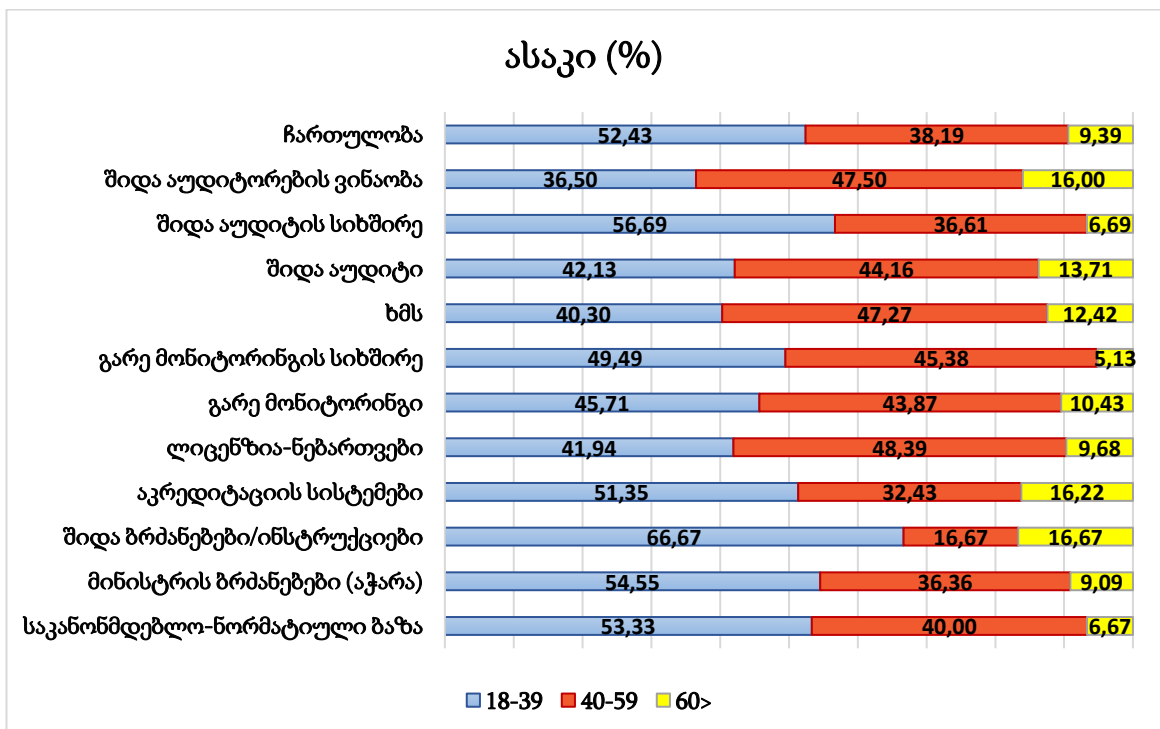
დიაგრამა 8 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება - არსებული ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისობა თანამედროვე მოთხოვნებთან დაკავშირებით / საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე



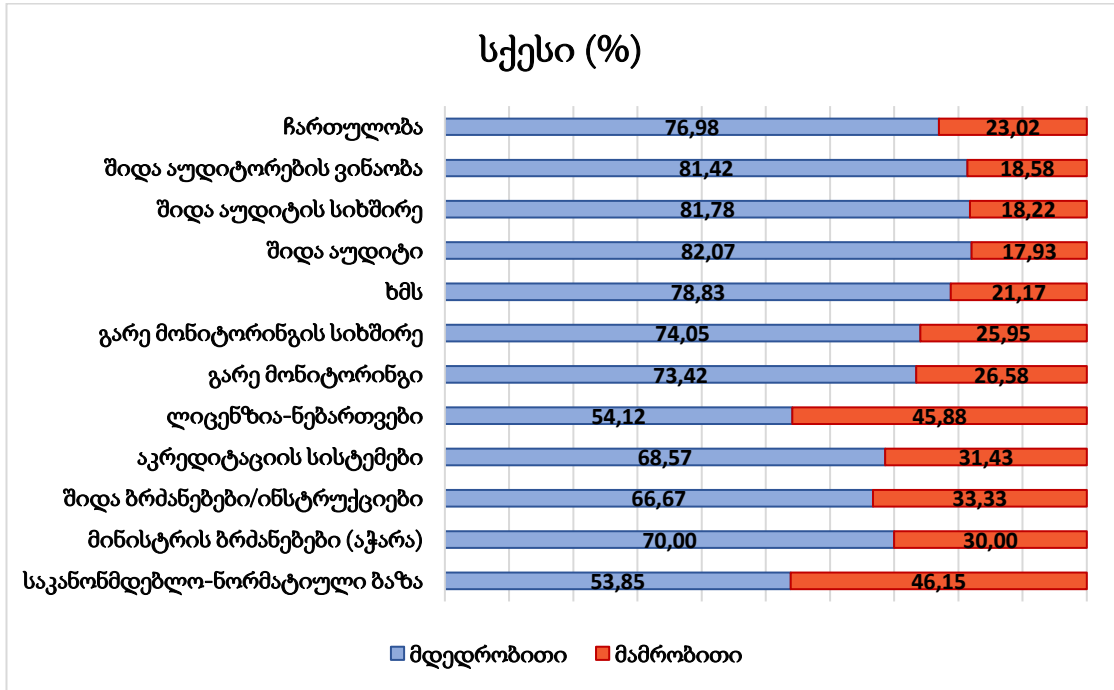
დიაგრამა 9 - დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): პერსონალის ცოდნა გათვითცნობიერებულობა - ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ნორმატიული ბაზა / სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ლიცენზია/ნებართვების გაცემის მოთხოვნები და პროცედურები



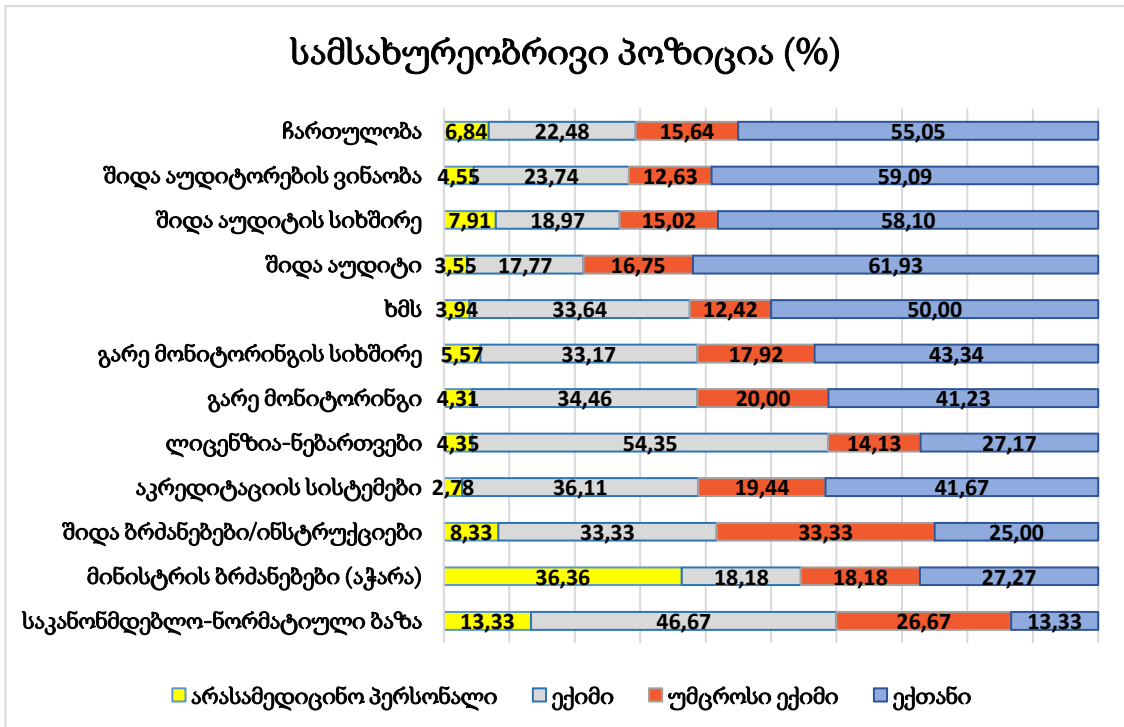
დიაგრამა 10 - საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულების მაჩვენებელი ასაკის მიხედვით



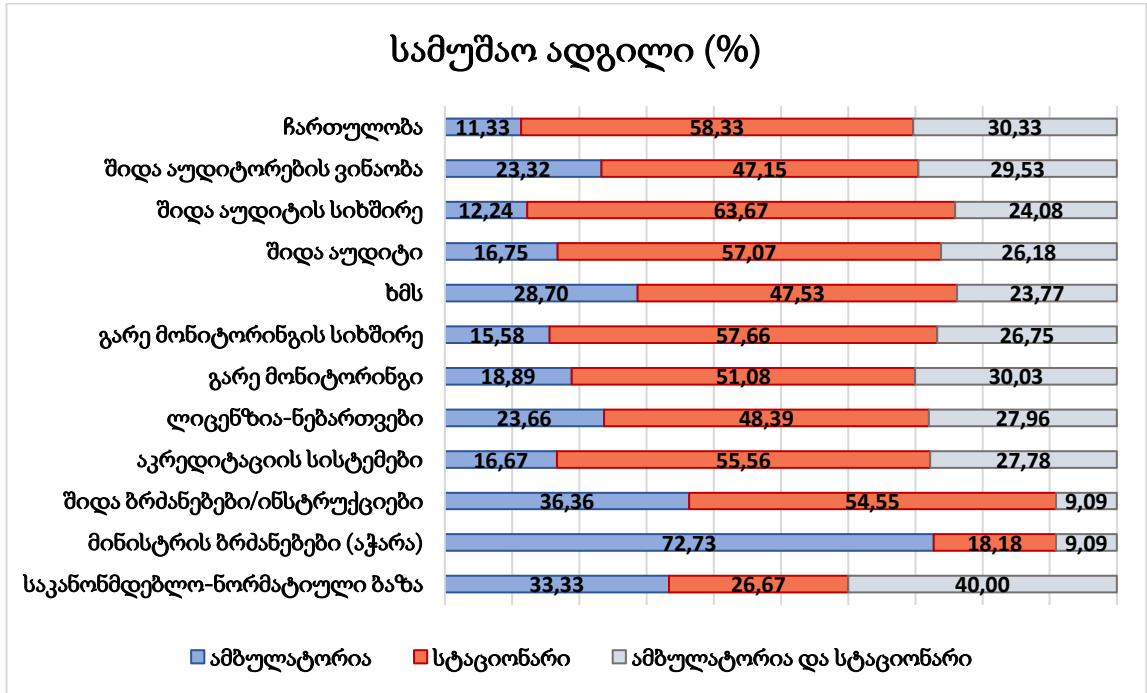
დიაგრამა 11 - საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულება სქესის მიხედვით



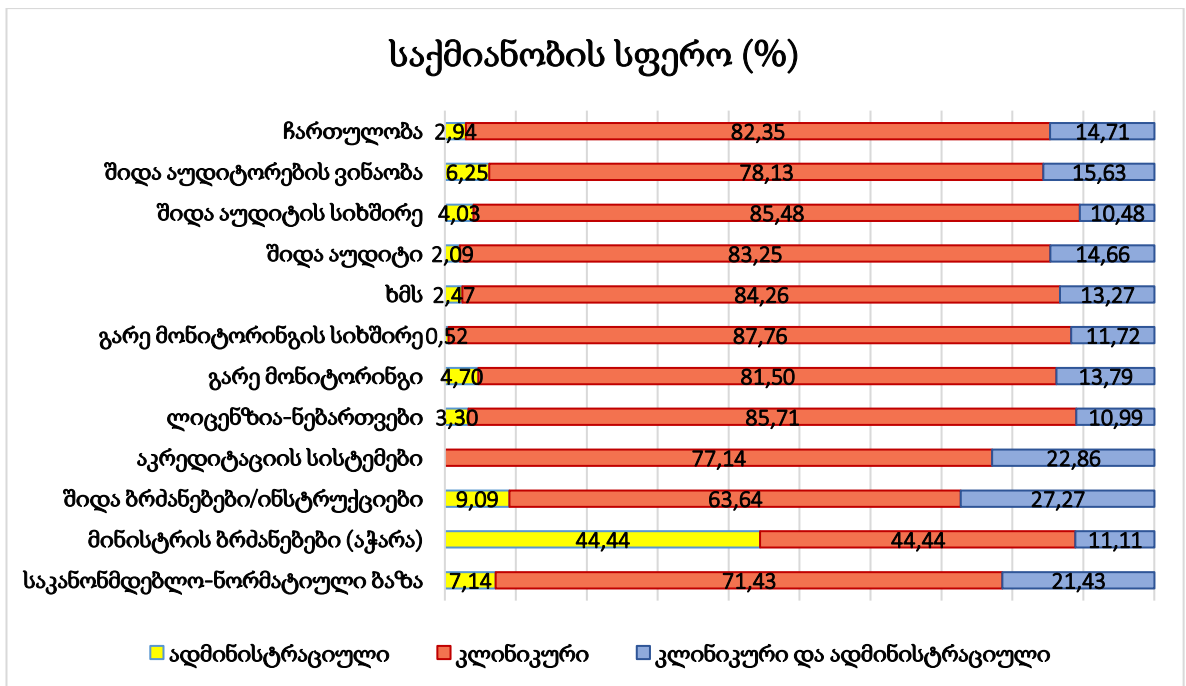
დიაგრამა 12 - საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულება სამუშაო პოზიციის მიხედვით



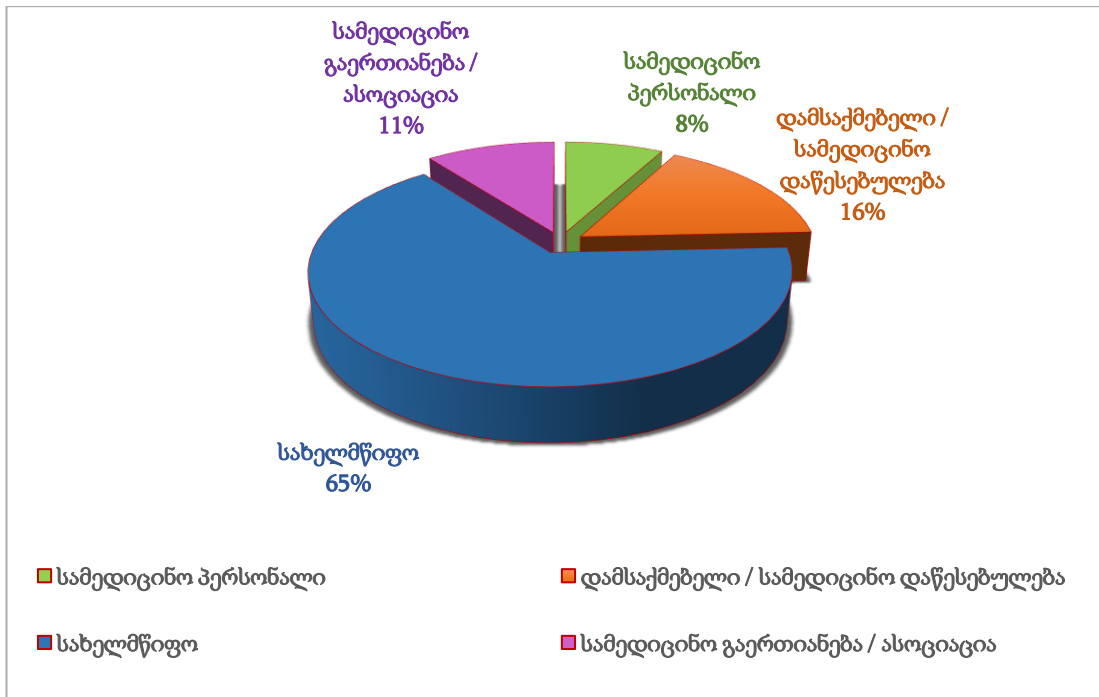
დიაგრამა 13 - - საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულება სამუშაო ადგილის მიხედვით



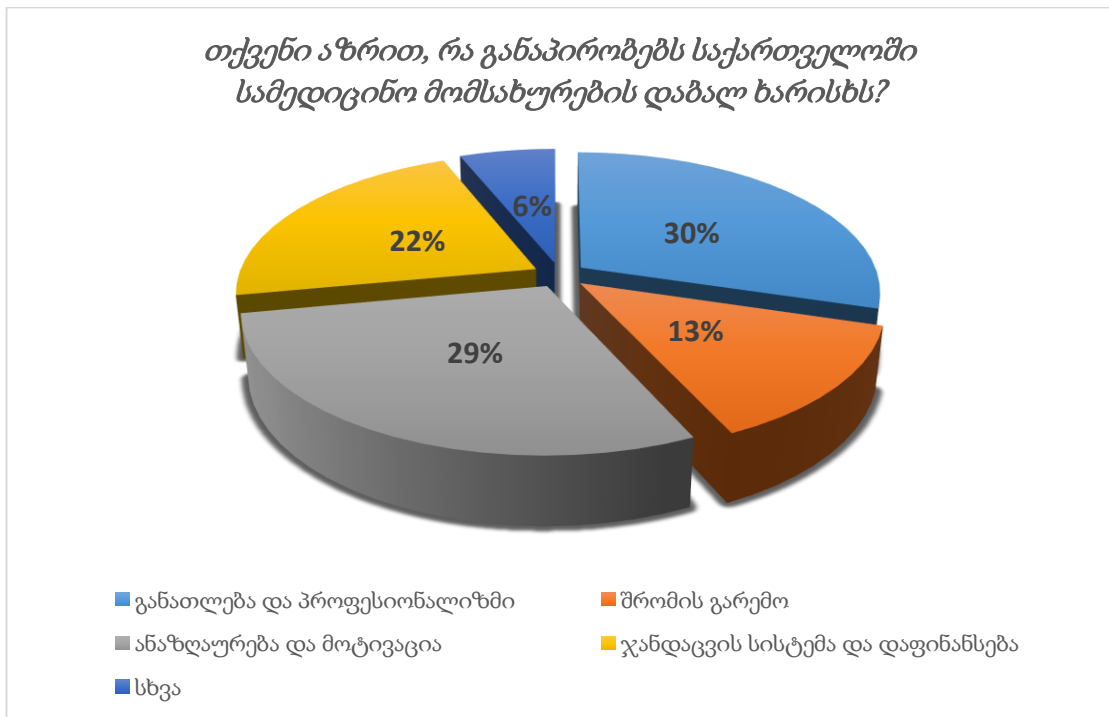
დიაგრამა 14 - საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულება საქმიანობის სფეროს მიხედვით



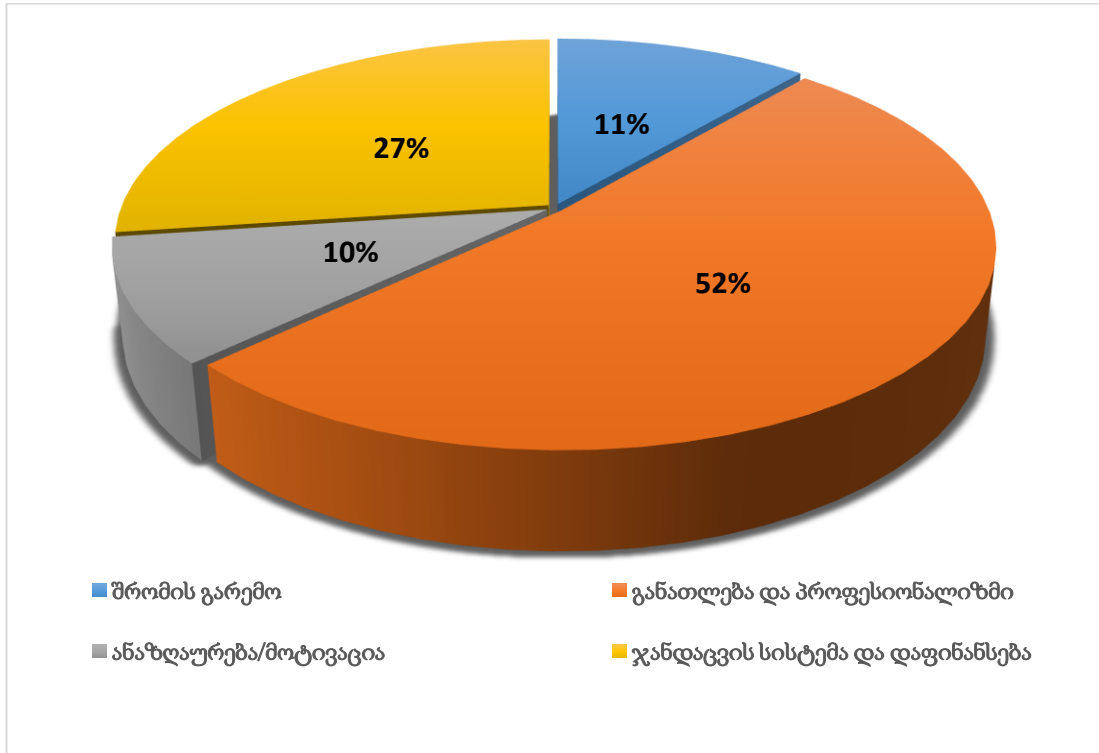
დიაგრამა 15 - რესპონდენტთა დამოკიდებულება უწყვეტი პროფესიული განათლების უზრუნველყოფის ვალდებულებასთან დაკავშირებით



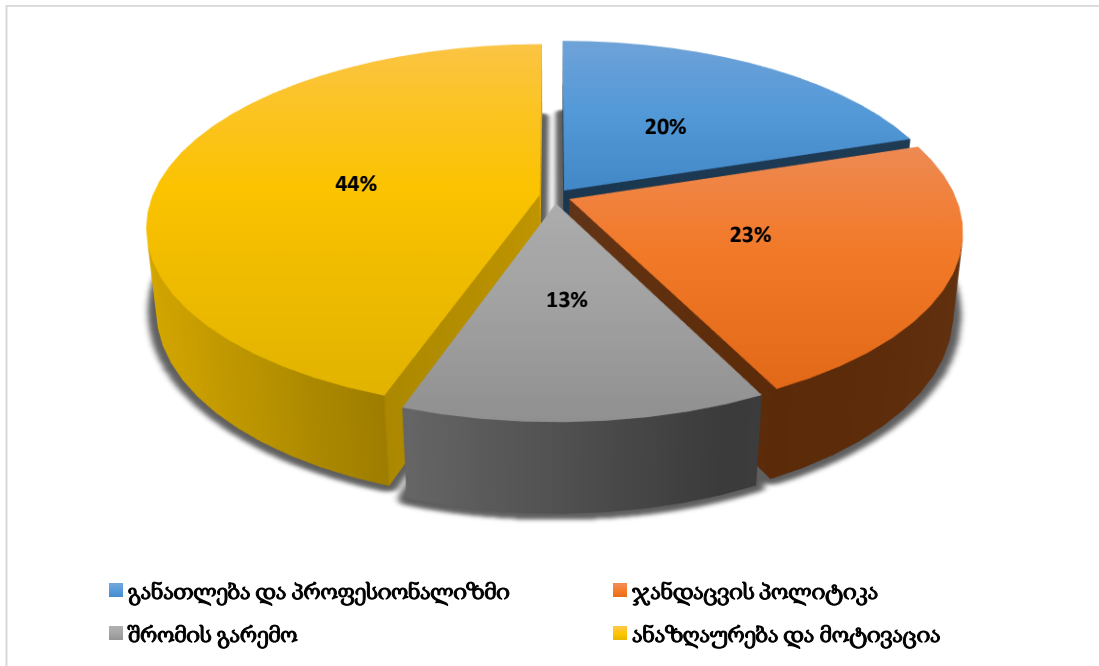
დიაგრამა 16 - რესპონდენტთა მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაბალი მაჩვენებლის მიზეზების შეფასება



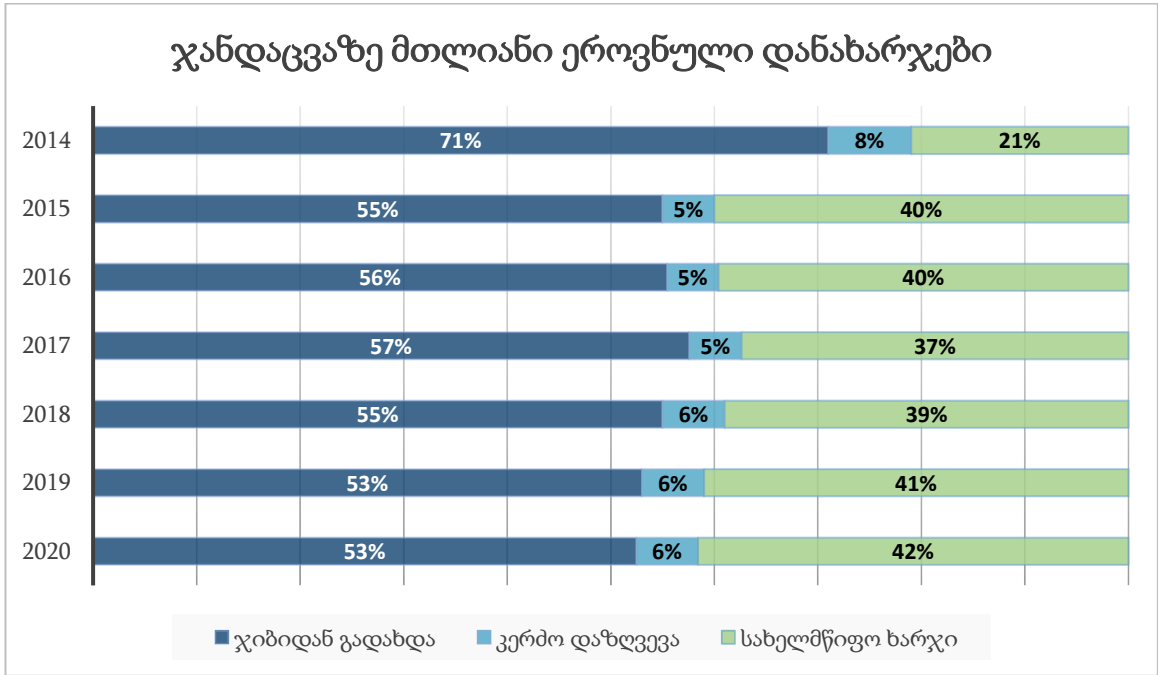
დიაგრამა 17 - რესპონდენტთა შეფასება: ჯანდაცვის სფეროს განვითარების საჭიროებები



დიაგრამა 18 - რესპონდენტთა შენიშვნები და რეკომენდაციები

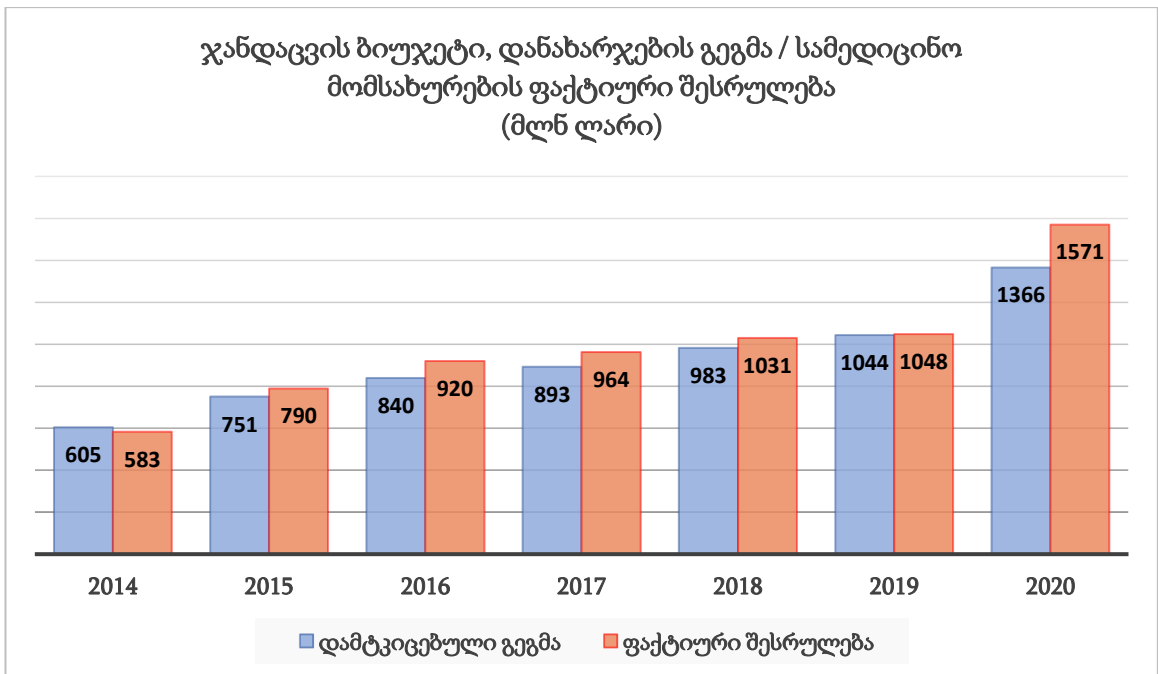


დიაგრამა 19 - ჯანდაცვაზე მთლიანი ეროვნული დანახარჯები (2014-2020)



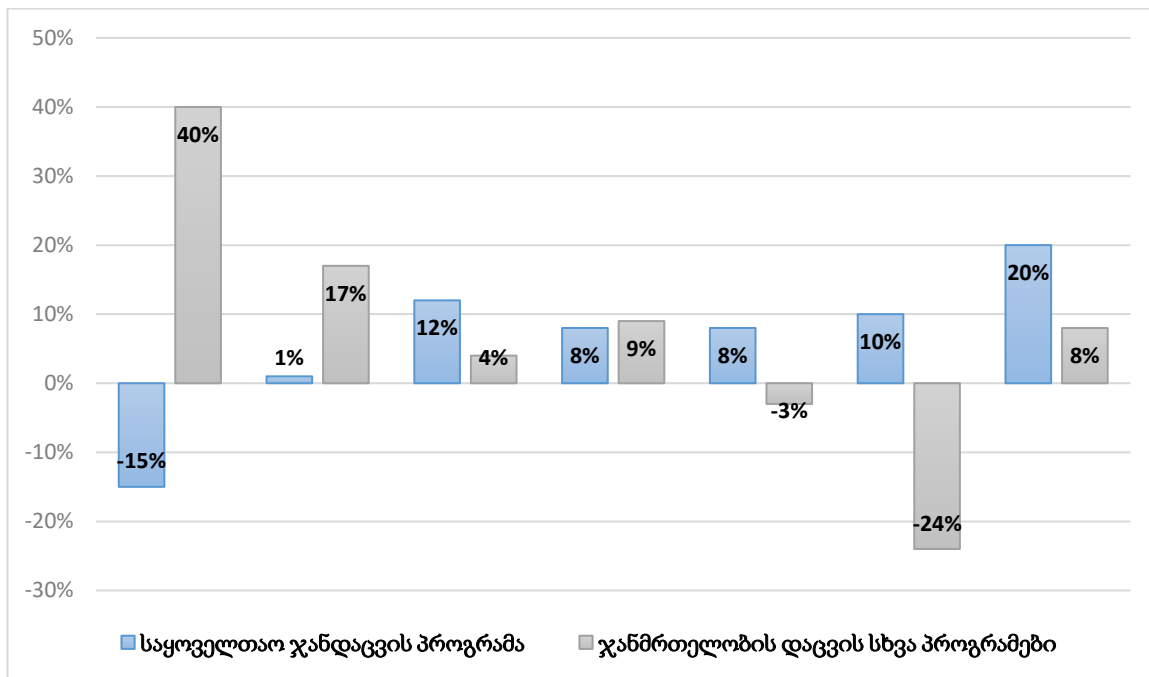
წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშები, ბარომეტრი-მე14 ტალღა

დიაგრამა 20 - ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტის გეგმა და ფაქტობრივი დანახარჯები სამედიცინო მომსახურებაზე (2014-2020)



წყარო: ბარომეტრი XIV – 2021 (20) / საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო

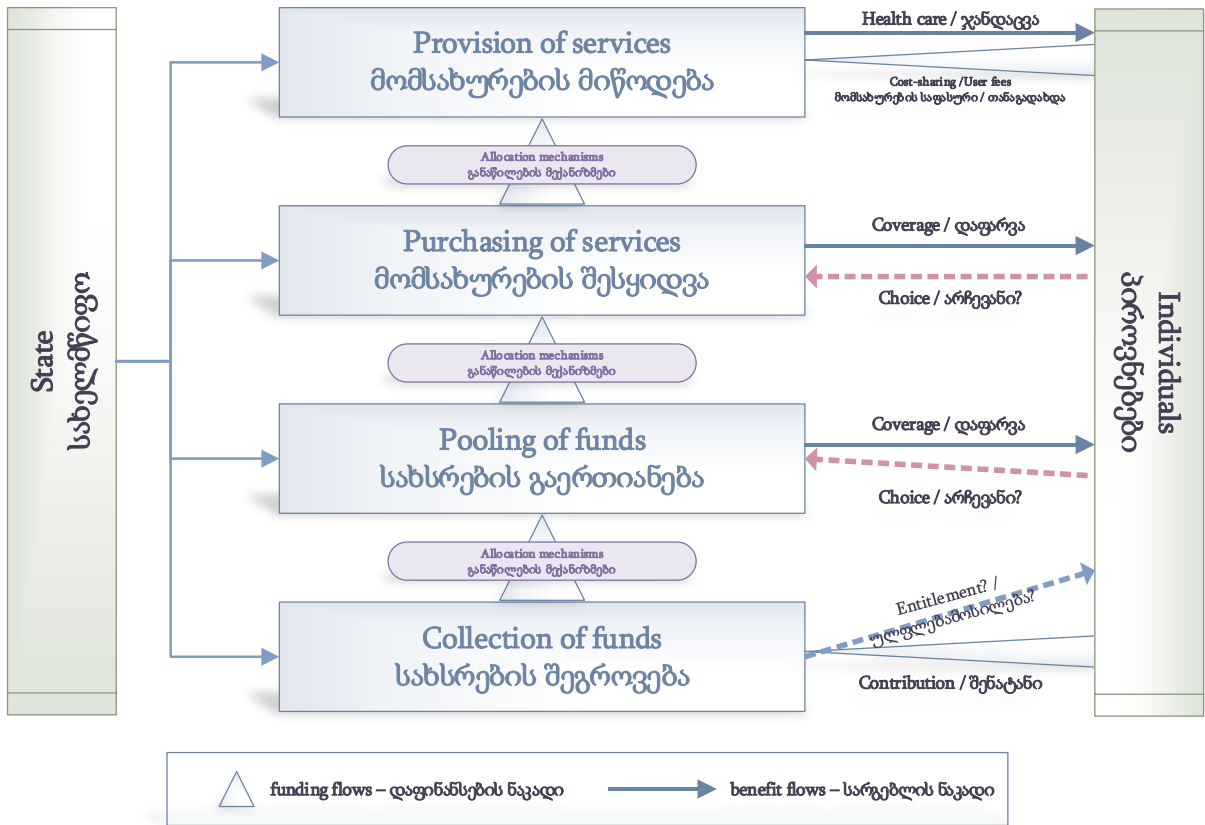
დიაგრამა 21 - დამტკიცებული გეგმის ფაქტობრივი შესრულების მაჩვენებლები (%)



წყარო: ბარომეტრი XIV – 2021 (20) / საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო

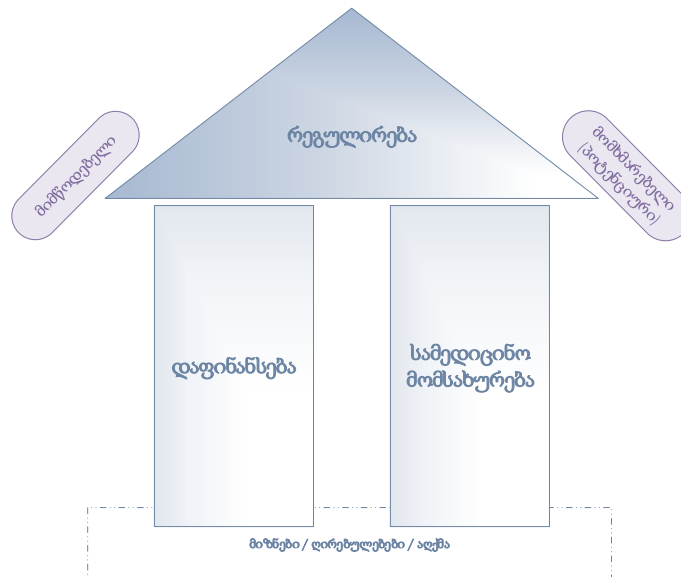
სურათები:

სურათი 1 - ჯანდაცვის დაფინანსების 4 ფუნქცია



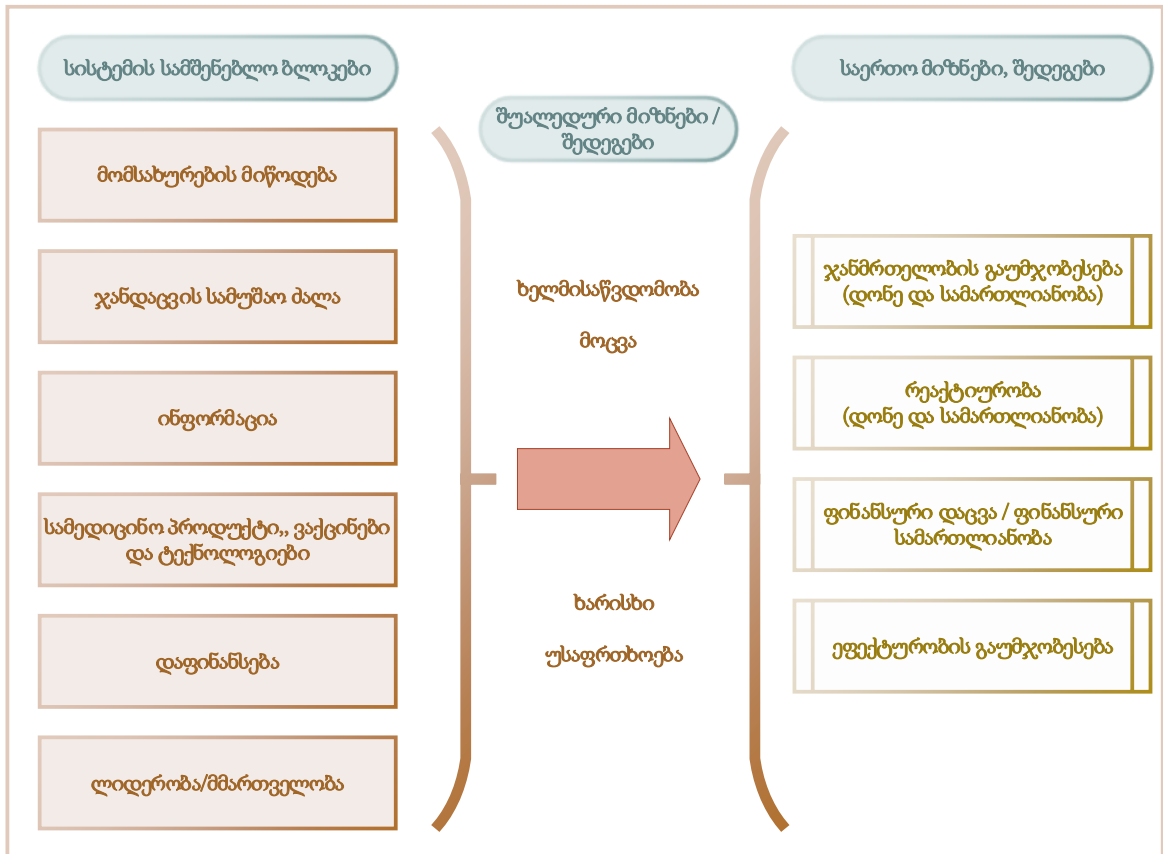
წყარო: ავტორი გზირიშვილი და სხვ. (5) / Kutzin-ის (72) მიხედვით

სურათი 2 - ჯანდაცვის სისტემის ჩარჩო-სტრუქტურა Rothgang, Cacare, Grimmeisen და Wendt-ის მიხედვით



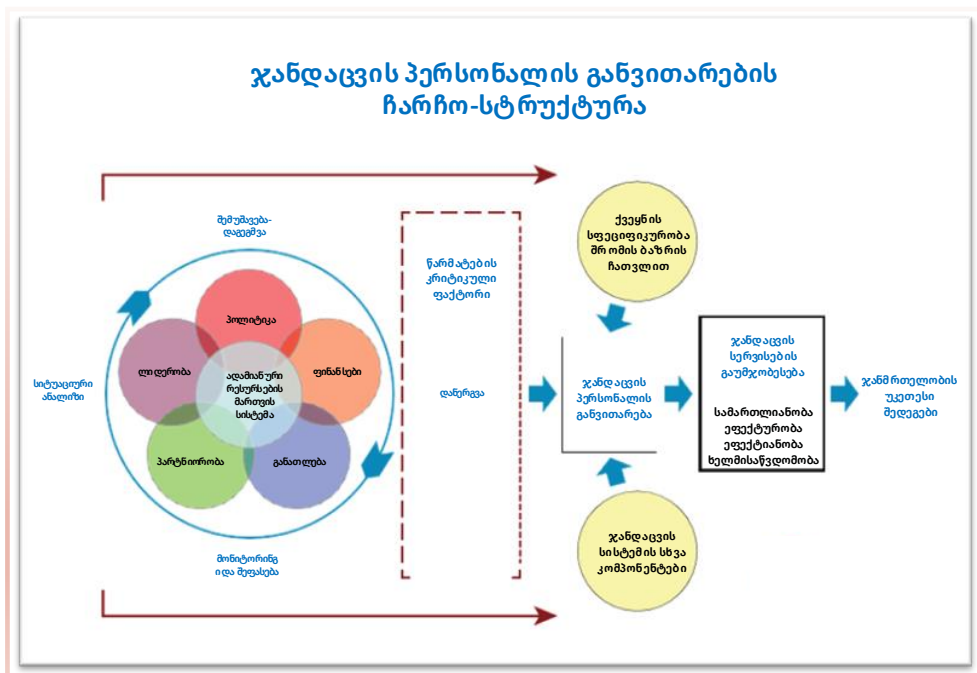
წყარო: ავტორი, Rothgang და სხვების (164) მიხედვით

სურათი 3 - ჯანდაცვის სისტემის ჩარჩო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით



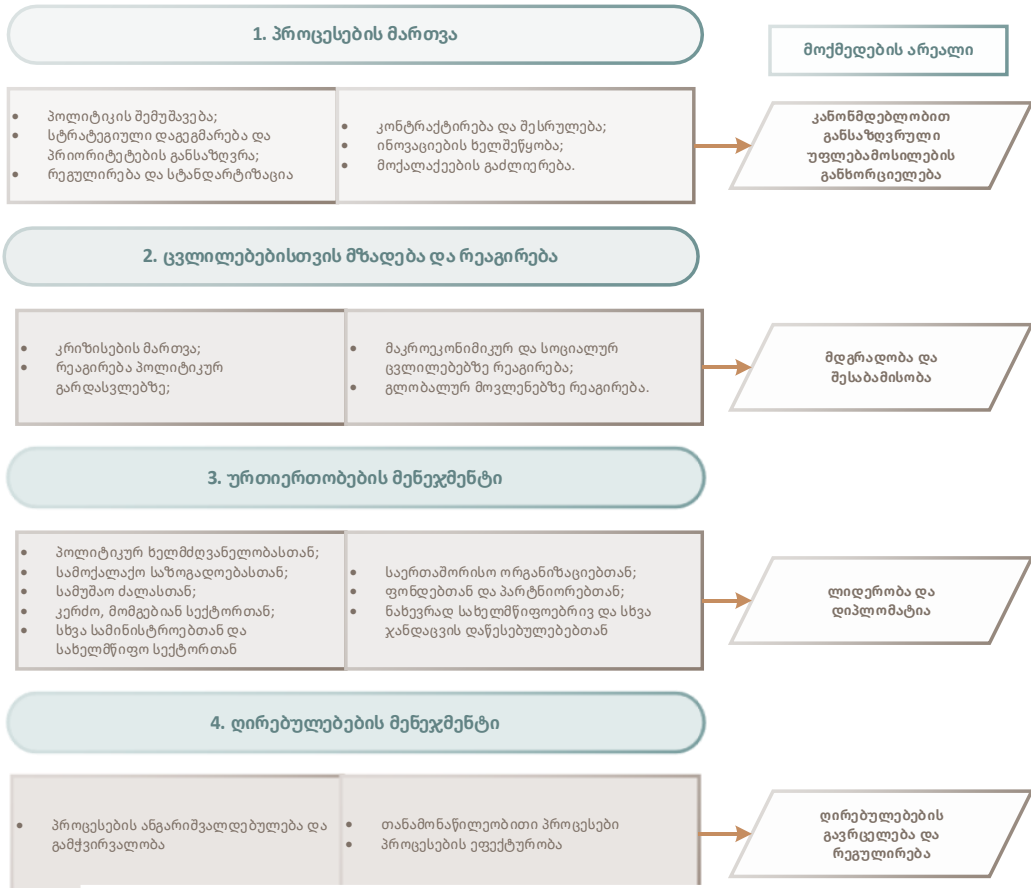
ავტორი WHO (109) / WHO; OECD; EOHSP-ის (113) მიხედვით

სურათი 4 - ჯანდაცვის პერსონალის განვითარების ჩარჩო (GHWA)



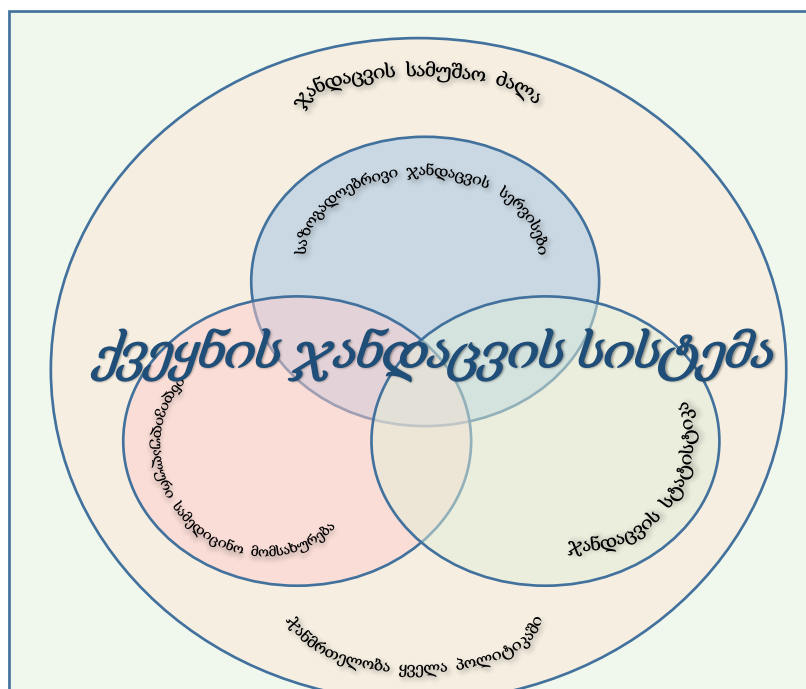
წყარო: ავტორი Omaswa F. და Boufford J. I.-ის (84) მიხედვით

სურათი 5 - ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მმართველობის ფუნქციები და საქმიანობის არეალი



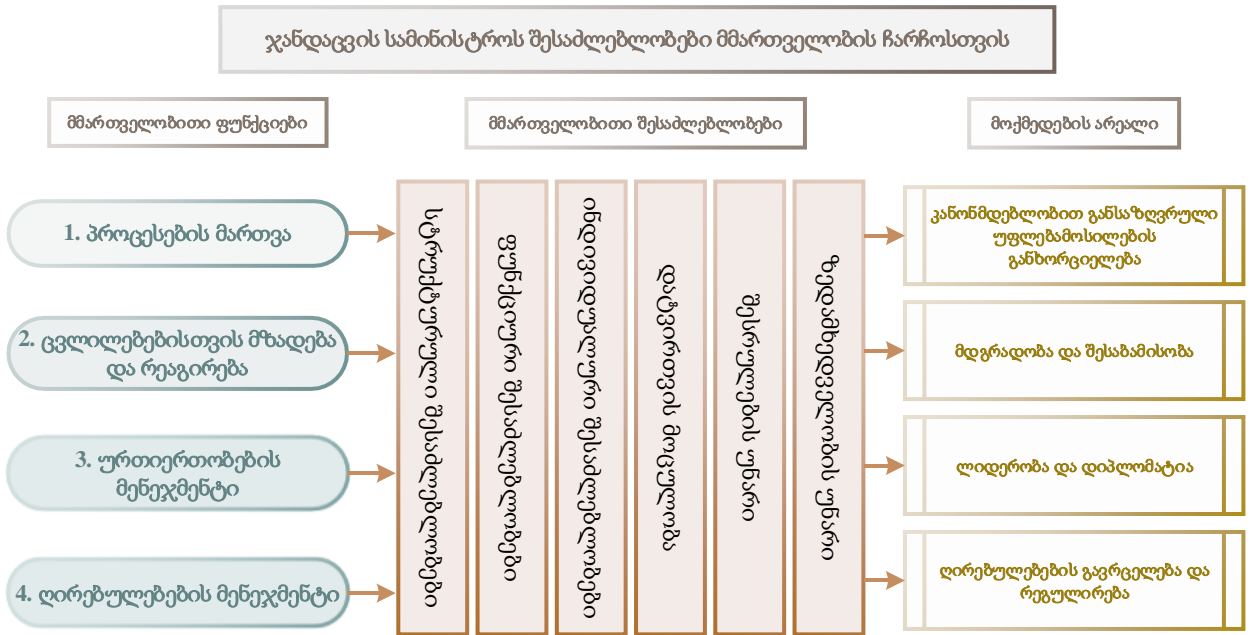
წყარო: ავტორი Sriram და სხვების (96) მიხედვით

სურათი 6 - ჯანდაცვის სისტემის ელემენტები Omaswa F. და Boufford J.I მიხედვით



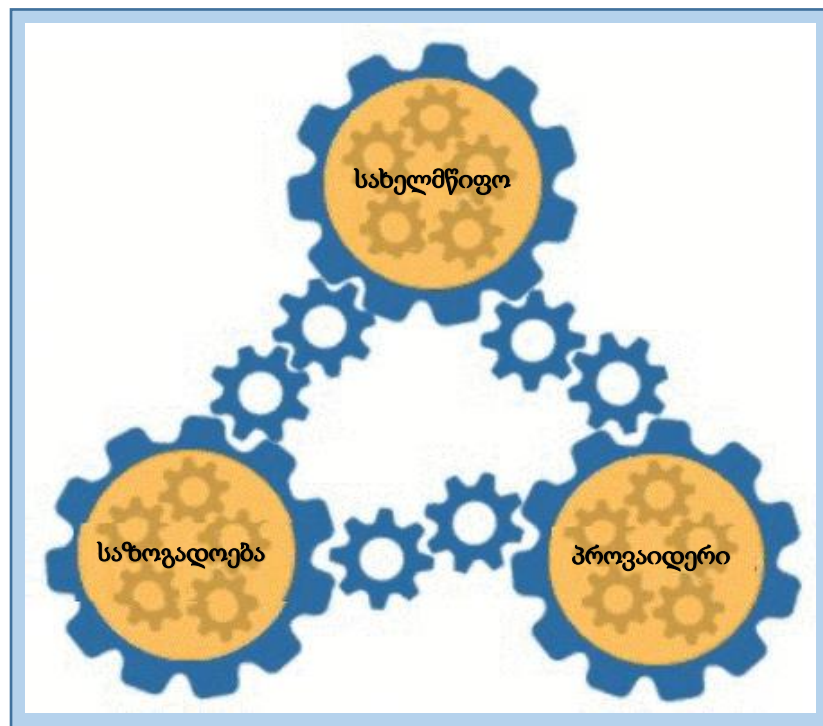
წყარო: ავტორი Omaswa F. და Boufford J.I. და სხვების (84) მიხედვით

სურათი 7 - ჯანდაცვის სამინისტროს მმართველობის როლი და შესაძლებლობები

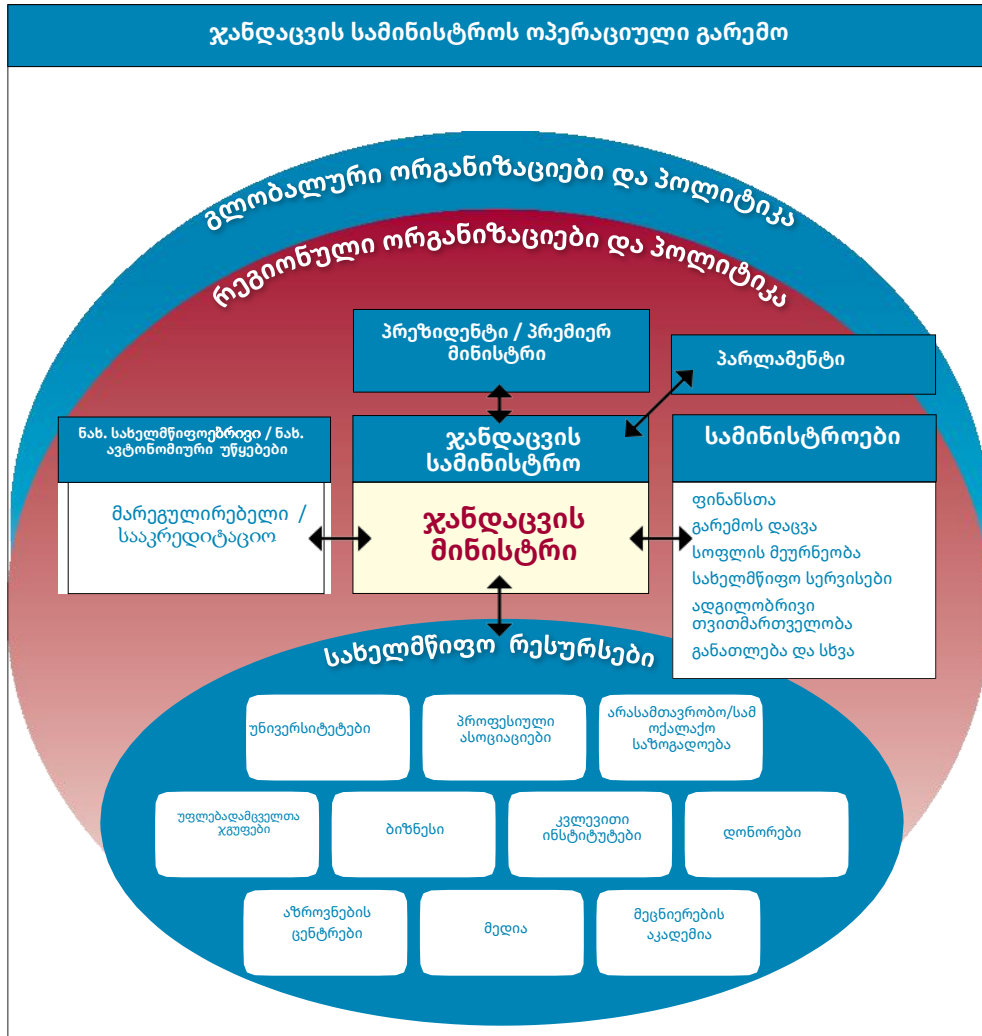


წყარო: ავტორი Sriram და სხვების (96) მიხედვით

სურათი 8 - ჯანდაცვის სისტემის მმართველობითი ჩარჩო



წყარო: ავტორი Bigdeli და სხვების (128) მიხედვით



წყარო: ავტორი Omaswa F და Boufford J I (84) მიხედვით

პირობითი აღნიშვნები, შემოკლებები

პირობითი აღნიშვნები

პირობითი აღნიშვნა	განმარტება
აგდ	არაგადამდები დაავადებები
ა.რ.	ავტონომიური რესპუბლიკა
უპგ	უწყვეტი პროფესიული განვითარება
უსგ	უწყვეტი სამედიცინო განათლება
პჯდ	პირველადი ჯანდაცვა
სმს	სოციალური მომსახურების სააგენტო
ე.წ.	ეგრეთ წოდებული
შპს	შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება
სს	სააქციო საზოგადოება
აშშ	ამერიკის შეერთებული შტატები
შშმ პირი	შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი
დკსჯეც	სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
ჯანმო	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
სსიპ	საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
ASL	Amyotrophic Lateral Sclerosis / ამიოტროფული გვერდითი სკლეროზი
CHIP	Children's Health Insurance Program
NHS	The National Health Service / ჯანმრთელობის ეროვნული სერვისები
CCG	Clinical Commissioning Groups / კლინიკური საოპერაციო ჯგუფები
MSA	Medical Savings Account / სამედიცინო შემნახველი ანგარიშები
VHI	Voluntary Health Insurance / ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევა
SHI	Social Health Insurance / ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა
PHI	Private Health Insurance / ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა
DRG	Diagnosis-related group / დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების სისტემა
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
NQPS	National Quality Policy and Strategy / ხარისხის ეროვნული პოლიტიკა და სტრატეგია
HVB	„Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger“ / Main Association of Austrian Social Security Institutions / ავსტრიის სოციალური დაცვის მთავარი ინსტიტუცია
AWBZ	“Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten” / Dutch Exceptional Medical Expenses Act / გრძელვადიანი მოვლის დაზღვევის სქემა
WLZ	"Wet langdurige zorg" / Dutch Long-Term Care Act
ZVW	„Zorgverzekeringswet“ / Dutch Health Insurance Act
EHR	ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონული ჩანაწერები
PPP	Public Private Partnership / სახელმწიფო-კერძო სექტორის ურთიერთობები
ISQua	The International Society for Quality in Health Care / სამედიცინო მომსახურების ხარისხის საერთაშორისო საზოგადოება

STEPS	STEP wise approach to NCD Surveillance / არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა
CDC	Centers for Disease Control and Prevention / დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის ცენტრი
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services / Medicare და Medicaid-ის ცენტრები
HHS	U.S. Department of Health & Human Services / აშშ ჯანმრთელობისა და ადამიანური სერვისების დეპარტამენტი
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality / „ჯანდაცვის კვლევისა და ხარისხის სააგენტოები“
NCQA	National Committee for Quality Assurance / ხარისხის უზრუნველყოფის ეროვნული კომიტეტი
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations / ჯანდაცვის ორგანიზაციების აკრედიტაციის ერთობლივი კომისია
FDA	The Food and Drug Agency / სურსათის და წამლის ფედერალური სააგენტო
EPA	The Environmental Protection Agency / გარემოს დაცვის სააგენტო
DHSC	Department of Health and Social Care / ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის დეპარტამენტი
SGB	Sozialgesetzbuch / Social Code Book / სოციალური კოდექსი
CQC	Care Quality Commission / ზრუნვის ხარისხის კომისია
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit / Dutch Healthcare Authority / ჰოლანდიის ჯანდაცვის ორგანო
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg / Health Care Inspectorate / ჯანმრთელობის დაცვის ინსპექცია
ACM	Antitrust Authority/Authority for Consumers and Market / ანტიმონოპოლიური/მომხმარებელთა და ბაზრის ორგანო
HAQ	The Healthcare Access & Quality / სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და ხარისხი
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss / Federal Joint Committee / გერმანიის ერთიანი ფედერალური კომიტეტი
RHAs	Regional Health Authorities / ჯანდაცვის რეგიონალური ორგანოები
CIHI	Canadian Institute for Health Information / კანადის საინფორმაციო ინსტიტუტი

შემოკლებები

შემოკლება	განმარტება
ჯანდაცვის სისტემა	ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა
საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო	საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრი	საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი
რეგულირების სააგენტო	სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო
საბჭო	პროფესიული განვითარების საბჭო

დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი	სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
აჭარის ჯანდაცვის სამინისტრო	აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო
აჭარის ჯანდაცვის მინისტრი	აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრი
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა	საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა

შესავალი

საკვლევი პრობლემატიკა და კვლევის აქტუალობა: სამედიცინო საქმიანობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მიმართულებაა, ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა კი ჯანდაცვის სისტემის მთავრი პრიორიტეტია. შესაბამისად, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ეფექტური ფუნქციონირება დამოკიდებულია სამედიცინო საქმიანობის რეგულირებისა და დაფინანსების კომპონენტებზე, რაც, საბოლოოდ, სამედიცინო მომსახურების ხარისხს განაპირობებს.

როგორც მთელს მსოფლიოში, ასევე საქართველოშიც, ჯანდაცვის რეფორმები პოლიტიკურ ცვლილებებთანაა დაკავშირებული. საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ყოველი მომდევნო პოლიტიკური მმართველი ძალის მიერ შეუჩერებლად მიმდინარეობს ჯანდაცვის სისტემის გარდაქმნა. დამოუკიდებლობის მოპოვებიდან დღემდე სისტემის რეფორმები 4 პერიოდად იყოფა. (11), (5) რეფორმის მეოთხე ტალღა და ბოლო მნიშვნელოვანი ცვლილება 2013 წელს, საყოველთაო ჯანდაცვის ამოქმედებასა და დაფინანსების სისტემის ცვლილებას უკავშირდება. 30-წლიანი რეფორმებისა და მრავალი მცდელობის მიუხედავად, ვერც ერთმა მთავრობამ ვერ უზრუნველყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დახვეწილი მოდელის შემოთავაზება.

ყოველი პოლიტიკური გარდასვლა წინ უძღვის სახელმწიფო პოლიტიკის და შესაბამისად, ჯანდაცვის სისტემის ძირეულ ცვლილებებს. ყოველი პოლიტიკური გარდასვლა და ჯანდაცვის სამინისტროს მმართველი რგოლის ცვლილება მიმართულია ახალი პროდუქტის შექმნისკენ. სამწუხაროდ, მთავრობები ხშირ შემთხვევებში არ ცდილობენ წინამორბედის მიერ განხორციელებული ქმედებების და მიღწეული შედეგების გაუმჯობესებას, მიუხედავად მისი ეფექტურობისა თუ წარმატებულობისა.

2014 წელს, საქართველოსა და ევროკავშირს შორის გაფორმებული ასოცირების შესახებ შეთანხმების ფარგლებში, ჯანმრთელობის დაცვის სხვა კონკრეტულ სფეროებთან ერთად, საქართველოს აღებული აქვს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების ვალდებულება მკაფიოდ განსაზღვრული მიმართულებებით, როგორებიცაა: რეფორმების გაძლიერება, ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა, ადამიანური რესურსების განვითარება, ჯანმრთელობის სფეროში მმართველობისა და ჯანდაცვის დაფინანსების სრულყოფა. (288) ასოცირების შეთანხმებით განსაზღვრული პირობების შესრულება 2014 წლიდან, ჯანდაცვის სისტემის განვითარების 2014-2020 სტრატეგიის ფარგლებში დაიწყო და მას შემდეგ უწყვეტად, თუმცა მაინც ფრაგმენტულად მიმდინარეობს.

2013 წლიდან, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა უზრუნველყოფს სამედიცინო სერვისებს მიღმა დარჩენილი საზოგადოების სრულ მოცვას და მათთვის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდას. მიუხედავად პირველადი ჯანდაცვის რგოლის განვითარებისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის გაძლიერების მრავლობითი მცდელობისა, ჯერ კიდევ დაბალია პჯდ სერვისების ათვისების მაჩვენებელი, რაც, საბოლოოდ, ამცირებს პროფილაქტიკური მედიცინის შესაძლებლობას და ტვირთავს ჰოსპიტალურ სექტორს. ჯანდაცვის მმართველობის სისტემური ნაკლოვანებები, სატარიფო ხარვეზები და დაფინანსების სისტემა, რასაც თან ერთვის რეგულირებისა და კონტროლის სუსტი მექანიზმები, სამედიცინო სექტორის მხრიდან არაკეთილსინდისიერი მიდგომის შესაძლებლობას ქმნის, რაც გარდა იმისა, რომ ხელს უშლის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას, ფინანსურ ზიანს აყენებს სახელმწიფოს.

საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და მომსახურების სტანდარტები არ არის თავსებადი განვითარებული ქვეყნების სტანდარტებთან. ათწლეულების განმავლობაში გატარებული ჯანდაცვის სისტემის რეფორმებისა და განხორციელებული ცვლილებების მიუხედავად, სერიოზულ გამოწვევად რჩება პაციენტზე ორიენტირებული, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის, რეგულირებისა და ეფექტური კონტროლის საკითხები.

საქართველოში სამედიცინო საქმიანობის რეგულირება სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიანებართვებისა და ექიმთა სახელმწიფო სერტიფიცირების საშუალებით ხორციელდება. მარეგულირებელი მოთხოვნები და სალიცენზიო-სანებართვო პირობები ძირითადად ტექნიკური ხასიათისაა, რომელიც უმეტესწილად ინფრასტრუქტურული საჭიროებებისა და სამედიცინო დაწესებულებაში ადამიანური რესურსების რაოდენობის განსაზღვრით შემოიფარგლება. რაც შეეხება საქმიანობის მონიტორინგს, აქცენტი ძირითადად, საანგარიშო დოკუმენტების განხილვის შემდეგ, შერჩევით კონტროლზეა გაკეთებული და ნაკლები ყურადღება ეთმობა სამედიცინო მომსახურების პროცესის ზედამხედველობას. გარდა იმისა, რომ სამედიცინო საქმიანობის განხორციელებისთვის დაწესებულია მინიმალური მოთხოვნები, მუდმივი განხილვის საგანს წარმოადგენს უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტის სავალდებულო სისტემის არარსებობაც.

კვლევის სამეცნიერო და პრაქტიკული მნიშვნელობა: საქართველო, ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო რეგულაციის ხარვეზებთან დაკავშირებით, სამეცნიერო კვლევების სიმწირით ხასიათდება. ნაშრომში წარმოდგენილმა კვლევის შედეგებმა კი შესაძლოა ხელი შეუწოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის რეგულაციასთან დაკავშირებული ხარვეზების

მინიმუმაცხადს და საფუძველი შექმნას ჯანდაცვის ეფექტიანი სახელმწიფო პოლიტიკის განვითარებისათვის.

შესწავლილი სამეცნიერო თეორიული მასალისა და განხორციელებული კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაცია და დასკვნები ხელს შეუწყობს:

- მეცნიერულ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემის ეფექტური მართვის მოდელის შემუშავებას, რომელიც შესაბამისობაში იქნება ქვეყნის კულტურულ, სოციალურ-პოლიტიკურ და ეკონომიკურ მდგომარეობასთან;
- მეცნიერულ მტკიცებულებაზე დაყრდნობით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და შემდგომი განვითარების სტრატეგიის შემუშავებასა და დანერგვას;
- მეცნიერულ მტკიცებულებაზე დაყრდნობით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის რეგულირებისა და კონტროლის ეფექტური მექანიზმების შემუშავების შესაძლებლობას, რაც სამედიცინო მომსახურებას გარდაქმნის მიზანმიმართულ და სისტემური ხასიათის პროცესად;

ნაშრომში წარმოდგენილი მსჯელობა და მიგნებები საინტერესო იქნება ჯანდაცვის სისტემის მართვის საკითხებით დაინტერესებული პროფესიული საზოგადოებისთვის, შესაძლებელი იქნება მისი სამეცნიერო და სასწავლო მიზნით გამოყენება. ნაშრომში წარმოდგენილი საკვანძო საკითხები შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ, ჯანდაცვის ანგარიშის მომზადების თუ სტრატეგიაზე მუშაობის პროცესში.

კვლევის საგანი და ობიექტი: ნაშრომის კვლევის საგანს წარმოადგენს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მართვის მოდელი, ხოლო კვლევის ობიექტია სამედიცინო საქმიანობის მომსახურების ხარისხის რეგულირების და კონტროლის სახელმწიფო სისტემა.

კვლევის მიზნები: ჯანდაცვის მოდელების, ძლიერი ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების გამოცდილების, ასევე საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრალური და რეგიონული სისტემების შესწავლის საფუძველზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლის განსაზღვრა და ხარვეზების გამოვლენა; საქართველოს ცენტრალური და რეგიონული ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის გაუმჯობესებისთვის რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე დასახულია შემდეგი პრაქტიკული ამოცანები:

- სადისერტაციო ნაშრომის თემის შესაბამისი სამეცნიერო მასალის, ასევე ნორმატიული ბაზის შესწავლა და ანალიზი;

- ჯანდაცვის მოდელების, განვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემის მართვის ფორმების, ხარისხის უზრუნველყოფისა და მარეგულირებელი სისტემების შეპირისპირებითი ანალიზი;
- საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ისტორიის, ცენტრალური და რეგიონული ჯანდაცვის სისტემების თავისებურებების შესწავლა;
- აჭარის ა.რ. რეგიონული ჯანდაცვის სისტემის მართვის თავისებურებების გამოვლენა, ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებისთვის აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს რესურსებისა და პოტენციალის შესწავლა;
- სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვა - რაოდენობრივი კვლევის განხორციელება;
- დარგის ექსპერტთა გამოკითხვა - თვისებრივი კვლევის განხორციელება;
- შესწავლილი მასალისა და კვლევის შედეგების შეჯამება, ინტერპრეტაცია, განსჯა და ანალიზი;
- დასკვნების გაკეთება და რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის ჰიპოთეზა: ჯანდაცვის სფეროს მმართველობითი და მარეგულირებელი სისტემა ვერ უზრუნველყოფს მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას, რადგან საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა ზედმეტად ცენტრალიზებულია, ხოლო რეგულირებისა და აღსრულების მექანიზმები კი არასრულყოფილი. ამავ დროს, ცენტრალურ და რეგიონულ ჯანდაცვის სისტემებს შორის, საკანონმდებლო, მმართველობითი, მარეგულირებელი და ხარისხის კონტროლის მიმართულებით შეინიშნება შეუსაბამობები.

თავი I. სამეცნიერო ლიტერატურის მიმოხილვა და კვლევის თეორიული კონტექსტი

1.1. ჯანმრთელობა და ჯანმრთელობის დაცვა, როგორც სახელმწიფოს მართვის სისტემა

დემოკრატიული სახელმწიფო სამართლიანობის და კანონის უზენაესობის პრინციპს ეფუძნება, რომელშიც „უმაღლეს სოციალურ ღირებულებად მიჩნეულია ადამიანი, მისი ღირსება, უფლებები და თავისუფლებები.“ (10), (189) „სახელმწიფოს ხელისუფლების წყაროა ხალხი“, შესაბამისად სახელმწიფო ემსახურება ხალხს და ზრუნავს მის კეთილდღეობასა და უსაფრთხოებაზე. (10), (287)

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუცია და ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია განსაზღვრავს თითოეული ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებას ჯანმრთელობისა და სოციალური კეთილდღეობის შესახებ. (39), (321), (118), (320) ჯანმრთელობის უფლების უზრუნველყოფა კი სახელმწიფოს ვალდებულება და პასუხისმგებლობაა. (39), (84)

საქართველოს კონსტიტუციის თანახმად, საქართველო არის სამართლებრივი და სოციალური სახელმწიფო, რომელიც „...ზრუნავს ადამიანის ჯანმრთელობისა და სოციალურ დაცვაზე“, სადაც ყველას აქვს უფლება იცხოვროს ჯანმრთელობისთვის უვნებელ გარემოში. საქართველოს მოქალაქის უფლებებს ხელმისაწვდომ და ხარისხიან ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე განსაზღვრავს ქვეყნის კანონმდებლობა (მუხლი 28/1) - „სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულებას და სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, არეგულირებს ფარმაცევტულ წარმოებას და ფარმაცევტული საშუალებების მიმოქცევას.“ (287)

„ჯანმრთელობის სფეროს განვითარების სტრატეგიული ხედვის“ ავტორები მიიჩნევენ, რომ ჯანმრთელობის დაცვა „უფრო მეტია, ვიდრე სამედიცინო მომსახურება...“. ამასთან, ჯანმრთელობის სისტემას გამოყოფენ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემიდან და აღნიშნავენ, რომ „ფართოდ გავრცელებულ „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის“-გან განსხვავებით, ჯანმრთელობის სისტემა („დაცვის“ გარეშე) უფრო ფართო ცნებაა და ბევრად უკეთ ასახავს ფაქტორების ზემოქმედებას, მოთამაშეთა ურთიერთქმედებასა და ძალისხმევების უწყვეტობას ადამიანის დაბადებიდან მოყოლებული სიკვდილამდე. „ჯანმრთელობის სისტემა“ ტერმინი საშუალების იძლევა ჯანმრთელობა აღქმული იყოს კაპიტალად, და ყველას ძალისხმევა – ინვესტიციად, და ნაკლებად – ჯანმრთელობის დაცვაზე ხარჯებად.“ (6)

ჯანმო-ს განმარტების თანახმად, „ჯანმრთელობის სისტემა მოიცავს ორგანიზაციების, საზოგადოების და ქმედებების ერთობლიობას, რომელთა ძირითად მიზანსაც ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, აღდგენა და შენარჩუნება წარმოადგენს.“ (108), (109), (116)

ო. გერზმავას შეფასებით, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა ეს არის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შენარჩუნება და გაუმჯობესება დაავადებების პრევენციის, დროული დიაგნოსტიკისა და ადეკვატური მკურნალობის გზით. „ჯანმრთელობის დაცვა საზოგადოებისა და პიროვნების აქტიური ერთობლივი საქმიანობის პროდუქტია“, რომელიც საზოგადოებისთვის ხელსაყრელი პირობების შექმნას, ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და განმტკიცებას გულისხმობს. ჯანმრთელობის დაცვა და მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ყველა ქვეყნის პრიორიტეტული საკითხი და ვალდებულებაა, შესაბამისად იგი რეგულირდება ქვეყანაში მოქმედი კანონმდებლობით. (3), (4)

მ. რომერი ჯანდაცვის სისტემას განსაზღვრავს, როგორც „რესურსების, ორგანიზაციის, დაფინანსებისა და მართვის ერთობლიობა, რომელიც მთავრდება მოსახლეობისთვის ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებით“. (88), (116)

ნ. მირზიკაშვილის შეფასებით, საზოგადოების ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად ძლიერი ჯანდაცვის სისტემა და მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება არ არის საკმარისი, ასევე გადამწყვეტი და მნიშვნელოვანია ჯანსაღი გარემოს შექმნა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვა. სახელმწიფოს ვალდებულებაა, შექმნას გარემოს, ასევე სოციალურ-ეკონომიკური კეთილდღეობის მაქსიმალური სტანდარტები და პრევენციული ღონისძიებების განხორციელებით, უზრუნველყოს საზოგადოებისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა და სოციალურ-ეკონომიკური პირობების გაუმჯობესება. (17)

Franklin W.-ს შეფასებით, მსოფლიო ჯანდაცვის სისტემების უმეტესობა ორიენტირებულია დაავადებაზე და ნაკლებ ყურადღებას უთმოს ჯანმრთელობის ოპტიმიზაციასა და ამით ავადობის ტვირთის შემცირების საკითხს. მდგომარეობის გაუმჯობესებას ხელს უშლის რესურსების არათანაბარი გადანაწილება. Franklin W.-ს მსჯელობის თანახმად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს „მდგრადი ჯანდაცვის სისტემის ქვაკუთხედს“, რომელთა გათვალისწინებაც ჯანდაცვის პოლიტიკაში აუცილებელ პირობას წარმოადგენს ეფექტური, სამართლიანი, ეფექტიანი და ხელმისაწვდომი სისტემის უზრუნველსაყოფად. (175)

ჯანდაცვის სისტემების უკეთ გააზრებისა და შეფასების შესაძლებლობის უზრუნველყოფის მიზნით, ბოლო 2 ათწლეულის განმავლობაში ჯანდაცვის სისტემის უამრავი ჩარჩო შეიქმნა,

რომელშიც „ხარისხი“ ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მიზანს წარმოადგენს. აღსანიშნავია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, 2007 წელს შემუშავებული ჯანდაცვის სისტემის ჩარჩო, რომელიც ეფუძნება სისტემის შემადგენელი კომპონენტების წარმოჩენას „სამშენებლო ბლოკების“ სახით. (სურათი 3) ესენია: მომსახურების მიწოდება; ჯანდაცვის პერსონალი; ჯანდაცვის სამუშაო ძალა; ინფორმაცია; სამედიცინო პროდუქტი, ვაქცინები და ტექნოლოგიები; დაფინანსება, ლიდერობა და მმართველობა. აღნიშნული ჩარჩოს მიხედვით, ხარისხი, უსაფრთხოება, ხელმისაწვდომობა და მოცვა განსაზღვრულია, როგორც შუალედური მიზნები, რომელთა მიღწევაც საბოლოო ჯამში ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სისტემის საერთო მიზნების მიღწევას, როგორებიცაა: ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, რეაგირება, ფინანსური დაცვა და ეფექტურობის გაუმჯობესება. (სურათი 3), (109), (113)

ჯანმო-ს კონსტიტუციის თანახმად, ქვეყნის მთავრობათა პასუხისმგებლობაა მოსახლეობის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა, ჯანმრთელობის პოლიტიკის განხორციელების გზით. (39), (321), (118)

ჯანდაცვის პოლიტიკა სახელმწიფო პოლიტიკის შემადგენელი ნაწილია, რომლის მიზანსაც სტრატეგიული ქმედებების განხორციელებით, მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე ზრუნვა წარმოადგენს. პოლიტიკური გადაწყვეტილებები გულისხმობს დაინტერესებულ მხარეთა შორის შეთანხმებების მიღწევას და პირადი ინტერესების დათმობას საზოგადოებრივი ინტერესის გათვალისწინებით. (3), (4)

ჯანდაცვის პოლიტიკის სტრატეგიების შემუშავების პროცესში მნიშვნელოვანია ქვეყნის ისტორიის, ტრადიციების, კულტურისა და ეკონომიკური შესაძლებლობების გათვალისწინება. პოლიტიკის შემუშავება ხორციელდება ხელისუფლებისა და ჯანდაცვის სექტორის მონაწილეობით, საჭიროების შემთხვევაში კი საერთაშორისო სააგენტოებისა და დონორი ორგანიზაციების ჩართულობით. (3), (4)

Toth F.-ს შეფასებით, ჯანდაცვის პოლიტიკა ფაქტობრივად ასახავს მოლაპარაკებებს (კონფლიქტებს), შეთანხმებებსა და ძალაუფლებებს მთავრობებსა და დაინტერესებულ მხარეებს შორის. ჯანდაცვის სექტორის კომერციული ინტერესები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს დასაქმებაზე, მოქალაქეების ცხოვრების ხარისხზე, ოჯახების ფინანსურ დანახარჯებზე და ხშირად გამოიყენება, როგორც სოციალური და პოლიტიკური კონსენსუსის მიღწევის საშუალება. (104)

White F.-ს, Kourkouta-სა და სხვების თანახმად, ჯანდაცვის სისტემა მოიცავს საზოგადოებასა და ინსტიტუციებს შორის კომპლექსურ ურთიერთკავშირს, რომელიც გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე და რომლის მიზანსაც ჯანმრთელობის დაცვა წარმოადგენს. (145), (175)

ქვეყნების უმეტესობა საკუთარ კონსტიტუციაში ასახავს მოქალაქის უფლებას სამედიცინო მომსახურების შესახებ. შესაბამისად, მთავრობათა კონსტიტუციურ პასუხისმგებლობას წარმოადგენს მათზე დაკისრებული ვალდებულების შესრულება. Omaswa F. და Boufford J.I.-ის თანახმად, ეფექტური ჯანდაცვის სისტემის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია სისტემის 5 ელემენტის გათვალისწინება, ესენია: ჯანმრთელობა ყველა პოლიტიკაში, ჯანდაცვის სამუშაო ძალა, ჯანდაცვის კვლევითი (სტატისტიკის) სისტემები, საზოგადოებრივი და ინდივიდუალური ჯანდაცვის სერვისები. (სურათი 6), (84)

ჯანმო-ს თანახმად, ჯანდაცვის სისტემას და მის მმართველობას განსაზღვრავს დაინტერესებულ მხარეთა სამი კატეგორია (აქტორები):

1. სახელმწიფო - სამთავრობო ორგანიზაციები და უწყებები ცენტრალურ თუ რეგიონალურ დონეზე;
2. ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლები - კომერციული/არაკომერციული საჯარო და კერძო სამედიცინო დაწესებულებები, პროფკავშირები, პროფესიული ასოციაციები, ზრუნვის და მომსახურების ქსელები და სხვა.
3. საზოგადოება - სამედიცინო მომსახურებით მოსარგებლე მოქალაქეები. (211), (131)

ჯანდაცვის სისტემის მართვის პროცესში დაინტერესებულ მხარეთა ჩართულობის მნიშვნელობაზე საუბრობენ Omaswa F. და Boufford, J.I.-იც, რომელთა ნაშრომშიც (“Strong Ministries for Strong Health Systems: A Handbook for Ministers of Health”) წარმოდგენილი ჯანდაცვის სისტემის მმართველობის ორგანიზაციული სტრუქტურა (“Ministry of Health Operating Environment”) ნათლად ასახავს მმართველობით პროცესში მონაწილეთა ურთიერთკავშირს. (სურათი 9), (84)

ბოჰმისა და სხვების შეფასებით, ჯანდაცვის სისტემის აქტორებს შორის (სახელმწიფო, საზოგადოება და კერძო სექტორი) არსებობს შემდეგი იერარქიული ურთიერთდამოკიდებულება - რეგულირება, დაფინანსება და მომსახურების მიწოდება, რომელშიც, უმაღლესი რგოლი აწესებს შეზღუდვებს დაქვემდებარებული რგოლებისთვის. (131)

სხვადასხვა ავტორის მიერ (Hood, Howlett, Toth და სხვები), სახელმწიფო პოლიტიკის ინსტრუმენტები დაჯგუფებულია 4 დიდ კატეგორიად: ორგანიზება, რეგულირება,

დაფინანსება და ინფორმირება. სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავების პროცესში, სახელმწიფო ინტერვენციების ფორმულირებისას, პოლიტიკის შექმნელები იყენებენ ინსტრუმენტების სხვადასხვა სახეს. ამრიგად, პოლიტიკის შექმნის ინიციატივა შეძლება აერთიანებდეს ორგანიზების, მარეგულირებელ, ფინანსურ და საინფორმაციო ინსტრუმენტებს: (62), (63), (170)

➤ **ორგანიზების ინსტრუმენტი** - საზოგადოებისთვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ხორციელდება უშუალოდ სახელმწიფოს მიერ, კერძოდ კი მის დაქვემდებარებაში მყოფი სამედიცინო დაწესებულებებისა და პერსონალის საშუალებით. ორგანიზების ინსტრუმენტის კარგი მაგალითია ინგლისი და ჯანდაცვის ეროვნული სისტემების (NHS) მქონე სხვა ქვეყნები. (170)

➤ **რეგულირების ინსტრუმენტი** - მარეგულირებელი პოლიტიკა როგორც წესი, მოიცავს სხვადასხვა წესებს, სტანდარტებს, ნებართვებსა თუ აკრძალვებს, მათი შეუსრულებლობის შემთხვევაში კი ითვალისწინებს გარკვეული სანქციების დაწესებას. (63), (170) ჯანდაცვის სფეროს ბევრი ასპექტი ექვემდებარება სახელმწიფო რეგულირებას. (164)

➤ **ფინანსური ინსტრუმენტი** - მარეგულირებელი ინსტრუმენტის გარდა, ფინანსური მოტივაცია, ისევე როგორც სანქცია, ემსახურება ჯანდაცვის სექტორის (მზღვეველი, სამედიცინო დაწესებულება) და მომხმარებელთა ქცევაზე ზეგავლენას. (146), (170)

მზღვეველთათვის ტიპიური წამახალისებელი ან ფინანსური სანქციების მექანიზმი გვხვდება ისეთ ქვეყნებში, სადაც მოქმედებს რისკის გათანაბრების სისტემა. მაგალითად, მზღვეველთათვის განსაზღვრულია მაღალი ფულადი ანაზღაურება, თუ კი ისინი უზრუნველყოფენ მაღალი რისკის მქონე პაციენტების დაზღვევას, ხოლო დაზღვეულებს ეკისრებათ სავალდებულო შენატანების გადახდა. (146), (170)

➤ **საინფორმაციო ინსტრუმენტის** გამოყენებას დიდი გავლენა აქვს ჯანდაცვის სექტორის მართვაზე. ინფორმაციული მიდგომა გულისხმობს საინფორმაციო და ცნობიერების ამაღლების კამპანიაში სახელმწიფოს ჩართულობასა და ინვესტირებას; მაგალითად, როგორცაა: ჯანსაღი ცხოვრების წესის, ვაკცინაციის თუ სკრინინგის სერვისების პოპულარიზაცია. (146), (170)

1.1.1. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის თავისებურებები - ჯანდაცვის რეფორმებისა და მოდელების მიმოხილვა

ქვეყნების ეროვნული ჯანდაცვის სისტემები განსხვავდება ევოლუციური განვითარების ეტაპებით, დაგროვებული გამოცდილებით, ორგანიზაციული და კულტურული მახასიათებლებით, სადაც სისტემა, საბოლოო ჯამში, წარმოადგენს კონკრეტულ საკითხებზე პოლიტიკური შეთანხმების შედეგს. (45), (104) არა მხოლოდ სხვადასხვა ქვეყნის ჯანდაცვის

სისტემის მოდელები, არამედ ცალკეულ ქვეყნებში განხორციელებული ჯანდაცვის რეფორმებიც კი ასახავს თითოეული ქვეყნის განსხვავებულ ღირებულებებსა და იდეოლოგიურ ორიენტაციას. (104)

ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობა ოდითგანვე სახელმწიფოს პოლიტიკის შემქმნელთა (policy makers) მთავარი საზრუნავია. (98) ჯანდაცვის სექტორის რეფორმები ეროვნული მთავრობებისა და საერთაშორისო ორგანიზაციების პოლიტიკური დღის წესრიგი და მთავარი ამოცანაა. (134), (104) ჯანდაცვის პოლიტიკის შედეგს წარმოადგენს წლების განმავლობაში განხორციელებული ჯანდაცვის სხვადასხვა რეფორმა და დანერგილი ორგანიზაციული სტრუქტურა. (104)

მსოფლიო ისტორიაში ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი რეფორმების განხორციელება უკავშირდება ქვეყნების პოლიტიკურ ისტორიას, როგორცაა რეჟიმის ცვლილება, ახალი პოლიტიკური ძალების ჩამოყალიბება და სხვა. ისეთ ქვეყნებში, როგორებიცაა საბერძნეთი და ესპანეთი, NHS-ის შემოღება დაკავშირებულია ავტორიტარული რეჟიმიდან დემოკრატიულ წყობაზე გადასვლასთან, ხოლო გაერთიანებულ სამეფოსა და ახალ ზელანდიაში კი ქვეყნის ისტორიაში პირველი ლიბორისტულ მთავრობასთან. გერმანიის შემთხვევაში, NHS დანერგვა დაკავშირებულია ქვეყნის გაერთიანებასთან. აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში კი ჯანდაცვის რეფორმები ბერლინის კედლის დანგრევასა და სოციალისტურიდან დემოკრატიულ წყობაზე გადასვლას უკავშირდება. (104)

ჯანდაცვის პოლიტიკა დამოკიდებულია ქვეყნის პოლიტიკურ არჩევანზე. პოლიტიკური არჩევნის გაკეთების შემდეგ რთულია უკან დაბრუნება და ალტერნატიული სტრატეგიების შემუშავება. აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის პოლიტიკა ინერციული მიმდინარეობით ხასიათდება. ჯანდაცვის ორგანიზაციული მოდელი მიმართულია კონსოლიდაციისა და საკუთარი თავის გამყარებისკენ. ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებისა და დაფინანსების სისტემები მიდრეკილია ლეგიტიმაციის მოპოვებისკენ დაინტერესებული მხარეების მიერ. (104)

ჯანდაცვის სექტორის მნიშვნელოვანი რეფორმები, მაგალითად როგორცაა დაფინანსების მოდელის ცვლილება, იშვიათი მოვლენაა ქვეყნების ჯანდაცვის ისტორიაში და მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში ხორციელდება, რასაც „პოლიტიკურ ფანჯარას“ („policy Windows“) ან „შესაძლებლობების ფანჯარას“ („windows of opportunity“) უწოდებენ. (104)

რადიკალური რეფორმები და ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული მოდელის სხვა მოდელით ჩანაცვლება იშვიათი მოვლენაა. თითქმის ყველა ქვეყნის ეროვნული ჯანდაცვის

სისტემა ინდივიდუალურობით გამოირჩევა, რომელიც ძირითადად ორიენტირებულია შენარჩუნებისა და სამომავლოდ გაძლიერებისკენ. ცალკეულ ქვეყნებში განხორციელებული რეფორმის ინიციატივები ძირითადად ისტორიულ გამოცდილებას ეფუძნება, თითქმის არ ეწინააღმდეგება ქვეყნის ინდივიდუალურ მახასიათებლებს და ხელს უწყობს ცვლილებას. ფართოდ გავრცელებულია სხვა ქვეყნების გამოცდილების გაზიარება, ერთ ქვეყანაში წარმატებული რეფორმა, მეორე ქვეყანაში გადაწყვეტილების შეცვლის მიზეზი შეიძლება გახდეს. (106), (104)

დევიდ კატლერმა აღწერა სხვადასხვა განვითარებული ქვეყნის ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო ინტერვენციების ისტორია. კატლერის მიხედვით რეფორმები სამი ტალღისგან შედგება:

➤ **ჯანდაცვის რეფორმის პირველი ტალღა (უნივერსალური ხელმისაწვდომობა):** მე-19 საუკუნის ბოლოს დაიწყო და ძირითადად მიმართული იყო საყოველთაო დაფარვასა და თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზე (SHI, NHS). 1960-იანი წლების ბოლოს, რეფორმა განხორციელებული იყო OECD-ის ყველა ქვეყანაში. რეფორმის შედეგად, მოთხოვნა-მიწოდებაზე არ ვრცელდებოდა ფინანსური შეზღუდვები, სამედიცინო მომსახურება თითქმის უფასო იყო პაციენტებისთვის, პროვაიდერებისთვის სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება კი ხორციელდებოდა ცალკეული შემთხვევებისა და გაწეული მომსახურების მიხედვით. ჯანდაცვის სერვისებზე უფასო ხელმისაწვდომობამ ხელი შეუწყო ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების სწრაფ და შეუზღუდავ ზრდას, რიგ შემთხვევაში ეროვნულ შემოსავლებსაც კი გადააჭარბა. 1950-დან 1960-იანი წლების ბოლომდე, განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები 2-დან 6 %მდე გაიზარდა. აღნიშნულმა კი ხარჯების შეკავებაზე ორიენტირებული რეფორმების მეორე ტალღა განაპირობა. (135)

➤ **ჯანდაცვის რეფორმის მეორე ტალღა - ხარჯების შეკავება.** 1970-იანი წლების დასაწყისიდან, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების მიზნით, ქვეყნების მთავრობებმა პირველ რიგში დაიწყეს ხარჯების გაზიარების სტრატეგიული ქმედებების განხორციელება, რომელშიც მოსახლეობას თავად უწევდა სამედიცინო ხარჯების დიდი ნაწილის დაფარვა. აღნიშნული მიდგომა პოლიტიკური განხილვის საგანი გახდა, რადგან გარკვეულწილად ამცირებდა ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას. შედეგად, ქვეყნების უმრავლესობამ აამოქმედა სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისა და ფასების რეგულირების მექანიზმი. სამედიცინო დაწესებულებებზე მომსახურების ანაზღაურება განისაზღვრებოდა პაციენტის საავადმყოფოში დაყოვნების დღეების მიხედვით, რაც სამედიცინო დაწესებულებებს პაციენტის დაყოვნების გახანგრძლივების სტიმულს აძლევდა. (135)

საავადმყოფოს მზარდი ხარჯების შესამცირებლად, მთავრობებმა დააწესეს შეზღუდვები საავადმყოფოების ინვესტირებისა და შესაძლებლობების გაფართოებაზე, ასევე მრავალ ქვეყანაში, პაციენტის დაყოვნების შესაბამისად დღიური გადასახადების შეცვლის მიზნით, შემოიღეს ჰოსპიტლების ბიუჯეტირების სისტემა, რიგ ქვეყნებში კი ბიუჯეტირების სისტემის ნაცვლად შემოიღეს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდების სისტემა. (135)

ბიუჯეტირების სისტემის სირთულეს წარმოადგენდა ვიწრო სპეციალიზაციის ექიმებისთვის, წლის განმავლობაში პაციენტების მიერ გამოყენებული სერვისებისთვის პასუხისმგებლობის დაკისრება. აქედან გამომდინარე ქვეყნების უმრავლესობა ეყრდნობოდა ექიმის საფასურის რეგულირებას და არა მთლიან ხარჯებს. რიგ ქვეყნებში, გერმანიის მსგავსად, დაწესდა ჯამური ლიმიტი ექიმების მომსახურებაზე. საბოლოოდ, განვითარებული ქვეყნებში დარეგულირდა სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისა და ფასების საკითხი, ბევრ ქვეყანაში დასტაბილურდა ჯანდაცვის დანახარჯებისა და ეროვნული შემოსავლის წილი. (135)

1980-იან წლებში, საკმაოდ წარმატებულად მიმდინარეობდა სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისა და ფასების რეგულირება. 1990-იან წლებში გამოიკვეთა რეფორმის უარყოფითი შედეგი - დაწესებული რეგულაციები არ იყო ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ეფექტურობის უზრუნველყოფაზე. მიწოდებისა და ფასების კონტროლმა განაპირობა სამედიცინო მომსახურების მისაღებად „ლოდინის სიების“ ზრდა, რასაც თან ახლდა საზოგადოების უკმაყოფილება სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით. ამასთან, ფასების ზემოდან ქვემოთ რეგულირება მომხმარებლებსა და პროვაიდერებს არ უქმნიდა მოტივაციას გონივრულად გამოეყენებინათ არსებული რესურსები. ხარჯების შეკავების პოლიტიკის ნაკლოვანებებთან დაკავშირებით საზოგადოების მზარდმა უკმაყოფილებამ განაპირობა ჯანდაცვის რეფორმის მესამე ტალღა, რომელიც მიზნად ისახავდა ჯანდაცვის სისტემების ეფექტურობის სტიმულირებას. (135)

➤ **ჯანდაცვის რეფორმის მესამე ტალღის** მთავარ მიზანს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის ზრდა, საყოველთაო ხელმისაწვდომობისა და ხარჯების შეკავების შენარჩუნებით.

რეფორმა წარიმართა სამი მიმართულებით - პაციენტის, გადამხდელისა და პროვაიდერის დონეზე. რეფორმა მოიცავდა ხარჯების გაზიარებას მომხმარებლებისთვის და რისკის გაზიარებას პროვაიდერებისა და მესამე მხარის გადამხდელებისთვის. კონკურენციისა და მომხმარებლებისთვის არჩევნის შესაძლებლობის გაზრდის გზით, მთავრობები ცდილობდნენ ყველა მხარის სტიმულირებას - რაციონალურად გამოეყენებინათ ფინანსური რესურსები. (135)

1.1.2. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მმართველობითი სტრუქტურა

ადამიანის უფლებები, თანასწორობა, დემოკრატიული და ეთიკური ღირებულებების დაცვა სახელმწიფოებისთვის მთავარი გამოწვევაა. საზოგადოების მოთხოვნების დაკმაყოფილება და ჯანდაცვის სერვისების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა კი ჯანდაცვის სისტემის მთავარ მამოძრავებელ ძალას წარმოადგენს. მნიშვნელოვანია, რომ სისტემა იყოს მეტად ინკლუზიური და მრავალფეროვანი, მართვის მექანიზმები კი ცენტრალიზებული მმართველობის (ზემოდან-ქვემოთ) ნაცვლად ორიენტირებული უნდა იყოს პროცესების დაგეგმვასა და განხორციელებაზე. (128), (109), (68), (111)

ჯანდაცვის სისტემის მართვის თითოეული მოდელი ასახავს სახელმწიფოს განსხვავებულ როლს, ინდივიდებისთვის მინიჭებულ თავისუფლების ზღვარს, საჯარო და კერძო პასუხისმგებლობას, ასევე თანასწორობისა და სოციალური სოლიდარობის იდეას. თითოეული მოდელის ორგანიზაციულ სტრუქტურას აქვს განსხვავებული გავლენა პაციენტებზე, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებზე, მზღვეველებზე, საჯარო პირებზე და სხვა დაინტერესებულ მხარეებზე. (104)

თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის მმართველობა სხვადასხვა მოთამაშის ჩართულობას მოითხოვს როგორც საკანონმდებლო, ისე აღმასრულებელი ხელისუფლების დონეზე და მოიცავს თითქმის ყველა სახელმწიფო სტრუქტურას. ბევრ ქვეყანაში, ჯანდაცვის სისტემის მმართველობითი ფუნქცია დელეგირებულია როგორც დამოუკიდებელ სააგენტოებზე, ასევე სადაზღვევო ორგანიზაციებზე. აღსანიშნავია ურთიერთკავშირები როგორც ხსენებულ უწყებებს შორის, ასევე ამ უწყებებსა და ჯანდაცვის სამინისტროებს შორისაც. მმართველობითი ფუნქციის განმახორციელებელ სტრუქტურებს შორის ფუნქციური როლების განსაზღვრა და პასუხისმგებლობების გადანაწილება კრიტიკულად მნიშვნელოვანია გადაწყვეტილებების მიღებისას. (128)

ჯანდაცვის სისტემის განხილვისას სხვადასხვა ავტორი თანხმდება, რომ სისტემა შეიძლება წარმოდგენილ იქნას, როგორც სამგანზომილებიანი ჩარჩო-სტრუქტურა, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის დაფინანსებას, სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფასა და რეგულირებას. შესაბამისად, სისტემა ეფუძნება სამი კატეგორიის მონაწილეთა ურთიერთკავშირს, როგორცაა: სახელმწიფო, საზოგადოება და ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი. (164), (131), (79), (104)

ბიგდელმა და სხვებმა, „მსოფლიო განვითარების ანგარიშში“ წარმოდგენილი (World Development Report) „ანგარიშვალდებულებების ურთიერთქმედების ჩარჩოს“ (The framework of accountability relationships) (115) და მასზე ბრინკერჰოფისა და ბოსერტის მიერ

ადაპტირებულ - „ჯანდაცვის მმართველობით ჩარჩოზე“ (Health Governance Framework) (46) დაყრდნობით, შეიმუშავეს „ჯანდაცვის სისტემის მმართველობითი ჩარჩო“ (Health Systems Governance Framework) (სურათი 8) და აღწერეს ჯანდაცვის სისტემის აქტორებსა (სახელმწიფო, საზოგადოება, ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი) და თითოეული კატეგორიის შიგნით არსებული ურთიერთკავშირები. (128)

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფოს როლთან დაკავშირებით კვლევების დიდი ნაწილი ძირითადად ჯანდაცვის დაფინანსებასა და ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებს ეხება, ხოლო ნაკლები ყურადღება ეთმობა სამედიცინო მომსახურების მიწოდების გზებს, სახელმწიფოს ჩართულობას სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის პროცესში და სხვა. (164)

სახელმწიფოს როლი ჯანდაცვის სისტემაში მრავალფეროვანია, მაშინაც კი, თუ სახელმწიფო არ არის სამედიცინო მომსახურების უშუალო დამფინანსებელი ან სერვისის მიმწოდებელი, ის შეიძლება ასრულებდეს სფეროს მარეგულირებელ ფუნქციას, ამასთან რეგულირების ფუნქცია შესაძლოა დელეგირებული იყოს კორპორაციებსა და დამოუკიდებელ სააგენტოებზე. (164)

Rothgang H.-სა და სხვების მიხედვით, ჯანდაცვის დაფინანსების და სამედიცინო მომსახურების შედეგები რაოდენობრივი გაზომვის საშუალებას იძლევა, შესაბამისად წარმოადგენენ სისტემის „საყრდენს“, ხოლო რეგულირების ცნება ხარისხობრივი ხასიათისაა და შეიძლება წარმოდგენილ იქნას როგორც სისტემის „სახურავი“, რომელიც ფარავს საყრდენს და როგორც მმართველი, უზრუნველყოფს სამედიცინო საქმიანობის, ჯანდაცვის პროვაიდერთა, დამფინანსებელთა და სამედიცინო სერვისების მომხმარებელთა ურთიერთობის რეგულირებას. (სურათი 2), (164)

ჯანდაცვის სფეროს მართვაში სახელმწიფოს მნიშვნელოვანი როლი აკისრია, როგორც ცენტრალურ (ეროვნულ), ისე რეგიონულ დონეზე. შესაბამისად საზოგადოების ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ზრუნვა ჯანდაცვის სამინისტროებისა და მათი სტრუქტურების, მათ შორის რეგიონული წარმომადგენლობის მოვალეობაა. (96), (63), (170)

ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერება როგორც გლობალური, ისე ყველა ქვეყნის ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტს წარმოადგენს. ქვეყნის დონეზე ეფექტური ჯანდაცვის სისტემის მთავარი ამოცანა, ინდივიდუალური და საზოგადოების ჯანმრთელობის საჭიროებების შესაბამისი, მოწესრიგებული, კოორდინირებული და ინტეგრირებული პროგრამების განხორციელებაა. (84)

სახელმწიფოს პოტენციური აქტივობის საზომად სახელმწიფო სერვისების წილი კარგი მაჩვენებელია. თუმცა, მაშინაც კი, თუ სახელმწიფო არ არის სერვისის პირდაპირი მიმწოდებელი ან უშუალო დამფინანსებელი, აღსანიშნავია მისი მარეგულირებელი. სახელმწიფოს მიდგომა შეიძლება განყენებულ პოზიციაში იყოს, თუ მხარეებს შორის ურთიერთობას მიახლოებს ბაზრის თვითრეგულირებად მექანიზმს. (164)

სახელმწიფო, როგორც მარეგულირებელი, უფლებამოსილია და განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების კურსს, მათ შორის რეგულირების, სამედიცინო მომსახურების მიწოდების და დაფინანსების საჭიროებებს. (170) სახელმწიფო ასევე განსაზღვრავს სავალდებულო დაზღვევის საჭიროებასა და დაზღვეულთა კატეგორიებს, საბაზისო პაკეტის სახეს, მზღვეველისა და პროვაიდერის ანაზღაურების ფორმებს, პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების თავისუფალი ხელმისაწვდომობის საკითხს, სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციონირებისთვის აუცილებელ მოთხოვნებს და სხვა საკითხებს. (170)

ჯანდაცვის სამინისტროსა და მინისტრების ძირითადი ფუნქციაა ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავება, დამტკიცება და წარმატებული განხორციელება. რაც, როგორც წესი, ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო და კერძო სექტორის რეგულირებითა და მონიტორინგის საშუალებით ხორციელდება. (84), (86), (96)

მმართველობის სხვადასხვა მიდგომა ასახავს ჯანდაცვის სამინისტროს პასუხისმგებლობებს და ამოცანებს, როგორებიცაა: „სტრატეგიული დაგეგმვა, პოლიტიკის შემუშავება, კოორდინაცია, დაინტერესებული მხარეების მოწვევა, რეგულირება, აღსრულება, ხარისხისა და სამართლიანობის შეფასება, მონიტორინგი და შეფასება, აუდიტი და ინსპექტირება“. (84), (96)

ჯანდაცვის სამინისტრო, როგორც სამთავრობო სისტემის ნაწილი, საქმიანობის განხორციელებისას თანამშრომლობს პოლიტიკურ ხელმძღვანელობასთან, სხვა დარგობრივ სამინისტროებთან, საკანონმდებლო ორგანოებთან, ქვე-სახელმწიფო სტრუქტურებთან და პოლიტიკურ პარტიებთან. (96) როგორც წესი, ჯანდაცვის „სამინისტროები მმართველობითი ფუნქციის განხორციელებისას ახდენენ ჯანმრთელობის სტრატეგიული ხედვის ფორმულირებას, უზრუნველყოფენ გადაწყვეტილების მიღების ცენტრალიზებული და დეცენტრალიზებული უფლებამოსილების ბალანსირებას, პოლიტიკის, პროგრამების თუ ინტერვენციების დანერგვასა და მართვას, რეგულირებასა და ზედამხედველობას, ხარისხისა და სამართლიანობის მონიტორინგისა და შეფასების გაუმჯობესებას.“ (96)

ჯანდაცვის სამინისტროებს სწრაფად ცვალებად და არასტაბილურ გარემოში უწევთ მუშაობა, რაზეც დიდ ზეგავლენას ახდენს როგორც ქვეყნის შიდა, ისე გარე პოლიტიკური და ეკონომიკური ფაქტორები ან სხვადასხვა ფაქტორთა კომბინაცია. (96), (172) ისეთი ცვლილებები, როგორებიცაა: პოლიტიკური გარდასვლა, ეკონომიკური კრიზისი, რეფორმები, მაკროეკონომიკური თუ გლობალური ტენდენციები, სოციალური მოძრაობები და სოციალური ცვლილებები რთულ გამოწვევებს უქმნის სამინისტროს მმართველობის, პასუხისმგებლობების, შესაძლებლობებისა და გრძელვადიანი განვითარების თვალსაზრისით. (96)

ჯანდაცვის სფეროს „ზედამხედველობა“ ოდითგანვე სახელმწიფოს პრეროგატივა იყო. თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემა კომპლექსურია, შესაბამისად ზედამხედველობაც მულტისექტორულ მიდგომას მოითხოვს. ბოლო ათწლეულების განმავლობაში ჯანდაცვის სისტემებმა მნიშვნელოვანი ტრანსფორმაცია განიცადეს. მმართველობის ფორმა სახელმწიფოზე ორიენტირებული კონცეფციიდან შეიცვალა სხვადასხვა სექტორს შორის პასუხისმგებლობის გაზიარებითა და თანამშრომლობის ფორმით. (160), (96) შეიცვალა ჯანდაცვის სამინისტროების როლიც და ჯანდაცვის სერვისების პირდაპირი მიწოდება-დაფინანსებიდან გადავიდა ჯანდაცვის სექტორის მართვაზე, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებასა და ზედამხედველობაზე. (96), (128)

დღეისათვის ჯანდაცვის სამინისტროები ხშირად არ ფლობენ ექსკლუზიურ უფლებამოსილებას ჯანდაცვის სფეროზე და მმართველობით ფუნქციები, ისევე როგორც პასუხისმგებლობა გაზიარებულია სხვადასხვა აქტორზე. მათ შორის, როგორიცაა: სახელმწიფო ორგანიზაციები, სხვადასხვა სააგენტოები (წამლის ეროვნული სააგენტოები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული სააგენტოები, ფინანსირების ორგანიზაციები და სხვა.) სამოქალაქო საზოგადოებები, მკვლევარები, პროფესიული ჯგუფები, კერძო სექტორი, დონორები, საერთაშორისო და რეგიონული ორგანოები თუ სხვა. ჯანდაცვის სისტემის მართვაში მონაწილე აქტორები ზოგიერთ შემთხვევაში უკვე მმართველი სტრუქტურის ნაწილს წარმოადგენენ და საკუთარი ინტერესების გამტარებლებიც კი არიან. (105), (65), (68), (96), (128)

Sriram-ისა და სხვების (96) მიერ, გამოყოფილია ჯანდაცვის სამინისტროს მმართველობის 4 ძირითადი ფუნქცია (როლი): (სურათი 5)

1. (De jure) პროცესების მართვა კანონმდებლობით მინიჭებული უფლებამოსილების ფარგლებში - ჯანდაცვის სამინისტროებს კანონმდებლობით მინიჭებული აქვთ ჯანმრთელობის სფეროს მმართველობითი ფუნქციები. (126), (86), (96) ბოლო ათწლეულებია,

ჯანდაცვის სამინისტროები სამედიცინო მომსახურების პირდაპირი მიწოდების ნაცვლად უფრო მეტად ფოკუსირებულნი არიან სამედიცინო მომსახურების ზედამხედველობაზე, პოლიტიკის შემუშავებაზე, სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრასა და კონტროლზე. (136), (96) სამინისტროს დამატებით ფუნქციებს მიეკუთვნება საზოგადოების გაძლიერება და მოქალაქეთა საჭიროებების გათვალისწინება (რეაგირება); მტკიცებულებებისა და ცოდნის მართვა; კონტრაქტირება და შესრულების კონტროლი; შესყიდვები და მარაგების მართვა; ხარისხის, თანასწორობისა და შესრულების მონიტორინგი. (96)

2. ცვლილებისთვის მზადება და რეაგირება - ჯანდაცვის სამინისტროებს განსაკუთრებით მოეთხოვებათ მუდმივი მზადება და სწრაფად ცვალებად გარემოზე სათანადო რეაგირება. (160), (126), (96) ჯანდაცვის სამინისტროზე მოქმედ ცვალებად გარემოებებს მიეკუთვნება ეპიდემიოლოგიური ძვრები, კრიზისი და შემოსავლების უთანასწორობა, ურბანიზაცია, გლობალიზაცია, ჯანდაცვის სფეროს „მარკეტოზაცია“, კლიმატური ცვლილებები და მოსახლეობის, როგორც ჯანდაცვის სერვისების მომხმარებელთა ზრდა. (68), (86), (96)

ჯანდაცვის სამინისტრო, როგორც პოლიტიკური აქტორი, ექვემდებარება როგორც ადგილობრივ, ისე გლობალურ პოლიტიკურ ცვლილებებს. სპეციფიკურია ჯანდაცვის რეფორმების სახეც და დამოკიდებულება გლობალურ, ეროვნულ და ადგილობრივ მონაწილეებსა და ტრენდებზე. (96) ცვალებად გარემოზე სამინისტროს სწრაფი რეაგირების უნარი განსაზღვრავს მის მდგრადობას (Resilience), შესაბამისობას (Relevance) და ქმედუნარიანობას (Capacity). (96)

3. ურთიერთობების მართვა - მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის სისტემის მმართველობით პროცესში, ჯანდაცვის სამინისტროების გარდა მონაწილეობდნენ სხვა დაინტერესებული მხარეები, როგორც სახელისუფლებო, ასევე კერძო სექტორიდან. (46), (96)

4. ღირებულებების მართვა - სამინისტროსთვის, როგორც მმართველი ორგანოსთვის მნიშვნელოვანია ღირებულებებისა და პრინციპების ეფექტური მართვა, რაც თავის მხრივ გულისხმობს ანგარიშვალდებულებას, გამჭვირვალობას, ჩართულობასა და ეფექტურობას. (126), (96)

ჯანდაცვის სისტემის ეფექტური ფუნქციონირების მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს სისტემის ქმედუნარიანობა. პოტერისა და ბროუს (159) ტიპოლოგიაზე დაყრდნობით, სირამმა და სხვებმა (96) შეიმუშავეს ჯანდაცვის სამინისტროს მმართველობითი შესაძლებლობების ექვსი კატეგორია:

1. სტრუქტურული შესაძლებლობები (Structural capacity);
2. ფუნქციური შესაძლებლობები (Role capacity);
3. ინდივიდუალური შესაძლებლობები (Personal capacity);

4. დატვირთვის მოცულობა (Workload capacity);
5. შესრულების უნარი (Performance capacity);
6. ზედამხედველობის უნარი (Supervisory capacity). (სურათი 7), (96), (168)

1.1.3. სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისა და რეგულირების სისტემა

სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ფორმის მიხედვით, ჯანდაცვის სისტემა იყოფა სახელმწიფო და კერძო სექტორებად. რაც შეეხება კერძო სექტორის კლასიფიკაციას, სამედიცინო მომსახურების მიწოდებელი, შეიძლება იყოს როგორც მომგებიანი, ისე არამომგებიანი ორგანიზაცია. (164), (131), (80), (104), (145)

ჯანდაცვის სისტემის მოდელების მიხედვით, განსხვავებულია სისტემაში კერძო სექტორის როლი. უნივერსალური სისტემები, განსაკუთრებით კი NHS ზღუდავს კერძო აქტორების (სადაზღვევო კომპანიები, სამედიცინო დაწესებულებები და სხვა) მოქმედების შესაძლებლობებს, ხოლო ისეთი სისტემები, როგორცაა მოქალაქეთა ნებაყოფლობითი და სავალდებულო დაზღვევის მოდელები, მეტ თავისუფლებას ანიჭებს კერძო ორგანიზაციებს. ზოგიერთი სისტემა უპირატესობას ანიჭებს მზღვეველსა და პროვაიდერს შორის კონკურენციას და არ ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურების არათანაბარი ხელმისაწვდომობის საკითხს, სხვა სისტემებისთვის კი პირიქით, თანაბარი ხელმისაწვდომობა მეტად უპირატესია, თუნდაც კონკურენციისა და არჩევანის თავისუფლების შეზღუდვის ფასად და სხვა. (104)

F. Toth-ის მიერ განხილულია სამედიცინო მომსახურების მიწოდების „ინტეგრირებული“ და „განცალკევებული“ მოდელები, რომლებიც თავის მხრივ ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურას განასახიერებენ. (104), (171) ჯანდაცვის სისტემის ზოგადი ჩარჩო და სახელმწიფო რეგულაცია კი განსაზღვრავს ინტეგრაციის სახეს. (145)

სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის სისტემის „განცალკევებული“ მოდელი ხასიათდება 1) მონაწილეთა მაქსიმალური ავტონომიით, 2) მონაწილე მხარეებს შორის სახელშეკრულებო ურთიერთობებით და 3) არჩევანის თავისუფლების მაღალი ხარისხით, როგორც პაციენტებისთვის ისე ჯანდაცვის პერსონალისთვის. განცალკევებულ მოდელში მონაწილე მხარეები წარმოადგენენ დამოუკიდებელ სუბიექტებს, რომლებიც ავტონომიის მაღალი ხარისხით სარგებლობენ და თავიანთი შეხედულებისა და ნებაყოფლობითი ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე დებენ შეთანხმებებს. (ცხრილი 186), (ცხრილი 187), (104), (171)

რაც შეეხება სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის ინტეგრირებული მოდელის მახასიათებლებს: 1) მონაწილე სუბიექტების დამოუკიდებლობა შეზღუდულია, ისინი აფილირებულნი არიან სხვადასხვა ორგანიზაციასთან, 2) მხარეებს შორის ურთიერთობა რეგულირდება ხელშეკრულებებით და 3) არჩევანის თავისუფლება მკაცრად შეზღუდულია. (ცხრილი 186), (ცხრილი 187) (104), (171)

მოქალაქეთა უზრუნველყოფა ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო და ეთიკურ სტანდარტებთან შესაბამისი, თანაბარი ხელმისაწვდომობისა და ადეკვატური ხარისხის სამედიცინო მომსახურებით, ქვეყნის სტრატეგიული განვითარების მნიშვნელოვანი ელემენტია. მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება კი მოითხოვს, როგორც სახელმწიფო რეგულირებას, ისე ჯანდაცვის პროფესიონალების გაერთიანებებისა და სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯმენტის ძალისხმევასა და ურთიერთთანამშრომლობას. (41)

ჯანდაცვის პოლიტიკისა და სტრატეგიული მიზნების განსახორციელებლად მნიშვნელოვან მექანიზმს წარმოადგენს კანონმდებლობა და რეგულაცია. სამედიცინო მომსახურების ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკასთან შესაბამისობისა და თითოეული პაციენტისთვის უსაფრთხო სამედიცინო სერვისის უზრუნველყოფის მიზნით, რეგულირების მექანიზმი მოიცავს სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაციასა და მის ზედამხედველობას. მარეგულირებელი სისტემის საშუალებით შესაძლებელია ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის, საკანონმდებლო მოთხოვნებთან შესაბამისობისა და სახელშეკრულებო პირობების შესრულების კონტროლი. (209), (111)

მარეგულირებელი ორგანოს ფუნქციაა საზოგადოების დაცვა ჯანმრთელობის რისკებისგან, ჯანდაცვის პერსონალისთვის უსაფრთხო შრომის გარემოს უზრუნველყოფა და ჯანდაცვის პროგრამების საშუალებით საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის უზრუნველყოფა. (209) მარეგულირებელი ორგანო აწესებს ტექნიკური, უსაფრთხოების და ხარისხის სტანდარტებს, დადგენილი ნორმების შეუსრულებლობის შემთხვევაში კი განსაზღვრავს პასუხისმგებლობის სახეებს. ჯანდაცვის სფეროში რეგულაცია მოქმედებს ყველა დონეზე, მარეგულირებელი სტანდარტები კი მუშავდება და ინერგება როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო ორგანიზაციების მიერ. (209), (111)

მარეგულირებელი რგოლი შეიძლება იყოს სახელმწიფო ან კერძო (არასახელმწიფო) სტრუქტურა:

➤ სახელმწიფო მარეგულირებელი ორგანო განსაზღვრავს ხარისხის სტანდარტებს, უზრუნველყოფს სამედიცინო დაწესებულებებისა და სამედიცინო პერსონალის კონტროლს,

ორგანიზებას უწევს აკრედიტაციის, სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განათლებისა და გადამზადების პროცესებს. (209)

სახელმწიფო რეგულაცია გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ დადგენილ წესებს, რომლებსაც თან ახლავს მონიტორინგისა და აღსრულების მექანიზმები, რაც ჩვეულებრივ სპეციალიზებული საჯარო სამსახურების მეშვეობით ხორციელდება. გარდა ამისა, სახელმწიფო რეგულაცია არის სახელმწიფოს მიერ ეკონომიკაში ნებისმიერი ჩარევის ფორმა და სოციალური კონტროლის ან გავლენის ყველა მექანიზმი, რომელიც გავლენას ახდენს საზოგადოების ქცევის ასპექტზე. (111)

➤ არასამთავრობო მარეგულირებელ ორგანოებს, როგორც წესი, წარმოადგენენ აკრედიტაციის ორგანიზაციები. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და საუკეთესო პრაქტიკის ხელშეწყობის მიზნით, აკრედიტაციის ორგანოები სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლებს სთავაზობენ აკრედიტაცია-სერტიფიცირებისა და რეიტინგის სისტემას. სახელმწიფო მარეგულირებელი სისტემისაგან განსხვავებით, აკრედიტაციის სისტემები ნებაყოფლობითია. (209)

Rothgang-ის და სხვების მიერ, ჯანდაცვის სისტემის 3 მოდელის (NHS, SHI, PHI) შედარებითი ანალიზის თანახმად, NHS უფრო მეტად ექვემდებარება სახელმწიფოს, ვიდრე SHI და PHI. NHS-ში სახელმწიფოს როლი მრავალმხრივია, ის პასუხისმგებელია სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე, დაფინანსებასა და რეგულირებაზე. აღნიშნულ მოდელში დაფინანსება ეფუძნება გადასახადებსა და რეგულაციას. SHI-ში სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება სახელმწიფო, არასამთავრობო, კერძო მომგებიანი და არამომგებიანი პროვაიდერების მიერ, დაფინანსება კი დამოკიდებულია სადაზღვევო ფონდში სოციალურ შენატანებზე. რაც შეეხება რეგულირებას, „სოციალური (უსაფრთხოების) კანონით“ (social (security) law) გათვალისწინებულია ზოგადი მარეგულირებელი ჩარჩო, ხოლო „დეტალურ რეგულირებას“ ახორციელებს „დაავადების ფონდები“. PHI წარმოადგენს კერძო დაფინანსების სისტემას, რომელშიც სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება მომგებიანი სამედიცინო დაწესებულებების მიერ, რეგულირების მხრივ კი გამოირჩევა სახელმწიფო რეგულირების ლიმიტირებული ხარისხით. (სურათი 2), (ცხრილი 193), (164)

ცხრილი 193 - NHS, SHI, PHI - შედარებითი ანალიზი Rothgang, Cacare, Grimmeisen, და Wendt-ის მიხედვით

სისტემის სახე	ღირებულებები და პრინციპები	დაფინანსება	სამედიცინო მომსახურება	რეგულირება
NHS ჯანმრთელობის ეროვნული სერვისები	სამართლიანობა: სამედიცინო მომსახურებაზე თანაბარი (საყოველთაო) ხელმისაწვდომობა	სახელმწიფო: შემოსავლებზე დამოკიდებული გადასახადები	სახელმწიფო	დომინანტური მარეგულირებელი მექანიზმი: სახელმწიფოს მიერ იერარქიული,

		(პირდაპირი/ არაპირდაპირი)		ყოვლისმომცველი დაგეგმვა და მკაცრი კონტროლი
SHI სოციალური დაზღვევის სისტემა	სოლიდარობა: სადაზღვევო ფონდის ყველა წევრისთვის სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობა	სახელმწიფო: შემოსავლებზე დამოკიდებული თანამონაწილეობა	კერძო და სახელმწიფო	დომინანტური მარეგულირებელი მექანიზმი: საერთო შეთანხმება; სამართლებრივი ჩარჩო, გარკვეული სახის კონტროლი სახელმწიფოს მხრიდან
PHI კერძო დაზღვევის სისტემა	ეკვივალენტობის პრინციპი: სამედიცინო მომსახურება დამოკიდებულია გადამხდელუნარიანობაზე	კერძო: პრემია დამოკიდებულია ინდივიდუალურ რისკზე	კერძო	დომინანტური მარეგულირებელი მექანიზმი: ბაზარი, ლიმიტირებული კონტროლი და სახელმწიფოს მხრიდან
<i>წყარო: ავტორი, Rothgang და სხვებზე (164) დაყრდნობით</i>				

1.1.4. ჯანდაცვის დაფინანსება

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელის ეფექტურობა დამოკიდებულია ქვეყნის განვითარების დონეზე, ფინანსურ სტაბილურობაზე, ჯანდაცვის პოლიტიკაზე, კულტურასა და გამოცდილებაზე. მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები ემყარებოდეს ისეთ პრინციპებს, როგორებიცაა: თანასწორობა, ხელმისაწვდომობა, ეფექტიანობა, გამჭვირვალობა, თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობა, მაკროეკონომიკური ეფექტიანობა, პოლიტიკური მიმდებლობა და სხვა. (4)

ქვეყნების ჯანდაცვის ეროვნული სისტემები ჰიბრიდული და კომპლექსურია, არც ერთი ქვეყანა არ იყენებს დაფინანსების მხოლოდ ერთ მოდელს. ქვეყნიდან გამომდინარე, დაფინანსების მოდელები გაერთიანებულია სხვადასხვა პროპორციით, თითოეულ ქვეყანას აქვს ინდივიდუალური, დამახასიათებელი ფორმულა, რომლითაც იყენებს სხვადასხვა მოდელის კომპონენტებს. (104)

დაფინანსებისა და სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის მოდელები ქვეყნების კონკრეტულ ღირებულებებსა და ინტერესებს განასახიერებენ. თითოეული მოდელი განსაზღვრავს კონკრეტულ ხედვას სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის როლზე, საზღვრებს ინდივიდუალურ და გუნდურ პასუხისმგებლობას შორის, ასევე საზოგადოების თავისუფლების ხარისხსა და სოციალური სამართლიანობას. (104) ჯანდაცვის პოლიტიკის შედეგების გაუმჯობესება დამოკიდებულია დაფინანსების მეთოდის უპირატესობებისა და უარყოფითი მხარეების გულდასმით შეფასებასა და გათვალისწინებაზე. (79)

ჯანდაცვის სისტემა მუდმივად დგას სხვადასხვა რესურსების მიმართ ცვალებადი მოთხოვნების წინაშე, შესაბამისად, ფინანსური რესურსების შეგროვება, გაერთიანება და მართვა მნიშვნელოვანი საკითხია სახელმწიფო პოლიტიკის შემქმნელებისთვის. (79), (156) მხოლოდ სახელმწიფო ბიუჯეტით ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება შეუძლებელია,

შესაბამისად, მსოფლიო ქვეყნების უმეტესობაში, ჯანდაცვის დაფინანსება ხორციელდება შემოსავლის სხვადასხვა წყაროებზე დაყრდნობით. აღსანიშნავია, რომ თანასწორობისა და ეფექტურობის თვალსაზრისით, სახელმწიფო დაფინანსების სისტემა აშკარა უპირატესობით გამოირჩევა (უფასო სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა, რისკების გაერთიანება, უნივერსალური დაფარვა და ხარჯების კონტროლი). ძირითადად არსებობს შემოსავლების შეგროვების 4 ძირითადი მეთოდი: გადასახადები (ბეგარა), სოციალური დაზღვევის შენატანები, ნებაყოფლობითი დაზღვევის შენატანები და ჯიბიდან გადახდები. (79)

J. Kutzin-ის მიერ შემუშავებული ჯანდაცვის დაფინანსების კონცეპტუალური ჩარჩოს მიხედვით, ჯანდაცვის დაფინანსებაში გამოიყოფა 4 ფუნქცია (ფინანსური სახსრების შეგროვება, თავმოყრა, მომსახურების შესყიდვა-დაფინანსება და მომსახურების მიწოდება. (სურათი 1) (5), (72)

დაფინანსების მოდელები ქვეყნების მიხედვით ერთმანეთისგან განსხვავდება მოდელის სტრუქტურის, იურდიული საფუძვლისა და დაფინანსებაში სახელმწიფოს თანამონაწილეობის წილის მიხედვით. განსხვავებულობის მიუხედავად, ძირითადად მოქმედებს ჯანდაცვის დაფინანსების სამი ფორმა და მათი ვარიაციები, როგორებიცაა: ჯანდაცვის დაფინანსების კერძო, სახელმწიფო (საბიუჯეტო) და სადაზღვევო სისტემები. (4)

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემაში სამედიცინო მომსახურების ხარჯების გაზიარების პრაქტიკა ფართოდაა დანერგილი მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში. ხარჯების გაზიარება შეიძლება იყოს ორი სახის: „თანადაზღვევა“ - როდესაც პაციენტი იხდის მიღებული სამედიცინო მომსახურების რეალური ღირებულების გარკვეულ პროცენტს და „თანაგადახდა“ - როდესაც პაციენტს უხდება ფიქსირებული თანხის გადახდა თითოეულ მომსახურებაზე. ხარჯების გაზიარების სისტემა გამოიყენება ჯანდაცვის დაფინანსების თითქმის ყველა მოდელში. (66), (104)

სამეცნიერო ნაშრომებსა თუ კვლევით ანგარიშებში, ჯანდაცვის ეროვნული სისტემების განხილვისას, მკვლევარები ძირითადად სტანდარტული კლასიფიკაციის სამ მოდელს განიხილავენ: „ბისმარკის მოდელი“, „ბევერიჯის მოდელი“ და ნებაყოფლობითი დაზღვევა. (11), (13), (104) სხვადასხვა ავტორის მიერ, ასევე განხილულია მე-4 – „სემაშკოს მოდელი“. (4), (3), (11)

დროთა განმავლობაში ორიგინალმა მოდელებმაც მოდიფიკაციისა და ჰიბრიდიზაციის პროცესი გაიარეს. შესაბამისად, თითოეული ქვეყნის ჯანდაცვის ეროვნული სისტემა, სხვადასხვა ქვესისტემებსა და დაფინანსების მექანიზმებს აერთიანებს. (104), (4), (3)

მნიშვნელოვანია, რომ დაფინანსების მოდელი შეესაბამებოდეს ქვეყნის ეროვნულ ღირებულებებსა და თავისებურებებს. შესაძლებელია ერთი და იგივე მოდელის სხვადასხვა სახით გამოყენება. (45), (104)

F. Toth-ის მიერ, სამი სტანდარტული მოდელის ნაცვლად, აღწერილია ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის 7 მოდელი:

1. პირდაპირი საბაზრო მოდელი

პირდაპირი საბაზრო მოდელის მონაწილე სუბიექტებს წარმოადგენენ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი და მომსახურების მიმღები, მესამე მხარის - შუამავლის (მზღვეველის) გარეშე. მომსახურების ფასს განსაზღვრავს პროვაიდერი, მოქალაქეს კი სურვილის მიხედვით შეუძლია აირჩიოს სამედიცინო დაწესებულება, სადაც ჯიბიდან იხდის მიღებული სამედიცინო მომსახურების საფასურს. რაც შეეხება სახელმწიფოს როლს, პირდაპირი საბაზრო მოდელის შემთხვევაში, სამედიცინო საქმიანობის რეგულირებითა და ხარისხის კონტროლით შემოიფარგლება. (104)

პირდაპირი საბაზრო მოდელი ფართოდაა გავრცელებული თითქმის ყველა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში, თუმცა ცოტაა ისეთი ქვეყნა, რომელიც მხოლოდ ჯანდაცვის საბაზრო მოდელზეა დამოკიდებული. როგორც წესი, პირდაპირი საბაზრო მოდელი ჩვეულებრივ დამხმარე როლს ასრულებს ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურაში, და მოიცავს მხოლოდ იმ სერვისებს, რომელიც სადაზღვევო სქემით არ არის გათვალისწინებული. (104)

პირდაპირი საბაზრო მოდელის მაგალითები ფართოდ გვხვდება იტალიის და ესპანეთის ქვეყნებში, სადაც ზრდასრულთა სტომატოლოგიური სერვისების ყველაზე მაღალი პროცენტი ჯიბიდან პირდაპირ გადახდაზეა დაფუძნებული, სახელმწიფო კი შემოიფარგლება მხოლოდ ხარისხის სტანდარტებისა და რეგულაციების დაწესებით. (104)

2. ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევა (VHI - Voluntary Health Insurance)

ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევის მოდელი ეფუძნება ინდივიდის თავისუფალ არჩევანს - დააზღვიოს საკუთარი ჯანმრთელობის რისკი. შესაბამისად, ნებაყოფლობით დაზღვევაზე უარის შემთხვევაში, ინდივიდი ექცევა პირდაპირი საბაზრო მოდელის სისტემაში და სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდა უწევს ჯიბიდან.

ნებაყოფლობითი დაზღვევის მოდელი სამედიცინო მომსახურების მიმღებთა და მიმწოდებლებთან ერთად ითვალისწინებს მზღვეველის თანამონაწილეობასაც. (104)

ნებაყოფლობითი დაზღვევის მსურველი თავისუფალია მზღვეველის - სადაზღვევო

კომპანიის არჩევაში. სადაზღვევო კომპანია (მზღვეველი) კი შეიძლება წარმოადგენდეს როგორც მომგებიან, ასევე არამომგებიან ორგანიზაციას. (81), (104)

პირდაპირი საბაზრო მოდელისაგან განსხვავებით, ნებაყოფლობითი დაზღვევის მოდელი ინდივიდს დამატებით უპირატესობას სთავაზობს ეკონომიკური დაფარვის თვალსაზრისით, სადაც დაზღვეულმა იცის, რომ სადაზღვევო შენატანის გადახდის შემდეგ დაზღვევის პოლისით გათვალისწინებული სამედიცინო ხარჯები დაიფარება მზღვეველის მიერ ან თანაგადახდის პრინციპით. (104)

ყველა ევროპულ ქვეყანას ჯანდაცვის დაფინანსების საკუთარი სისტემა აქვს. მიუხედავად იმისა, რომ გადასახადებით თუ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის შენატანებით ჯანდაცვის დაფინანსება ევროპის თითქმის ყველა ქვეყანაში გამოიყენება, ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევა კვლავ მნიშვნელოვან, დამხმარე ფუნქციას ასრულებს. (79) რიგ ქვეყნებში ნებაყოფლობითი დაზღვევა დაინერგა მიზნობრივი პროგრამების ფარგლებში, მხოლოდ რისკ-ჯგუფში მყოფი პირებისა და ღარიბი მოსახლეობისთვის. (104)

პაციენტის უფლებებისა და ინტერესების გათვალისწინებით, ნებაყოფლობითი დაზღვევის შემთხვევაში, სახელმწიფოს ვალდებულებაა პროვაიდერებისა და სადაზღვევო კომპანიების რეგულირება და ზედამხედველობა. (104)

3. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა (SHI - Social Health Insurance)

ჯანმრთელობის სავალდებულო სოციალური დაზღვევის სისტემა პირველად გერმანიაში, მე-19 საუკუნის მეორე ნახევარში (1883), კანცლერ ოტო ფონ ბისმარკის ინიციატივით (ჯანმრთელობის დაზღვევის აქტი) იქნა შემოღებული. შესაბამისად, დაზღვევის ამ ფორმას „ბისმარკის“ ან „გერმანული“ მოდელს უწოდებენ. (13), (3), (4), (11), (104) ბისმარკის მოდელი იყო მსოფლიოში პირველი სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა, რომელიც ეფუძნებოდა სოლიდარობისა და თვითმმართველობის პრინციპს. (13) (13), (3), (4), (11), (104)

ბისმარკის სოციალურმა კანონმდებლობამ და SHI-ს მაგალითმა გავლენა მოახდინა მეზობელი ქვეყნების მთავრობებზე, ბისმარკის სოციალური დაზღვევის სისტემა სხვა ქვეყნებისთვის იქცა საორიენტაციო მოდელად. გერმანიის შემდეგ, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა 1888 წელს ავსტრიაში, 1991 წელს კი უნგრეთსა და საფრანგეთში დაინერგა. 1996 წელს შვეიცარიამ მიიღო უნივერსალური მოცვის კანონმდებლობა. (13), (104)

ნებაყოფლობითი დაზღვევის მსგავსად, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელსაც თან ახლავს მიზნობრივი პროგრამები, რომელთა დაფინანსება ხორციელდება საშემოსავლო გადასახადებით, და რომლის მიზანსაც წარმოადგენს სადაზღვევო ფონდების დაფარვის მიღმა

დარჩენილი ცალკეული კატეგორიების ჯანმრთელობის საჭიროებებისთვის ფინანსური დახმარების უზრუნველყოფა. (104)

სოციალური დაზღვევის მოდელში მზღვეველის როლს ასრულებს არა უშუალოდ სახელმწიფო, არამედ სადაზღვევო ფონდები („დაავადების ფონდები“). აღნიშნული ფონდები, თავის მხრივ წარმოადგენენ საჯარო კორპორაციებს ან არაკომერციულ ორგანიზაციებს და მკაცრად ექვემდებარებიან სახელმწიფო რეგულაციებს. სახელმწიფო განსაზღვრავს სადაზღვევო ფონდში შენატანების ოდენობას, ფონდების მიერ განსახორციელებელ შეღავათებს და დაზღვევის სისტემაში გაწევრიანების კატეგორიებს. ფონდების ძირითად ფუნქციას შენატანების შეგროვება და დაზღვევის მოსარგებლეთა სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურება წარმოადგენს. (91), (85), (104)

პირდაპირი საბაზრო და ნებაყოფლობითი დაზღვევის მოდელისაგან განსხვავებით, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელი ნაკლებ თავისუფლებას ანიჭებს საზოგადოებას, თუმცა ეფუძნება „სოლიდარობის პრინციპს“ და ორიენტირებულია სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის მხრივ უთანასწორობის აღმოფხვრაზე. (79), (104), (13), (3), (4), (11)

ნებაყოფლობითი დაზღვევისგან განსხვავებით, სადაც სადაზღვევო შენატანის მოცულობა შესაძლებელია გამოითვალოს ინდივიდუალური რისკის საფუძველზე, სოციალური დაზღვევის შემთხვევაში შენატანების ოდენობა თანაბარია ყველა მონაწილისთვის. აღნიშნული შენატანები როგორც წესი, წარმოადგენს ხელფასის ფიქსირებულ პროცენტს და რიგ ქვეყნებში ნაწილდება დამსაქმებელსა და დასაქმებულს შორის. (79), (104)

სოციალური დაზღვევის შემთხვევაში, დაზღვევის მოსარგებლებს აქვთ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის არჩევის თავისუფლება. სამედიცინო დაწესებულები კი სადაზღვევო ფონდისგან დამოუკიდებლად ფუნქციონირებენ. (104)

4. მიზნობრივი პროგრამები

ჯანმრთელობის დაფინანსების სხვა მოდელებისგან განსხვავებით, ჯანმრთელობის მიზნობრივი პროგრამების დაფინანსება ხდება მთლიანად საზოგადოების მიერ, ზოგადი თუ სხვა მიზნობრივი გადასახადების საშუალებით. ქვეყანაში შეიძლება არსებობდეს რამდენიმე მიზნობრივი პროგრამა. მიზნობრივი პროგრამის მოსარგებლე ბენეფიციარი, შესაძლებელია სარგებლობდეს ინდივიდუალური პროგრამითაც, რომლის ადმინისტრირებაც ხდება მიზნობრივი პროგრამისგან დამოუკიდებლად, როგორც პროცესების, ასევე სერვისების მიწოდების თვალსაზრისით. (104)

მიზნობრივი პროგრამების დადებით ასპექტს წარმოადგენს მოწყვლადი ჯგუფებისთვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, რაც ასევე უარყოფით ასპექტად შეიძლება იქნას მიჩნეული, რადგან აღნიშნული სერვისი მხოლოდ მოსახლეობის უმცირესობისთვის არის ხელმისაწვდომი. მიზნობრივი პროგრამის შემთხვევაში, სახელმწიფოს ვალდებულებაა მოწყვლადი ჯგუფების იდენტიფიცირება და პროგრამული მომსახურების დაფინანსება. (104)

მიზნობრივი პროგრამები შეიძლება იყოს ორი სახის: 1. სახელმწიფო ასრულებს მზღვეველის როლს და აფინანსებს სამედიცინო მომსახურების კერძო მიმწოდებლებს; 2. მიზნობრივი პროგრამის დაფინანსება ვრცელდება მხოლოდ სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეულ მომსახურებაზე. (104)

5. მოქალაქეთა სავალდებულო დაზღვევა

მოქალაქეთა სავალდებულო დაზღვევის მოდელი მრავალი-გადამხდელის სისტემას (Multi-payer System) ეფუძნება, სადაც მოქალაქეები ვალდებულნი არიან, დაზღვევის პაკეტი შეიძინონ სხვადასხვა კერძო სადაზღვევო კომპანიისგან. დაზღვევის საბაზისო პოლისი ძირითადად ფარავს საბაზისო სამედიცინო მომსახურების სერვისებს. აღნიშნული მოდელის ფარგლებში, ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, სახელმწიფოს მიერ მიღებული ფორმაა, სუბსიდიების განხორციელება დაბალი შემოსავლების მქონე მოსახლეობისთვის, ასევე შესაძლებელია მკაცრი მარეგულირებელი ზომების დაწესება სადაზღვევო ბაზარზე. (104)

მოქალაქეთა სავალდებულო დაზღვევის მოდელის მექანიზმი, გარკვეულწილად, ნებაყოფლობითი დაზღვევის მოდელის მსგავსია. აღსანიშნავია ამ მოდელის უთანასწორობაც: სადაც, მაგალითად, ჯანმრთელობის რისკზე დაფუძნებული სადაზღვევო შენატანის გამოთვლის შემთხვევაში, ხანდაზმულ ადამიანებს ან ქრონიკული დაავადების მქონე პირებს საშუალოზე მეტი სადაზღვევო პრემიის შეტანა უწევთ; ხოლო დაბალი შემოსავლების მქონე პირებისთვის კი, სახელმწიფო სუბსიდირების გარეშე რთულია რეგულარული შენატანების განხორციელება. (104)

ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემა როგორც წესი, სახელმწიფოს მიერ ხორციელდება და გულისხმობს სადაზღვევო შენატანების შეგროვებასა და პაციენტის სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფინანსებას. (4) სამედიცინო შემთხვევა ყოველთვის წარმოადგენს გაუთვალისწინებელ მოვლენას, რომელიც ეკონომიკურ ფაქტორებთანაა დაკავშირებული. (95), (104) როგორც სხვა სახის რისკების შემთხვევაში, დაავადების შემთხვევაში ფინანსური რისკის თავიდან აცილების მიზნით, დაზღვევა კარგი მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია. (104)

მოქალაქეთა სავალდებულო დაზღვევის მოდელის შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი შეიძლება იყოს როგორც სადაზღვევო კომპანიისგან დამოუკიდებელი, ასევე სადაზღვევო კომპანიის მფლობელობაში არსებული ან პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულება. (104)

6. უნივერსალური მოდელი

ჯანდაცვის დაფინანსების უნივერსალური მოდელი 1930-იანი წლებიდან იღებს სათავეს. ახალი ზელანდია (1938) და დიდი ბრიტანეთი (1946) იყვნენ პირველი ქვეყნები, სადაც დამკვიდრდა ჯანდაცვის დაფინანსების უნივერსალური მოდელი. ინგლისელმა ეკონომისტმა უილიამ ბევერიჯმა, 1942 წელს საპარლამენტო კომისიაზე, გაერთიანებულ სამეფოში „ჯანმრთელობის ეროვნული სერვისების“ დანერგვას გაუწია რეკომენდაცია. მიუხედავად ახალი ზელანდიის პირველობისა, სხვა ქვეყნებში უნივერსალური მოდელის დანერგვის საწყისს წარმოადგენს „ბევერიჯის მოდელის“ სახელწოდებით ცნობილი, დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობის ეროვნული სერვისები (NHS - the British National Health Service). (104)

1950-1970 წლებში ჯანდაცვის დაფინანსების უნივერსალური მოდელი დაინერგა სკანდინავიის ქვეყნებში (შვედეთი, ნორვეგია, ფინეთი და დანია), კანადაში, ირლანდიასა და ავსტრალიაში. ამავე პერიოდში, აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებმა, როგორებიცაა: ჩეხეთი, უნგრეთი და პოლონეთი, საბჭოთა მოდელის მაგალითზე მიიღეს სახელმწიფოს მიერ მართული უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემა. 1970-1980 წლებში კი დაფინანსების უნივერსალური სისტემა დანერგეს სამხრეთ ევროპის ქვეყნებმაც. (104)

„ბევერიჯის მოდელის“ შემოღებამდე, 1918-1991 წლებში, საბჭოთა კავშირის და ასევე სოციალისტურ ქვეყნებში (ჩინეთი, ვიეტნამი, ჩრდილოეთ კორეა, კუბა) ფართოდ იყო გავრცელებული ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო დაფინანსების სისტემა - „სემამკოს მოდელი“. მოდელი წარმოადგენდა ცენტრალიზებულ ჯანდაცვის სისტემას, სადაც მართვის ყველა ფუნქცია ხორციელდებოდა ცენტრის მიერ, სამედიცინო დაწესებულებები შედიოდა სახელმწიფოს საკუთრებაში და ფინანსდებოდა სახელმწიფო შემოსავლებიდან. სამედიცინო მომსახურება უფასო იყო მთლიანი მოსახლეობისთვის, თუმცა ასევე ხასიათდებოდა არაფორმალური, ჯიბიდან გადახდების მაღალი დონით. (12), (13), (119)

უნივერსალური მოდელი განისაზღვრება, როგორც ერთი გადამხდელის (Single-payer) სადაზღვევო სქემა და ფინანსდება გადასახადებით. მოსახლეობის სავალდებულო დაზღვევის მოდელის მსგავსად, უნივერსალური მოდელი ვრცელდება ქვეყნის მთლიან პოპულაციაზე. უნივერსალური სისტემა გამოირჩევა იმით, რომ ჯანმრთელობის უფლება დაკავშირებულია არა სადაზღვევო პრემიის ან შენატანის გადახდასთან, არამედ კონკრეტულ ქვეყანაში

ცხოვრებასთან, რადგან ჯანმრთელობა ქვეყნის ყველა მოქალაქის უფლებაა. რაც შეეხება სამედიცინო მომსახურებას, იგი შესაძლოა ხორციელდებოდეს უსასყიდლოდ ან თანაგადახდის პრინციპით. (104)

არსებობს უნივერსალური მოდელის ორი სახე: „განცალკევებული“ (Separated) და „ინტეგრირებული“ (Integrated), რომელთა შორის განსხვავებაც ძირითადად მზღვეველსა და პროვაიდერს შორის ურთიერთობის ფორმით გამოიხატება. უნივერსალური მოდელის „განცალკევებული“ ტიპის შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურებას ახორციელებს დამოუკიდებელი პროვაიდერი, სახელმწიფო ვალდებულება კი ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსებაა. რაც შეეხება „ინტეგრირებულ“ ტიპს, სახელმწიფო არა მხოლოდ აფინანსებს, არამედ უშუალოდ უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებისა და პერსონალის საშუალებით. (104), (171)

ჯანდაცვის დაფინანსების უნივერსალურ მოდელში (განცალკევებული, ინტეგრირებული), სახელმწიფო, როგორც მზღვეველი მნიშვნელოვან ფუნქციას ასრულებს. სახელმწიფო უზრუნველყოფს ფინანსური რესურსების შეგროვებას, ჯანდაცვაზე გამოყოფას და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა დაფინანსების გზების განსაზღვრას. უნივერსალური ჯანდაცვის ინტეგრირებულ მოდელში, სახელმწიფო არის სამედიცინო მომსახურების ფაქტობრივი მიმწოდებელი. (104), (171)

7. სამედიცინო შემნახველი ანგარიშების სისტემა (MSA - Medical Savings Account)

სამედიცინო შემნახველი ანგარიშები (MSA) ჯანდაცვის დაფინანსების დამატებით მოდელს წარმოადგენს და ჯერ ფართოდ არ არის გავრცელებული. MSA არის ინდივიდუალური სადეპოზიტო ანგარიში, სადაც ანგარიშის მფლობელი პერიოდულად იხდის წინასწარ შეთანხმებულ ტარიფით გათვალისწინებულ თანხას ან ხელფასის პროცენტს. (79), (176), (104) ტრადიციული სადაზღვევო გეგმისგან განსხვავებით, MSA-ს მთავარ უპირატესობას მორალური საფრთხის არარსებობა წარმოადგენს. (79), (104)

სამედიცინო შემნახველი ანგარიშები (MSA) მასში ჩართულ პირებს საშუალებას აძლევს ფონდში ჩარიცხული თანხა გამოიყენონ როგორც პირადი, ასევე ოჯახის წევრის სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დასაფარად. სადეპოზიტო ანგარიშზე პროცენტი ირიცხება წლის ბოლოს, გამოუყენებელი თანხები კი გროვდება და გადადის მომავალ წელში. MSA მოდელს, როგორც წესი, თან ახლავს ჯიბიდან გადახდები თანადაფინანსების სახით ან დაზღვევის გეგმის მაღალი ფასი. (162), (176), (104)

ნებაყოფლობითი და სავალდებულო სოციალური დაზღვევისაგან განსხვავებით, სამედიცინო შემნახველი ანგარიშების (MSA) სისტემა არ ეფუძნება სოლიდარობის პრინციპს და არ გულისხმობს სისტემაში ჩართული მომხმარებლების ჯანმრთელობის რისკების გაერთიანებას. დეპოზიტზე დაგროვილი სახსრების გამოყენება შეუძლიათ მხოლოდ ანგარიშის მფლობელებსა და მათი ოჯახის წევრებს. (127), (141), (162), (79), (104)

სამედიცინო შემნახველი ანგარიშების (MSA) სისტემის ორი სახე არსებობს: 1. „სავალდებულო ტიპი“ - კანონმდებლობის მიხედვით, ქვეყნის მოქალაქე-რეზიდენტ პირებს განსაზღვრული აქვთ ვალდებულება, გახსნან ინდივიდუალური ანგარიშები და რეგულარულად უზრუნველყონ შენატანების განხორციელება; 2. „ნებაყოფლობითი ტიპი“ - მოქალაქეებს ნებაყოფლობით, თავიანთი სურვილის შესაბამისად შეუძლიათ გახსნან სამედიცინო შემნახველი ანგარიშები. (104)

სამედიცინო შემნახველი ანგარიშების (MSA) სავალდებულო მოდელში სახელმწიფო მნიშვნელოვან მარეგულირებელ ფუნქციას ასრულებს, განსაზღვრავს სავალდებულო სამედიცინო ანგარიშების მიზნობრივ კატეგორიას, შენატანების რაოდენობასა და დაგროვილი სახსრების გამოყენების კრიტერიუმებს, ასევე ზედამხედველობას უწევს სადეპოზიტო ანგარიშების შემნახველ ორგანიზაციებს.(127), (104) MSA მოდელში სამედიცინო დაწესებულებებს არ აქვთ არანაირი სტრუქტურულ-ფუნქციური კავშირი სადეპოზიტო ანგარიშების შემნახველ ორგანიზაციებთან და ანგარიშის მფლობელები თავისუფალნი არიან სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის არჩევისას. (104)

სამედიცინო შემნახველი ანგარიშების (MSA) სისტემა ფართოდ გამოიყენება ისეთ ქვეყნებში, როგორებიცაა: ჩინეთი, სინგაპური, სამხრეთ აფრიკა და ამერიკის შეერთებული შტატები. (127), (176), (104) აშშ-სა და სამხრეთ აფრიკაში სამედიცინო შემნახველი ანგარიშების (MSA) გახსნა ნებაყოფლობითია და გამოიყენება როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატივა, დაზღვევის სხვა ფორმებთან ერთად. ჩინეთში MSA სისტემა გამოიყენება ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევასთან ერთად, „კატასტროფული“ სამედიცინო ხარჯების დასაფარად. სინგაპურის MSA სავალდებულო სისტემა ცნობილია „Medisave“ სახელწოდებით. (127), (176), (104)

1.1.5. ხარისხი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

ხარისხის ცნება კომპლექსურია. მიუხედავად უზარმაზარი ლიტერატურული ბაზისა და ჯანდაცვის სისტემების საყოველთაო მნიშვნელობის აღიარებისა, არ არსებობს ერთიანი მიდგომა ტერმინის - „მომსახურების ხარისხის“ (“Quality of Care“) მიმართ, არსებობს

გარკვეული შეუთანხმებლობა შინაარსის მხრივაც. ხარისხის დეფინიციის მიმართ განსხვავებული მიდგომებია სხვადასხვა დისციპლინებშიც. (113)

ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და მკვლევარების მიერ წარმოდგენილია ჯანდაცვის ხარისხის მრავალი განმარტება, რომელებიც ხშირად მოიცავს ხარისხის მახასიათებლების, როგორც ხარისხის შემადგენელი ნაწილების ჩამონათვალის გრძელ სიას.. (52), (53), (64), (99), (55), (114), (113) ა. დონაბედიანის შეფასებით, ხარისხი არის „ლეგიტიმური საშუალებების გამოყენებით სასურველი მიზნების მიღწევის უნარი“, ხოლო ხარისხის შეფასება და გაუმჯობესება განაპირობებს მისი არსის გაგებას. (52), (114), (113) ა. დონაბედიანი სამედიცინო მომსახურების ხარისხს განმარტავს, როგორც: „მედიცინის მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების გამოყენებით, ჯანმრთელობისთვის მაქსიმალური სარგებლის მიღება, შესაბამისი რისკის გაზრდის გარეშე“. (52), (161), (155), (154)

Schuster-სა და სხვების, თანახმად, სამედიცინო მომსახურების „კარგი ხარისხი“ არის „ ეფექტური კომუნიკაციის საშუალებით პაციენტებისთვის ტექნიკურად კომპეტენტური მომსახურების მიწოდება, პაციენტის გადაწყვეტილების პროცესში ჩართულობითა და კულტურული ასპექტების გათვალისწინებით“. (93), (154), (155)

Lohr-ის შეფასებით, ხარისხი არის „განზომილება, სადაც გაწეული სამედიცინო მომსახურება შეესაბამება არსებულ პროფესიულ ცოდნას და ზრდის როგორც ინდივიდის, ისე საზოგადოების ჯანმრთელობის მოსალოდნელი შედეგების ალბათობას. (77), (154), (155)

Leebov-სა და Ersoz-ს განმარტების თანახმად, ხარისხი ჯანდაცვაში ეს არის: „სწორი საქმის კეთება და მუდმივი გაუმჯობესება, საუკეთესო კლინიკური შედეგების მიღება, ყველა მომხმარებლის დაკმაყოფილება, ნიჭიერი კადრების შენარჩუნება და სტაბილური ფინანსური სარგებლის მიღება“. (75), (154), (155)

სამედიცინო მომსახურების სერვისებზე ხელმისაწვდომობა ადამიანის ფუნდამენტური უფლებაა. დაბალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება კი უარყოფით ზეგავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე და შესაბამისად სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე. აქედან გამომდინარე, ბუნებრივია, რომ ეფექტური და ეფექტიანი ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნებში ჯანმრთელობის შედეგებიც უკეთესია. (212)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა გულისხმობს ჯანდაცვის ისეთი პრინციპების განვითარებას, როგორებიცაა: უნივერსალიზმი, მდგრადობა, თანასწორუფლებიანობა, თანაბარი ხელმისაწვდომობა, ეფექტურობა, გამჭვირვალობა და საერთო მიზნებისთვის უწყებათაშორისი თანამშრომლობა. (35), (36)

ჯანდაცვის ხარისხის დონე სხვადასხვა ფაქტორით განისაზღვრება, მათ შორისაა: მომსახურების პროცესი (Care Process), ხელმისაწვდომობა (Access), ეფექტიანი ადმინისტრირება (Administrative Efficiency), სამართლიანობა (equity) და ჯანდაცვის გამოსავლები (health Care Outcomes). (212)

საერთაშორისო დონეზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ყურადღება გამახვილებულია მდგრადი განვითარების კონტექსტში და გულისხმობს „ჯანმრთელობის უნივერსალურ მოცვას, მათ შორის ფინანსური რისკების დაცვას, ხარისხიან სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და უსაფრთხო, ეფექტური, ხარისხიანი და ფინანსურად ხელმისაწვდომი მედიკამენტების და ვაკცინების ხელმისაწვდომობას“. (112), (114), (113)

2010 წელს, ჯანმო-ს მიერ განსაზღვრული ძლიერი ჯანდაცვის მთავარი კომპონენტია ბალანსირებული ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც თანაბრად პასუხობს საზოგადოების მოთხოვნებსა და მოლოდინებს:

- ინდივიდების, ოჯახების და თემის ჯანმრთელობის სტატუსის გაუმჯობესება;
- ჯანმრთელობის საფრთხეებისგან მოსახლეობის დაცვა;
- მოსახლეობის დაცვა დაავადების ფინანსური შედეგებისგან;
- პაციენტზე ორიენტირებული, თანაბრად ხელმისაწვდომი ზრუნვა;
- საზოგადოების მონაწილეობა (ჩართულობა) ჯანდაცვის საკითხებთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღების დროს. (110), (212)

ძლიერი ჯანდაცვის სისტემა მოითხოვს სტაბილური დაფინანსების მექანიზმს, გაწვრთნილ, მაღალი კვალიფიკაციისა და ადეკვატური ანაზღაურების მქონე ადამიანურ რესურსს, გამართულ ინფრასტრუქტურასა და სანდო ინფორმაციის წყაროს გადაწყვეტილების მისაღებად. (110), (212)

კვალიფიციური ჯანდაცვის პერსონალი ეფექტური ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი კომპონენტია. შესაბამისად, სახელმწიფოს ერთ-ერთი მთავარი გამოწვევაა ჯანდაცვის პერსონალის განათლების, პროფესიული განვითარების, სამედიცინო პერსონალისთვის შესაბამისი შრომითი პირობებისა და ანაზღაურების უზრუნველყოფა. (84) ჯანდაცვის სამუშაო ძალის გლობალური ალიანსის (Global Health Workforce Alliance) მიერ შემუშავებულია პროცესების დაგეგმვა-განხორციელებაზე დაფუძნებული „ჯანდაცვის სამუშაო ძალის განვითარების ჩარჩო“ (HRH Action Framework) და ითვალისწინებს ყველა დაინტერესებული მხარის პროცესში ჩართულობას. (სურათი 4) (84)

მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა ჯანდაცვის პოლიტიკის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრინციპია და საერთაშორისო დონეზე სახელმწიფო პოლიტიკის შემქმნელთა დღის წესრიგის მთავარ საკითხს წარმოადგენს. (113), (82), (112), (114) ხარისხის ეროვნული პოლიტიკა და სტრატეგია (NQPS) - ეს არის „სახელმწიფოს ორგანიზებული ძალისხმევა, დაგეგმვისა და ხელშეწყობის გზით უზრუნველყოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება“. NQPS-ის შემუშავება მჭიდროდაა დაკავშირებული ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის დაგეგმვის პროცესთან და წარმოადგენს მის ნაწილს, როგორც წესი, შემუშავებაზე პასუხისმგებელია ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო. (112)

2018 წლის ჯანმო-ს პუბლიკაცია - “Handbook for National Quality Policy and Strategy“, აღწერს ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკისა და სტრატეგიის შემუშავებისთვის საჭირო პროცესებსა და დამხმარე ინსტრუმენტებს. სახელმძღვანელოს თანახმად, პოლიტიკისა და სტრატეგიის ფორმულირებებს შორის მნიშვნელოვანი გადაფარვების არსებობის მიუხედავად, აღსანიშნავია მკაფიო განსხვავება ამ ორ ცნებას შორის: პოლიტიკა ეფუძნება საერთო მიზანს, წარმოადგენს „მოქმედების კურსს“ და ასახავს ფართო პრიორიტეტებს. სტრატეგია კი წარმოადგენს „საორიენტაციო რუკას“, განსაზღვრავს დადგენილი პრიორიტეტების მისაღწევად კონკრეტულ სამოქმედო ღონისძიებებს გრძელვადიან პერსპექტივაში. ხოლო ხარისხის ეროვნული პოლიტიკა და სტრატეგია (NQPS), მნიშვნელოვანი დამხმარე საშუალებაა, რომ დაადგინოს კავშირები ჯანდაცვის პოლიტიკასა და ეროვნულ პოლიტიკას, გეგმებსა და პრიორიტეტებს შორის, ხაზი გაუსვას ხარისხზე ორიენტირებული პროცესების მნიშვნელობას და პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო სერვისების უზრუნველსაყოფად, განსაზღვროს პასუხისმგებლობები. (112)

თანამედროვე მედიცინის მიღწევების მიუხედავად, სამედიცინო შეცდომების შედეგად მსოფლიოში ყოველწლიურად მილიონობით ადამიანი იღუპება, შესაბამისად, პაციენტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა კვლავ მნიშვნელოვან და აქტუალურ საკითხად რჩება. სხვადასხვა კანონები, რეგულაციები, ინსტრუქციები, გაიდლაინები, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინისა და საუკეთესო პრაქტიკის (Best Practice) შედეგები სწორედ რომ პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის გასაუმჯობესებლად არის მოწოდებული. (173)

მთავრობების არაეფექტური საქმიანობა უარყოფითად აისახება ჯანდაცვის სისტემაზე, რაც განსაკუთრებით თვალსაჩინოა დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში, სადაც არასათანადო ინსტიტუციები, ცუდი რეგულაცია და კოორდინაციის სისუსტე ვერ უზრუნველყოფს შესაბამის კონტროლს. (120), (122), (121)

ჯანდაცვის გამოსავლები ცვალებადია, რასაც წინ უძღვის სფეროში განხორციელებული ქმედითი ღონისძიებები თუ ინვესტიციები. ჯანდაცვის გამოსავალში იგულისხმება ისეთი მაჩვენებლები, როგორებიცაა: სიკვდილიანობა, რემისია და პაციენტთა გამოცდილება. (212), (137) ხარისხის ეროვნული პოლიტიკისა და სტრატეგიის მქონე ქვეყნების მაგალითმა გამოავლინა ერთიანი შეთანხმებული გეგმის უპირატესობები, რომელიც მოიცავს მითითებებსა და ხელმძღვანელობას ხარისხის სისტემის ყველა დონეზე. (112)

2000 წელს, ჯანმო-ს მიერ გამოქვეყნებულ ანგარიშში (191 ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის კვლევა გამოსავლების მიხედვით), საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების რეიტინგში პირველ ხუთეულშია საფრანგეთი, იტალია, სან-მარინო, ანდორა და მალტა; (ცხრილი 2). რაც შეეხება საქართველოს და მეზობელ ქვეყნებს: აზერბაიჯანი 109-ე, სომხეთი 104-ე, თურქეთი 70-ე, რუსეთი ფედერაცია 104-ე, საქართველო კი 114-ე ადგილზეა. (98)

2016 წლის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის (HAQ - The Healthcare Access & Quality) ინდექსის რეიტინგში ჯანდაცვის გამოსავლების მიხედვით მინიჭებული ქულები 0-დან 100-მდეა განსაზღვრული. მსოფლიოში საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების რეიტინგში, მაღალი ქულებით ლიდერობენ ისლანდია (97.1), ნორვეგია (96.6) და ნიდერლანდები (96.1). ყველაზე დაბალი ქულა მიენიჭა ცენტრალური აფრიკის რესპუბლიკას (19.0), სომალი და გვინეა-ბისაუ (23.4). რაც შეეხება საქართველოს, 2000 წლისთვის **HAQ** ინდექსი შეადგენდა 63.4, ხოლო 2016 წელს კი 67.1-ს. (ცხრილი 192) (137)

2017 წელს, The Commonwealth Fund-ის მიერ განხორციელებულ კვლევაში, ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარისხის საზომ ინსტრუმენტად გამოყენებულია 5 ძირითადი კრიტერიუმი: ზრუნვის პროცესი (Care Process), ხელმისაწვდომობა (Access), მართვის ეფექტურობა (Administrative Efficiency), თანასწორობა (Equity) და ჯანდაცვის გამოსავლები (Health Care Outcomes). კვლევის შედეგების მიხედვით, 11 ქვეყანას შორის წამყვან პოზიციებზე აღმოჩნდნენ დიდი ბრიტანეთი, ავსტრალია და ნიდერლანდები, ხოლო ბოლოზე - კანადა, საფრანგეთი და ამერიკა. (ცხრილი 1), (92) 2021 წლის საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების რეიტინგში, 89 ქვეყანას შორის, ათეულში ლიდერობენ სამხრეთ კორეა, ტაივანი, დანია, ავსტრია, იაპონია, ავსტრალია, საფრანგეთი, ესპანეთი, ბელგია და დიდი ბრიტანეთი. (ცხრილი 190) საქართველო კი 79-ე ადგილზეა (ცხრილი 191) (212), (200)

Alnaser-ის შეფასებით, ჯანდაცვის სისტემა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, მსოფლიოს მასშტაბით, გამოწვევის წინაშე დგას და გადაუდებელი ღონისძიებების, მათ შორის მათ შორის სრულმასშტაბიანი რეფორმების განხორციელებას მოითხოვს. (125)

1.1.5.1. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების სისტემები

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის ძირითადად 3 მიდგომა გამოიყენება: ლიცენზირება, აკრედიტაცია და სერტიფიცირება. აღნიშნული მიდგომები განსხვავებულ მიზნებსა და ხარისხის უზრუნველყოფის სხვადასხვა პერსპექტივებს ემსახურება. (89)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების სისტემები (ლიცენზირება, აკრედიტაცია და სერტიფიცირება) განსაზღვრავენ ხარისხის უზრუნველყოფის ძირითად მოთხოვნებსა და პირობებს. მოცემულ სისტემებს სხვადასხვა დანიშნულება და შესაძლებლობები გააჩნიათ, სისტემის ან სისტემების კომბინაციის სწორად არჩევა მოითხოვს მომხმარებელთა საჭიროებებისა და მოლოდინების დეტალურ ანალიზს. (89)

➤ **ლიცენზირება** - სახელმწიფო უფლებამოსილი ორგანოს მიერ ინდივიდისთვის ან სამედიცინო დაწესებულებისთვის საქმიანობის განხორციელების უფლებამოსილების მინიჭება. ინდივიდისთვის (ფიზიკური პირისთვის) ლიცენზია გაიცემა გამოცდის ან განათლების დამადასტურებელი შესაბამისი დოკუმენტის საფუძველზე და შეიძლება პერიოდულად განახლდეს დადგენილი გადასახადის გადახდის და/ან უწყვეტი განათლების ან პროფესიული კომპეტენციის დადასტურების საფუძველზე. ორგანიზაციისთვის ლიცენზია გაიცემა სალიცენზიო მოთხოვნების შესაბამისობის დადასტურების შემდეგ. (89)

➤ **აკრედიტაცია** ძირითადად მომსახურების/პროდუქტის ხარისხსა და ეფექტურობას უკავშირდება. აკრედიტაცია ეფუძნება „ოპტიმალურ სტანდარტებს“ და ხელს უწყობს სამედიცინო დაწესებულების სრულყოფას. შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებების მიერ აკრედიტაციის სტანდარტების დანერგვა დაკავშირებულია სურვილთან - არსებული რესურსების ეფექტურად გამოყენებით გააუმჯობესონ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და უზრუნველყონ პაციენტების კმაყოფილება. (124), (165)

სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია, ეს არის დაწესებულების შეფასების ინტეგრირებული და მრავალსაფეხურიანი პროცესი, რომლის საშუალებითაც ხდება დაწესებულების შესაბამისობის შეფასება დადგენილ სტანდარტებსა და ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების მოთხოვნებთან. აკრედიტაციის სტანდარტებთან შესაბამისობის დადასტურების შემთხვევაში ორგანიზაციას ენიჭება აღიარება. აკრედიტაცია უმეტესად ნებაყოფლობითი პროცესია და არ წარმოადგენს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ვალდებულებას. აკრედიტაციას და შემდგომ პროცესის ზედამხედველობას, როგორც წესი, დამოუკიდებელი ორგანიზაცია ახორციელებს. (89), (165)

„ლიცენზირებისაგან განსხვავებით, აკრედიტაცია ძირითადად ორიენტირებულია ხარისხის ოპტიმალური სტანდარტების მიღწევასა და მუდმივ გაუმჯობესებაზე, ვიდრე

საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად მინიმალური სტანდარტების დაცვაზე.“ (89)

აკრედიტაციის სტანდარტი წარმოადგენს დონეს, რომელიც განსაზღვრავს მომსახურების იმ ხარისხს, რომელსაც უნდა აკმაყოფილებდეს დაწესებულება. სტანდარტი, როგორც წესი, მოიცავს სამედიცინო დაწესებულების მუშაობის ყველა ასპექტს, როგორცაა: პაციენტსა და მის ოჯახის წევრებზე ზრუნვა, სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა და უწყვეტობა, სადიაგნოსტიკო სერვისები, ლიდერობა და მართვის სტილი, უსაფრთხოება და დამხმარე სერვისები, ხარისხის გაუმჯობესება და სხვა. აკრედიტაციის სტანდარტების გამოყენება უზრუნველყოფს ინფორმაციის მართვის, ადამიანური რესურსების განვითარებისა (განათლების) და საექთნო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას. (165)

სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია ხანგრძლივი და შრომატევადი პროცესია, რომელიც მნიშვნელოვანი ცვლილებების განხორციელებას მოითხოვს როგორც ჩვეული პრაქტიკის, ისე პერსონალის ქცევის მიმართულებითაც. პროცესი მოითხოვს სამედიცინო დაწესებულების მიერ შესრულებული სამუშაოს კრიტიკულ თვითშეფასებასა და იმ პრობლემების იდენტიფიცირებას, რომელთა აღმოფხვრაც ხელს შეუწყობს წარმატებისა და კონკურენტუნარიანობის გაზრდას. (165)

აკრედიტაციის სტანდარტები ძირითადად კლასიფიცირდება ავედის დონაზედიანის მიერ მოწოდებული ხარისხის საზომი მთავარი ელემენტების მიხედვით, როგორცაა: სისტემის სტრუქტურა, პროცესი და შედეგი. სტანდარტები ძირითადად ეყრდნობა სხვადასხვა წყაროებს, კვლევებსა და მტკიცებულებებს. (89), (7)

აკრედიტაციის სტანდარტების ძირითად მიზანს აკრედიტირებულ ორგანიზაციაში ხარისხის მუდმივი გაუმჯობესება წარმოადგენს. კონკრეტული სამედიცინო დაწესებულებისთვის აკრედიტაციის მინიჭების შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს აუდიტორთა გუნდი, დაწესებულების ადგილზე შეფასების საფუძველზე. ორგანიზაციისთვის აკრედიტაციის მინიჭება ხდება გარკვეული ვადით, რომლის გასვლის შემდეგაც დაწესებულება გადის განმეორებით აუდიტს. (7), (89), (145)

სალიცენზიო სტანდარტი ძირითადად შემოიფარგლება მინიმალური მოთხოვნებით და უმეტესად მიმართულია საზოგადოების ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფისკენ, ხოლო აკრედიტაციის სტანდარტები მოიცავს სისტემაში მაქსიმალური ხარისხის მიღწევის ოპტიმალურ და შესაძლო ღონისძიებებს. (89), (7)

➤ **სერტიფიცირება** არის პროცესი, რომლის დროსაც ავტორიზებული ორგანო (სახელმწიფო ან დამოუკიდებელი) აფასებს და აღიარებს ინდივიდის ან სამედიცინო დაწესებულების შესაბამისობას წინასწარ განსაზღვრულ მოთხოვნებთან და კრიტერიუმებთან. (89)

აკრედიტაცია და სერტიფიცირება ურთიერთდაკავშირებული ცნებებია და ხშირად ერთდროულად გამოიყენება, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ აკრედიტაცია ძირითადად ვრცელდება ორგანიზაციებზე, ხოლო სერტიფიცირება კი შესაძლოა გავრცელდეს როგორც ორგანიზაციაზე, ისე ცალკეულ ინდივიდებზე. (89) ცალკეულ ინდივიდებთან მიმართებით, სერტიფიცირება გულისხმობს, რომ თითოეულ ინდივიდს აქვს შესაბამისი განათლება, გავლილი აქვს დამატებითი სწავლება და კონკრეტულ სპეციალობაში მისი კომპეტენცია და პრაქტიკული უნარ-ჩვევები შეესაბამება სერტიფიცირებისთვის დადგენილ მინიმალურ მოთხოვნებს. (89), (139)

1.2. განვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის მოდელების ზოგადი მიმოხილვა

1.2.1. გერმანიის ჯანდაცვის სისტემა

1990-იანი წლების დასაწყისამდე, გერმანიაში მოქმედებდა კლასიკური სოციალური დაზღვევის სისტემა (SHI). ბისმარკის მოდელი დასაქმებულთა უმეტესობას სადაზღვევო ფონდში რეგულარული სავალდებულო შენატანების განხორციელებას ავალდებულებდა, ხოლო SHI-ის სისტემაში სავალდებულო მონაწილეობისგან განთავისუფლებულ დასაქმებულებს კი შეეძლოთ კერძო დაზღვევით სარგებლობა. SHI-ს სისტემით მოსარგებლებს არ ჰქონდათ სადაზღვევო ფონდის არჩევის უფლება, რადგან ეს დამოკიდებული იყო დასაქმებულის პროფესიაზე. SHI-ის ფარგლებში პაციენტებს ჰქონდათ არჩევანის თავისუფლება როგორც ექიმის, ისე სამედიცინო დაწესებულების არჩევისას, რაც შეეხება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს, ისინი წარმოადგენდნენ სადაზღვევო ფონდისგან დამოკიდებელ ორგანიზაციებს. (170), (104)

ბოლო 3 ათწლეულის განმავლობაში განხორციელებული რეფორმების სერიის შედეგად, შეიცვალა ბისმარკის ორიგინალი მოდელის ზოგიერთი მნიშვნელოვანი მახასიათებელი. (133), (104) ძირითადი რეფორმები, რომლებმაც მნიშვნელოვნად შეცვალეს ბისმარკის სისტემის სტრუქტურა, გატარდა 1993 და 2007 წლებში. (170), (104)

1993 წლის ჯანდაცვის სტრუქტურის აქტი (Healthcare Structure Act) მიმართული იყო დაავადების ფონდებს შორის კონკურენციის გაზრდაზე. რეფორმა გერმანიის მოქალაქეების უმრავლესობას სადაზღვევო ფონდის არჩევანის თავისუფლებას ანიჭებდა. (90), (133), (104), (170) 1994 წელს ამოქმედდა რისკზე დაფუძნებული კომპენსაციის სქემა, რომელიც

სადაზღვევო ფონდებს შორის შენატანების გადანაწილებას გულისხმობდა. 1996 წლის შეთანხმებით, პაციენტთა დისკრიმინაციის აღკვეთის მიზნით, სადაზღვევო ფონდებს განესაზღვრათ დაზღვევის ყველა მსურველის ჩარიცხვის ვალდებულება. (90), (133), (170), (104)

2007 წლის „Act to Strengthen Competition in SHI“-ს სახელწოდებით ცნობილი რეფორმა ღონისძიებების ფართო სპექტრს მოიცავდა, რამაც მნიშვნელოვნად შეცვალა გერმანიის ჯანდაცვის სისტემა როგორც რეგულირების, ისე დაფინანსების მხრივ. რეფორმის მნიშვნელოვან ცვლილებას მიეკუთვნება საყოველთაო დაზღვევის (Universal Insurance) შემოღება. (48), (47), (170), (104)

1993-2007 წლის რეფორმებმა გარკვეულწილად დაფინანსების მოდელის ცვლილება გამოიწვია. SHI სისტემა არ დაშლილა, თუმცა მოხდა მისი მოდერნიზაცია და ახალ სისტემაში ჩართვა. გერმანიის დღევანდელი დაფინანსების სისტემა კონფიგურირებულია, როგორც დაფინანსების ჰიბრიდული ფორმა. დაფინანსების მექანიზმში სადაზღვევო ფონდზე დაფუძნებული სისტემა გახდა მოქალაქეთა სავალდებულო დაზღვევის ფართო სისტემის კომპონენტი. ჯანმრთელობის დაზღვევა აღარ არის სავალდებულო მხოლოდ გარკვეული პროფესიებისთვის და ვრცელდება გერმანიის ყველა მოქალაქეზე. სავალდებულო შენატანები, ინდივიდუალურ ფონდებში შეგროვების ნაცვლად, დღეს აკუმულირდება ერთიან ეროვნულ ფონდში, საიდანაც შეგროვებული რესურსი შემდეგ ნაწილდება რისკზე დაფუძნებული კაპიტაციის ფორმულის გამოყენებით. (80), (170), (104)

2009 წლიდან, დაზღვევის ვალდებულება აღარ შემოიფარგლება ზოგიერთი პროფესიული კატეგორიით და მოიცავს გერმანიის ყველა მოქალაქეს. მოსახლეობის ნაწილს, ვინც არ არის ჩართული SHI-ში, მოეთხოვებათ კერძო სამედიცინო დაზღვევის პაკეტის შექმნა. კერძო მზღვეველი კი ვალდებულია, რომ დაზღვევის მსურველებს შესთავაზოს საბაზისო ტარიფი. (47), (48), (170), (104)

OECD-ს 2019 წლის პუბლიკაციის თანახმად, 1990-2007 წლის ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების შემდეგ, დაფინანსება გახდა მეტად ცენტრალიზებული და სამართლიანი. გერმანული სისტემა დღემდე ეფუძნება მზღვეველებს შორის მაღალ კონკურენციას. სადაზღვევო საქმიანობა ექვემდებარება მკაცრ სახელმწიფო რეგულაციას. დღეისათვის გერმანიაში ფუნქციონირებს 100-მდე დაავადების ფონდი და 40-მდე კერძო სადაზღვევო კომპანია. (83), (104)

გერმანიის ჯანდაცვის სისტემა ტრადიციულად მოსახლეობის სეგმენტაციის პრინციპის საინტერესო გამოყენებას წარმოადგენს. ოჯახის შემოსავლებისა და პროფესიიდან გამომდინარე, გერმანიის მოსახლეობა დაყოფილია კატეგორიებად: (104)

➤ პირველ კატეგორიაში გაერთიანებულია SHI-ში სავალდებულო მონაწილეობას დაქვემდებარებული მოქალაქეები, როგორცაა: დადგენილ წლიურ შემოსავალზე ნაკლები შემოსავლების მქონე დასაქმებული პირები (2020 წლის მონაცემებით 62,550 ევრო წელიწადში), პენსიონერები, ფერმერები და უმუშევრობის შემწეობის მიმღები პირები. პირველ კატეგორიას მიკუთვნებული ადამიანები ყოველწლიურად რეგისტრირდებიან სადაზღვევო ფონდში და იხდიან შენატანებს. სადაზღვევო ფონდის მიერ შეთავაზებული შეღავათები ვრცელდება როგორ დაზღვეულ პირებზე, ისე შემოსავლების არმქონე მათი ოჯახის წევრებზეც. (170), (104)

➤ მეორე კატეგორიაში შედიან თვითდასაქმებული და დასაქმებული პირები, რომელთა წლიური შემოსავალიც აღემატება დადგენილ ზღვარს (2020 წლის მონაცემებით 62,550 ევრო წელიწადში). მოცემული კატეგორიის მოქალაქეების მონაწილეობა SHI-ს სისტემაში ნებაყოფლობითია, ხოლო უარის თქმის შემთხვევაში ვალდებულნი არიან შეიძინონ კერძო სადაზღვევო პოლისი. განსხვავებით SHI-ს სისტემისაგან (შენატანების მოცულობა განისაზღვრება შემოსავლების პროპორციულად), კერძო სადაზღვევო პაკეტის შენატანის მოცულობა განისაზღვრება ინდივიდუალური რისკისა და ოჯახის წევრების ცალკეული პრემიის ოდენობით. (83), (170) ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის პაკეტი განსაკუთრებით მიმზიდველია კარგი ჯანმრთელობის მქონე, მაღალი შემოსავლების მქონე პირებისთვის, რომელთაც არ ყავთ ოჯახის წევრები. (58), (80), (170)

სახელმწიფო ფარავს ხანგრძლივად უმუშევარი და სხვა მსგავსი კატეგორიის პირების სადაზღვევო შენატანებს, ასევე აფინანსებს კონკრეტულ პროგრამებს ლტოლვილთა სასარგებლოდ. (170) როგორც მოქმედი, ისე პენსიაზე მყოფი საჯარო მოხელეები სარგებლობენ სპეციალური შეღავათებით, მთავრობა ანაზღაურებს ჯანდაცვის ხარჯების დიდ ნაწილს, დარჩენილი წილის დასაფარად კი მოქალაქეები კერძო დაზღვევის პაკეტს ყიდულობენ. (48), (170) საჯარო მოხელეების გარდა, მოქალაქეთა ისეთი კატეგორიები, როგორცაა სამხედრო ან სამართალდამცავი პირები, მათი ჯანმრთელობის საჭიროებებს ფარავს სპეციალური სახელმწიფო პროგრამები. (133), (170)

გერმანიაში ეროვნული კანონმდებლობა განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემის მარეგულირებელ ჩარჩოს, ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებსა და სამოქმედო გეგმას, მზღვეველთა და სამედიცინო მიმწოდებელთა ურთიერთობები კი რეგულირდება დეცენტრალიზებულ დონეზე. (94), (58), (170) ბისმარკის კლასიკური

მოდელის შეცვლის მიუხედავად, არც ერთ მთავრობას არ დაუყენებია ჯანდაცვის სექტორის კორპორატიული რეგულირების შეცვლის საკითხი. (48), (170)

საკანონმდებლო მოთხოვნებს განსაზღვრავს „სოციალური კოდექსი“ (SGB - Sozialgesetzbuch), მასში ინტეგრირებულია პაციენტზე ზრუნვისა და ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის (SHI) ფარგლებში პაციენტის უფლებებთან დაკავშირებული რეგულაციები, განსაზღვრულია სისტემის მონაწილეთა მარეგულირებელი ჩარჩო, ფუნქციები და ვალდებულებები. (319), (94)

გერმანიის ჯანდაცვის ფედერალური სამინისტროს ზედამხედველობის ქვეშ მყოფი, ერთიანი ფედერალური კომიტეტი (G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss) წარმოადგენს თვითმმართველ, უმაღლესი გადაწყვეტილების მიმღებ ორგანოს, რომელიც შეიქმნა 2004 წელს და აერთიანებს ჯანდაცვის სისტემის თვითმმართველ ორგანიზაციებს: ჯანმრთელობის დაზღვევის ექიმთა და სტომატოლოგთა ეროვნულ ასოციაციებს, გერმანიის საავადმყოფოთა ფედერაციასა და ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდების ცენტრალურ ფედერალურ ასოციაციას. (94), (202), (144), (170) G-BA-ს ფუნქციები განსაზღვრულია სოციალური კოდექსით. მარეგულირებელი ჩარჩოს თანახმად, G-BA განსაზღვრავს სპეციალური მარეგულირებელ ზომებს, ხარისხის სტანდარტების შესრულებისა და სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის მექანიზმებთან დაკავშირებით. (94), (202)

გერმანიის ერთიანი ფედერალური კომიტეტი (G-BA), როგორც მარეგულირებელი ორგანო, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის უზრუნველყოფის მხრივ. კომიტეტი მისი უფლებამოსილების ფარგლებში განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების იმ სერვისებს, რომელთაც ფარავს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა, შეიმუშავებს და გამოსცემს გაიდლაინებს და აფასებს მკურნალობის კლინიკურ ეფექტურობას. (58), (170)

ჯანდაცვის სისტემის მართვის პოლიტიკური ინსტრუმენტებიდან, გერმანია ძირითადად ეყრდნობა დაფინანსებისა და რეგულირების ბერკეტებს. იქიდან გამომდინარე, რომ სახელმწიფო უშუალოდ არ უზრუნველყოფს სამედიცინო სერვისების მიწოდებას, ორგანიზაციისა და ინფორმაციული საინფორმაციო ინსტრუმენტების გამოყენების წილი სახელმწიფო პოლიტიკაში საკმაოდ მწირია. (170)

სამედიცინო დაწესებულებებისთვის გაწეული მომსახურების ანაზღაურება ხორციელდება 2004 წლიდან დანერგილი დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების სისტემის (DRG-system) მიხედვით, ხოლო ცენტრალური გადანაწილების ფონდის (Central Reallocation Pool)

საშუალებით კი, ხდება სადაზღვევო ფონდების დაფინანსების მკაცრი მონიტორინგი. (133), (170)

საინფორმაციო ინსტრუმენტის გამოყენების მხრივ, გერმანიის ჯანდაცვის სისტემაში აღსანიშნავია ხარისხისა და ეფექტურობის ინსტიტუტის საქმიანობა (Institute for Quality and Efficiency). ინსტიტუტი შეიქმნა ინგლისური NICE-ს მოდელი მიხედვით. (133), (170) ერთიანი ფედერალური კომიტეტისგან (G-BA) განსხვავებით, ხარისხისა და ეფექტურობის ინსტიტუტს არ აქვს რეგულირების უფლებამოსილება, მისი ფუნქციაა საზოგადოების ინფორმირება სხვადასხვა საკითხებთან დაკავშირებით. (170)

1.2.2. გაერთიანებული სამეფოს (დიდი ბრიტანეთი) ჯანდაცვის სისტემა

ბრიტანეთის „ჯანმრთელობის ეროვნული სერვისები“ (NHS) ჯანდაცვის ინტეგრირებული უნივერსალური სისტემის მსგავსია. ბრიტანეთში „ჯანმრთელობის ეროვნული სერვისები“ (NHS) ხორციელდება დეცენტრალიზებულად და დაყოფილია ოთხ ადმინისტრაციულ ერთეულად: ინგლისი, უელსი, ჩრდილოეთ ირლანდია და შოტლანდია. (104)

NHS გამოირჩევა რამდენიმე მნიშვნელოვანი მახასიათებლით, როგორცაა:

- NHS ფინანსდება გადასახედებით;
- ბრიტანული NHS ფლობს და მართავს საკუთარ საავადმყოფოებსა (ჰოსპიტლებს) და ამბულატორიულ კლინიკებს;
- სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა დასაქმებულია NHS-ში. (170), (104)

გაერთიანებული სამეფო პირველი ევროპული ქვეყანაა, რომელმაც 1946 წელს ჯანდაცვის ეროვნული მოდელი შექმნა. (104) ბოლო 30 წლის განმავლობაში, დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის ნაციონალურმა სისტემამ, სულ მცირე, სამი ძირითადი რეფორმა განიცადა, რომელიც 1990 წლის „კონსერვატიულ რეფორმით“ დაიწყო: (140), (170) 1990 წელს ტეტჩერი მთავრობის მიერ დამტკიცებული „NHS and Community Care Act“ მიზნად ისახავდა ინგლისის ჯანდაცვის სისტემაში რადიკალური ცვლილებების ხელშეწყობასა და ინტეგრირებული სისტემიდან „ბაზრის შიდა მოდელზე“ („Internal Market“) გადასვლას. (54), (170)

აღნიშნულ მოდელში მნიშვნელოვანი როლი დაეკისრა შემსყიდველისა და პროვაიდერის გახლეჩას. შემსყიდველებს წარმოადგენდნენ რაიონული ჯანდაცვის ორგანიზაციები (DHAs - District Health Authorities), რომლებიც მოსახლეობის რაოდენობაზე დაყრდნობით მიღებული ბიუჯეტის საფუძველზე, პროვაიდერთა ფართო სპექტრისგან შეისყიდდნენ სამედიცინო სერვისებს. შემსყიდველთა მეორე კატეგორიაში შედიოდნენ ზოგადი პრაქტიკოსები (GPs - General Practitioners), სადაც ოჯახის ექიმების გაერთიანებას, გამოყოფილი ბიუჯეტის

საფუძველზე, მიეცათ პაციენტის სასარგებლოდ სერვისების შესყიდვის შესაძლებლობა. სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ავტონომიურ ტრასტებად („Trusts) გარდაქმნილი ჰოსპიტლების პასუხისმგებლობას წარმოადგენდა. კონტრაქტების მიღების მიზნით, ჰოსპიტლები ერთმანეთთან მაღალ კონკურენციაში იყვნენ. (70), (170)

რეფორმას არ მოჰყვა კერძო სექტორის გაძლიერება. აღმოჩნდა, რომ პროდუქტიულობის სტიმულირების შემოდებით რეფორმის საფუძველს, მხოლოდ საჯარო პროვაიდერებს შორის კონკურენციის გაძლიერება წარმოადგენდა. NHS-ის მომხმარებლებისთვის არაფერი შეცვლილა, პაციენტებს შეზღუდული ქონდათ არჩევანის თავისუფლება, არ შეეძლოთ პროვაიდერის არჩევა, რადგან აღნიშნული რაიონული ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და კერძო პრაქტიკოსების უფლებას წარმოადგენდა. (170)

1997 წლიდან Blair-ს მთავრობის პირველ დონისძიებას, ჯანდაცვის სფეროში კონტრ რეფორმის გატარება წარმოადგენდა. კონკურენციის რიტორიკაზე უარის თქმის შემდეგ, ლეიბორისტული რეფორმები მეტად ფოკუსირებული იყო ურთიერთთანამშრომლობაზე. (70), (170) მიუხედავად იმისა, რომ ლოკალური ჯანდაცვის სერვისებისა და საავადმყოფოების განცალკევება შენარჩუნდა, პირველადი ჯანდაცვის ტრასტები (Primary Care Trusts) მჭიდროდ კოორდინირებული სისტემის ჩარჩოს წარმოადგენდნენ, რაც ხელს უწყობდა პირველადი, მეორეული და სათემო ზრუნვის ინტეგრაციას. (60), (170)

1997 წლის „Primary Care Act“ გულისხმობდა ადგილობრივი ჯანდაცვის ორგანოების კოორდინაციის ქვეშ, ლოკალურ დონეზე, ყველა ჯანდაცვის მუშაკის შეთანხმებულად მუშაობის ვალდებულებას. გაუქმდა ფონდის ჰოლდინგი, ზოგადი პრაქტიკის სპეციალისტები და პირველადი ჯანდაცვის ყველა მიმწოდებელი წარმოადგენდნენ პირველადი ჯანდაცვის ტრასტის ნაწილს (PCTs - Primary Care Trusts). (170)

2001 წლიდან, მეორე მანდატის დასაწყისში, Blair-ს მთავრობამ მიზნად დაისახა ჯანდაცვის პოლიტიკის მიმართულების შეცვლა. ლეიბორისტული ადმინისტრაცია დაჟინებით საუბრობდა პაციენტებისთვის არჩევანის თავისუფლების მინიჭებისა და საავადმყოფოების ხარისხთან დაკავშირებით. (163), (170)

2008 წლიდან მოქალაქეებს უფლება მიეცათ აერჩიათ ნებისმიერი პროვაიდერი, რომელიც მონაწილეობდა NHS-ში და აკმაყოფილებდა ჯანდაცვის კომისიის (Healthcare Commission) სტანდარტებს. (70), (170) მოსახლეობისთვის არჩევანის გაადვილების მიზნით, Blair-ს მთავრობამ ყურადღება გამახვილა ინფორმაციის პოლიტიკის ინსტრუმენტზე, რადგან თვლიდნენ, რომ თუ მოსახლეობას არ ექნებოდა ინფორმაცია პროვაიდერებისა და მათი

რეიტინგების შესახებ, მხოლოდ არჩევანის თავისუფლების მინიჭება არ იქნებოდა საკმარისი. აქედან გამომდინარე, ქვეყანაში არსებული სამედიცინო დაწესებულებების პერიოდული შეფასებისთვის შეიქმნა სპეციალური სისტემა, რომელიც მოქალაქეებს სამედიცინო დაწესებულებების ერთმანეთთან შედარების საფუძველზე არჩევანის საშუალებას აძლევდა. (158), (170)

ჯანდაცვის ბოლო რეფორმა 2012 წელს, დევიდ ქემერონის (David Cameron) მეთაურობით, კოალიციური მთავრობის მიერ განხორციელდა. 2012 წლის ჯანმრთელობისა და სოციალური აქტის (Health and Social Act) მიხედვით, NHS ამჟამად 200-მდე ტერიტორიულ ოლქად იყოფა, რომელთაც კლინიკური საოპერაციო ჯგუფები (CCG - Clinical Commissioning Groups) ეწოდებათ. CCG-ს ძირითადად ზოგადი პრაქტიკოსები ხელმძღვანელობენ, ბიუჯეტი კი რაიონში მცხოვრები მოსახლეობის პროპორციულია. CCG-ს უმთავრეს ამოცანას წარმოადგენს საკუთარი პერსონალით პირველადი სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა, ხოლო ბინაზე და სპეციალიზებული მოვლის სერვისების უზრუნველსაყოფად, ხორციელდება მომსახურების შესყიდვა. სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე პასუხისმგებელია ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელი საჯარო კომპანიები - NHS-ს ტრასტები. NHS-ტრასტები მომსახურების ანაზღაურება ხორციელდება რეალურად გაწეული სერვისის მოცულობის შესაბამისად. NHS ტრასტები საქმიანობის ფორმის შესაბამისად შეიძლება იყოს საავადმყოფო, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულება ან საზოგადოების ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაცია. (70), (170)

დიდ ბრიტანეთში განხორციელებული ჯანდაცვის რეფორმები მიზნად ისახავდა პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომის უზრუნველყოფასა და მომსახურების ეფექტურობის გაზრდას. რეფორმების მიზნების მიუხედავად, არ დარღვეულა NHS-ს თავდაპირველი პრინციპები: დაფინანსება დაბეგვრის გზით, უნივერსალური დაფარვა, სახელმწიფო მზრუნველობა (The Eminently Public Provision of Care). (170)

2012 წელს, ქემერონის რეფორმას ბრალი დასდეს NHS-ის პრივატიზების სურვილში, რადგან ის CCG-ს უფლებას აძლევდა სპეციალიზებული მომსახურება შეესყიდა არა მხოლოდ NHS-ს პროვაიდერებისგან, არამედ ლიცენზირებული კერძო სექტორისგანაც. 2018 წლის მონაცემების მიხედვით, NHS-ის ბიუჯეტის 8%-ზე ნაკლები კერძო სექტორს გადაეცემოდა. (170)

NHS სერვისების დაფინანსების წყაროს მოქალაქეთა მიერ გადახდილი გადასახადები წარმოადგენს. მოქალაქეების სამედიცინო სერვისით უფასოდ სარგებლობენ, დაფინანსება არ ვრცელდება მხოლოდ ფარმაცევტულ და სტომატოლოგიურ მომსახურებაზე. (50), (170) აღსანიშნავია, რომ ბავშვები, მოხუცები, ქრონიკული დაავადებების მქონე პირები, დაბალი

შემოსავლის მქონე ოჯახები, შშმ პირები, ორსულები და სხვა კატეგორიები განთავისუფლებულია თანაგადახდისგან. (50), (104) ბოლო ათწლეულების განმავლობაში შეიცვალა პროვაიდერთათვის სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების სისტემა და იგი ახლა შესრულების შედეგების სისტემას ეფუძნება (payment-by-results), აღნიშნულის მიზანს ხარისხისა და ეფექტურობის უზრუნველყოფის სტიმული წარმოადგენს. (140), (170)

გაერთიანებული სამეფოს ჯანდაცვის სისტემას ხელმძღვანელობს და ზედამხედველობას უწევს ცენტრალური სამთავრობო ორგანო: ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის დეპარტამენტი (DHSC - Department of Health and Social Care). DHSC პასუხისმგებელია დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და სოციალური პოლიტიკის განსაზღვრაზე. (209), (94)

ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებას წარმოადგენს მარეგულირებელი ფუნქციის დელეგირება დამოუკიდებელ უწყებებზე (სააგენტოებზე). (61), (170) ხსენებული სააგენტოები მარეგულირებელი უფლებამოსილების ფარგლებში ასრულებენ საინფორმაციო და საკონსულტაციო ფუნქციებს. დამოუკიდებელ ჯანდაცვის სააგენტოებს წარმოადგენენ: The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Care Quality Commission და Monitor. (170)

NICE წარმოადგენს დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და სოციალური დახმარების დეპარტამენტის აღმასრულებელ, არაუწყებრივ საჯარო ორგანოს, რომელიც მუშაობს ხარისხის სტანდარტებისა და ხარისხის ინდიკატორების შექმნაზე, შეიმუშავებს და გამოსცემს კლინიკური პრაქტიკის, ტექნოლოგიური შეფასებისა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებულ რეკომენდაციებსა და გაიდლაინებს. (170), (94)

საინფორმაციო ინსტრუმენტის გამოყენების მხრივ აღსანიშნავია 2000-იანი წლების დასაწყისი, რა პერიოდსაც NHS-ის პროვაიდერთა რეიტინგის სისტემის შემოღება უკავშირდება. (140), (170) სამედიცინო დაწესებულებების შეფასება ხორციელდებოდა დამოუკიდებელი სააგენტოებისა და მომსახურების ხარისხის კომისიის (Care Quality Commission) მიერ. სისტემის დანერგვის პირველ ეტაპზე, სამედიცინო დაწესებულებების შეფასებისთვის გამოიყენებოდა 3 ვარსკვლავიანი რეიტინგის სკალა, რომელიც შემდეგ შეიცვალა შესრულების ხარისხის შეფასების სხვა მეთოდებით. სამედიცინო დაწესებულებების რეიტინგების შესახებ ინფორმაცია საზოგადოებისთვის ხელმისაწვდომია Care Quality Commission-ის ვებ-გვერდზე. (70), (170)

„ზრუნვის ხარისხის კომისია“ (CQC - Care Quality Commission) წარმოადგენს დამოუკიდებელ მარეგულირებელ ორგანოს და ასრულებს მნიშვნელოვან მარეგულირებელ ფუნქციას,

უზრუნველყოფს NHS-ის სერვისის მიმწოდებელთა მონიტორინგსა და ხარისხის შეფასებას. (170), (94)

სამედიცინო მომსახურების ყველა მიმწოდებელი ვალდებულია რეგისტრირებული იყოს CQC სისტემაში, რეგისტრაცია შესაძლებელია მხოლოდ ხარისხისა და უსაფრთხოების ეროვნულ სტანდარტებთან შესაბამისობის დადასტურების შემდეგ. ხარისხის სტანდარტების დაცვას CQC თავის მხრივ უზრუნველყოფს ყოველწლიური დაუფეგმავი ინსპექტირების, ინსპექტირებებს შორის მონიტორინგისა და სხვადასხვა საინფორმაციო წყაროდან მიღებული ინფორმაციის საშუალებით. შეუსაბამობის აღმოჩენის შემთხვევაში კი იყენებს სხვადასხვა ბერკეტს. (94), (197)

„მონიტორი“ (Monitor) წარმოადგენს ჯანმრთელობის დეპარტამენტის აღმასრულებელ, „არაუწყებრივ“ ორგანოს, რომელიც უზრუნველყოფს NHS-ის პროვაიდერთა ავტორიზაციას, რეგულირებასა და მონიტორინგს როგორც ფინანსური, ისე ადმინისტრაციული თვალსაზრისით. (170), (204)

1.2.3. ნიდერლანდების (ჰოლანდიის) ჯანდაცვის სისტემა

ნიდერლანდებში პირველი სავალდებულო დაზღვევის სქემა 1941 წელს, გერმანიის საოკუპაციო ძალების მიერ ამოქმედდა და 1980-იანი წლების ბოლომდე ბისმარკის ტიპური მოდელი გამოიყენებოდა. დაზღვევის სისტემაში ჩარიცხული მოსახლეობის შეღავათების პაკეტი ერთგვაროვანი იყო, შენატანები ნაწილდებოდა დამსაქმებლებსა და დასაქმებულებს შორის. მოსახლეობის თითქმის 2/3 ექვემდებარებოდა სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემას, დანარჩენს კი შეეძლო ესარგებლა კერძო დაზღვევით. (174), (170), (104)

1968 წლიდან, სავალდებულო და ნებაყოფლობითი დაზღვევის პარალელურად ამოქმედდა გრძელვადიანი მოვლის დაზღვევის სქემა (AWBZ - Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). 2015 წლის რეფორმის შედეგად, AWBZ სქემა ჩანაცვლდა WLZ (Wet langdurige zorg) სქემით. (123), (104) WLZ სქემა გავრცელდა ქვეყნის მთლიან მოსახლეობაზე, ფინანსდება შემოსავლებთან დაკავშირებული სავალდებულო შენატანების საშუალებით და ფარავს გრძელვადიანი მოვლის ხარჯებს. (71), (170), (104)

2006 წლის რეფორმის შედეგად ამოქმედებული სავალდებულო დაზღვევის ერთიანი სქემის მიხედვით, ნიდერლანდების ყველა რეზიდენტი-მოქალაქე ვალდებულია პირადი შეხედულების შესაბამისად, ნებისმიერი სადაზღვევო კომპანიისგან შეიძინოს სტანდარტული საბაზისო შეღავათების სადაზღვევო პოლისი. (170), (71), (104) სავალდებულო დაზღვევის სქემაში მონაწილეობის უფლებისგან გათავისუფლდა მოსახლეობის 2 ჯგუფი: 1)

სამხედროები, რადგან მათთვის მოქმედებს მიზნობრივი პროგრამა და 2) ადამიანები, რომლებიც დაზღვევაზე უარს ამბობენ რელიგიური მიზეზების ან სხვა პრინციპების გამო. მიუხედავად ამისა, სავალდებულო დაზღვევის სქემიდან გათავისუფლებული კატეგორია ვალდებულია უზრუნველყოს სამედიცინო შემნახველ ანგარიშზე შენატანების განხორციელება. (71), (104)

ნიდერლანდების მთავრობა განსაზღვრავს საბაზისო დაზღვევის პოლისის პაკეტის მოცულობას. პაკეტი ფარავს ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ მომსახურებას, რეცეპტით გაცემულ მედიკამენტებსა და სტომატოლოგიურ მომსახურებას 18 წლამდე ასაკის პირებისთვის. (169), (148), (170) ძირითად პაკეტს მიღმა დარჩენილი ჯანდაცვის სერვისები შეიძლება დაიფაროს დამატებით კერძო დაზღვევით. (71), (170)

ჯანდაცვის პროვაიდერების დაფინანსება ხორციელდება დამოუკიდებელი სადაზღვევო კომპანიებისა და სადაზღვევო ფონდების საშუალებით. ნიდერლანდების თითქმის ყველა სადაზღვევო კომპანია არამომგებიანი ორგანიზაციაა, სადაზღვევო საქმიანობა მკაცრად კონტროლდება, მაღალია მზღვეველებს შორის კონკურენციის დონეც. (170), (104)

სადაზღვევო კომპანიები ვალდებული არიან დააზღვიონ ყველა მსურველი. დაზღვეულები სადაზღვევო პრემიას იხდიან უშუალოდ მზღვეველთან. ზრდასრული ადამიანებისთვის სადაზღვევო პრემიის მოცულობა განსხვავებულია მზღვეველის მიხედვით და გამოითვლება არა ინდივიდუალურ რისკზე დაფუძნებული მიდგომით, არამედ ზოგადი საჭიროების შესაბამისად. (169), (104) არასრულწლოვანთა სადაზღვევო პრემიებს ფარავს სახელმწიფო. ფიქსირებული პრემიის გარდა, დაზღვეული პირები იხდიან შემოსავალზე დაფუძნებულ შენატანს ერთ-ერთ ეროვნულ ფონდში. ფონდის სახსრები ნაწილდება ყველა მზღვეველზე რისკის დარეგულირების საფუძველზე. საბაზისო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესაძენად, დაბალშემოსავლიანი ოჯახები სარგებლობენ ფისკალური სუბსიდიით. (157), (104)

ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემა იყენებს ჯანდაცვის სერვისების სეგმენტაციას, სადაც ჯანდაცვა დაყოფილია 3 ცალკეულ პაკეტად:

1. „განსაკუთრებული“ სამედიცინო ხარჯები - დაკავშირებულია გრძელვადიან მოვლასთან, იფარება სავალდებულო ერთიანი სქემით (WLZ - Dutch Long-Term Care Act) და მოიცავს მთლიან მოსახლეობას.
2. აუცილებელი მოვლის საბაზისო პაკეტი - შედგება ძირითადი მოვლის საბაზისო პაკეტისგან, რომელსაც ფარავს მოსახლეობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემა (ZVW -

Dutch Health Insurance Act). ZVW-ს სადაზღვევო პრემიის გაანგარიშების მიხედვით SHI სისტემის მსგავსია.

3. „დამატებითი“ პროცედურები - იფარება ტიპური, ნებაყოფლობითი დაზღვევის სისტემის მიერ და ძირითადად მოიცავს სტომატოლოგიურ, ოფთალმოლოგიურ და ფიზიოთერაპიის სერვისებს. (104)

ნიდერლანდების მთავრობა უშუალოდ არ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებას. მთავრობა ასრულებს მარეგულირებლის ფუნქციას და კონტროლს უწევს დაფინანსების სისტემას. მთავრობა განსაზღვრავს საბაზისო პაკეტის მოცულობას, და არეგულირებს როგორც მზღვეველის, ისე პროვაიდერის საქმიანობას. (169), (170)

მთავრობა გეგმავს და გამოყოფს ბიუჯეტს ჯანმრთელობის საჭიროებებისთვის. დაბეგვრის მექანიზმის საშუალებით, მთავრობის მიერ ფინანსდება ხანგრძლივი ზრუნვის ფონდი და არასრულწლოვანთა საბაზისო ჯანდაცვის სერვისები. სახელმწიფო პასუხისმგებელია მზღვეველებს შორის რისკის კორექტირების კრიტერიუმების შექმნაზე. საავადმყოფოები ფინანსდება ადაპტირებული ტიპის დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის საშუალებით. (170)

ნიდერლანდებში ჯანდაცვის ხარისხის რეგულაცია ხორციელდება 1996 წელს მიღებული „ჯანმრთელობის დაწესებულებების ხარისხის აქტის“ (Quality of Health Facilities Act) შესაბამისად, სადაც ეროვნული მარეგულირებელი სისტემის საფუძველს წარმოადგენს მთავრობის მიერ განსაზღვრული ხარისხის სამი განზომილება - ეფექტურობა, პაციენტზე ორიენტირებულობა და ხარჯთეფექტურობა. რეგულაცია ითვალისწინებს ზრუნვის ხარისხის ზოგად მოთხოვნებს, ხოლო პროფესიული ორგანიზაციები განსაზღვრავენ დადგენილი მოთხოვნების აღსრულების გზებს. (94)

ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების ფუნქცია ნიდერლანდების მთავრობის მიერ ნაწილობრივ დელეგირებულია დამოუკიდებელ უწყებებზე, რომელთაგან აღსანიშნავია: ჰოლანდიის ჯანდაცვის ორგანო (NZa - Nederlandse Zorgautoriteit), ჯანმრთელობის დაცვის ინსპექცია (IGZ - Inspectie voor de Gezondheidszorg) და ანტიმონოპოლიური/მომხმარებელთა და ბაზრის ორგანო (Antitrust Authority/ACM - Authority for Consumers and Market) (166), (170)

„ჰოლანდიის ჯანდაცვის ორგანო“ (NZa) - მონიტორინგს უწევს მზღვეველთა და ჯანდაცვის პროვაიდერთა საქმიანობას, ამოწმებს ჯანდაცვის ბაზრის რეგულირების აქტთან შესაბამისობას. ჯანდაცვის ხარჯების კონტროლის მიზნით, NZa ადგენს შესაბამის წესებს, ასევე უფლებამოსილია განსაზღვროს ვალდებულებები და დააწესოს სანქციები. (170), (203)

„ჯანმრთელობის დაცვის ინსპექცია“ (IGZ) წარმოადგენს დამოუკიდებელ ეროვნულ საზედამხედველო ორგანოს და ანგარიშვალდებულია „ჰოლანდიის ჯანმრთელობის, კეთილდღეობის და სპორტის სამინისტროს“ წინაშე. (94), (203) IGZ პასუხისმგებელია და უზრუნველყოფს ჯანდაცვის ხარისხის, უსაფრთხოებისა და ხელმისაწვდომობის კონტროლს. IGZ უფლებამოსილია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს დააკისროს ადმინისტრაციული ჯარიმა ან სასჯელი პროკურატურის ჩარევის გარეშე. (170), (94), (203)

ანტიმონოპოლიური/მომხმარებელთა და ბაზრის ორგანო (Antitrust Authority/ACM - Authority for Consumers and Market) - ალიანსების ფორმირებისა და დომინანტური პოზიციის ბოროტად გამოყენების საწინააღმდეგო ქმედებების განხორციელებით იცავს მომხმარებელთა ინტერესებს. უწყების მარეგულირებელი უფლებამოსილება ვრცელდება მოქმედ მზღვეველებსა და პროვაიდერებზე. (170), (203)

ჰოლანდიის ჯანდაცვის სისტემა, სისტემის ყველა დონეზე დიდ ყურადღებას აქცევს საინფორმაციო წყაროებს. ჰოლანდიის მთავრობა ცდილობს უზრუნველყოს პაციენტთათვის სრული ინფორმაციის მიწოდება, შემდგომში გაცნობიერებული არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობის უზრუნველყოფის მიზნით. (71), (170) ჰოლანდიური სისტემა იყენებს რამდენიმე მნიშვნელოვან საკონსულტაციო ორგანოს, რომელთაც მოეთხოვებათ საზოგადოებისა და ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელთათვის „რჩევების და მტკიცებულებების“ (“advice and evidence”) მიწოდება. აღნიშნულ ორგანოებს არ გააჩნიათ მარეგულირებელი და პასუხისმგებლობის დაკისრების უფლებამოსილება. (170) მსგავსი ორგანოებიდან აღსანიშნავია ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტი (National Healthcare Institute), რომელიც ხარისხის ინდიკატორებზე, ხელმისაწვდომობასა და ხარჯებზე დაყრდნობით აფასებს ჯანდაცვის სისტემის მუშაობას და აქვეყნებს პერიოდულ ანგარიშებს. (169), (170) National Healthcare Institute-ს ვებგვერდზე ასევე განთავსებულია ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების ფასების, ლოდინის დროის თუ კონკრეტული პროვაიდერების შესახებ. (71), (170)

1.2.4. კანადის ჯანდაცვის სისტემა

კანადა წარმოადგენს „განცალკევებული“ უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის კარგ მაგალითს. კანადის ჯანდაცვის სისტემა აგებულია ერთი გადამხდელის საჯარო სადაზღვეო სქემაზე და ცნობილია „მედიქარ“-ის (Medicare) სახელით, რომელიც მოქმედებს როგორც მზღვეველი მთელი პოპულაციისთვის. (78), (152), (76), (104), (170) Medicare-ის სქემა დაარსდა 1957 წელს და 1966-1084 წლებში მიღებული კანონმდებლობის საფუძველზე ფინანსდება საშემოსავლო გადასახადებით. (152), (170)

კანადის ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურა უაღრესად დეცენტრალიზებულია. ცენტრალიზებულ მმართველობას ეფუძნება ისეთი ჯგუფების ჯანდაცვის საკითხები, როგორებიცაა: შეიარაღებული ძალების წევრები, მკვიდრი მოსახლეობა და ვეტერანები. (138), (56), (170)

კანადაში, ფედერალური მთავრობა აწესებს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მთავარ მარეგულირებელ ჩარჩოს, „Medicare“ კი იმართება პროვინციულ და ტერიტორიულ დონეზე. აქედან გამომდინარე, მართვის და ორგანიზების საკითხები განსხვავდება პროვინციების მიხედვით. სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ხორციელდება დამოუკიდებელი პროვაიდერების მიერ. (78), (76), (170), (104), (138), (56) სამედიცინო დაწესებულებები უმეტესწილად არაკომერციულ ორგანიზაციებს წარმოადგენენ, სამედიცინო პერსონალი კი შესაძლოა იყოს თვითდასაქმებული ან არაკომერციული საავადმყოფოების თანამშრომელი. (152), (170)

ჯანდაცვის სისტემის მმართველობა დაფუძნებულია ფინანსურ ბერკეტზე, სადაც ჯანდაცვის საკითხებში პროვინციების ავტონომიის მიუხედავად, ცენტრალური მთავრობა ფინანსური ტრანსფერების გამოყენების გზით ცდილობს ფედერალური მიზნების მიღწევას. ფინანსური ბერკეტის გარდა, ასევე გამოიყენება სოციალური კონტროლის მექანიზმიც. (138), (56), (152), (170)

კანადის ფედერალური მთავრობის მხრიდან „ტრანსფერის“ მისაღებად, პროვინციების ვალდებულებაა 1984 წელს გამოცემული „კანადის ჯანმრთელობის აქტის“ (Canada Health Act) მიხედვით განსაზღვრული 5 კრიტერიუმის შესრულება:

1. უნივერსალურობა - ყველა მოქალაქისთვის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;
2. ხელმისაწვდომობა - სამედიცინო მომსახურების უფასო მიწოდება;
3. ყოვლისმომცველობა - სამედიცინო ჩვენებით საჭირო ყველა სერვისის გარანტირებული უზრუნველყოფა;
4. პორტაბელურობა - ერთი პროვინციიდან სხვა პროვინციაში მოგზაურობის დროს, დაზღვევით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა;
5. საჯარო ადმინისტრირება - საჯარო ხელისუფლების მიერ ჯანმრთელობის დაზღვევის გეგმის ადმინისტრირება და არაკომერციულ ინტერესებზე დაყრდნობით მისი განხორციელება. (138), (56), (170)

„Medicare“ ფინანსდება ზოგადი გადასახადებით და არ გულისხმობს მომხმარებლის თანაგადახდას. (78), (76), (104) ფინანსური სახსრების დიდი წილი გროვდება პროვინციებში

ადგილობრივი შემოსავლებით, ფედერალური ტრანსფერი შეადგენს ჯანდაცვის ბიუჯეტის დაახლოებით 20%-ს. (152), (167), (170) ტრანსფერის განხორციელება დამოკიდებულია ცალკეული პროვინციის მიერ, კანადის ჯანმრთელობის კანონმდებლობით განსაზღვრული 5 დებულების შესრულებაზე. საავადმყოფოების უმეტესობა ფინანსდება გლობალური ბიუჯეტით, თუმცა გათვალისწინებულია ალტერნატიული მეთოდებიც. (78), (76)

„Medicare“ ძირითად ფარავს პირველად, სპეციალიზებულ და ჰოსპიტალურ სერვისებს. რაც შეეხება ხანგრძლივი მოვლის, ფიზიოთერაპიის, ოფთალმოლოგიური და სტომატოლოგიური სერვისების ანაზღაურებას, ნაწილობრივია და განსხვავდება პროვინციების მიხედვით. ის სერვისები, რომელიც არ შედის „Medicare“-ის დაზღვევის პაკეტში, ივსება კერძო დაზღვევის საშუალებით. კანადის მოსახლეობის დაახლოებით 2/3 ფლობს კერძო დაზღვევას. კერძო დაზღვევის პაკეტის შესყიდვა უმეტესწილად დამსაქმებლების, პროფესიული გაერთიანებებისა და ასოციაციების მიერ ჯგუფური კონტრაქტის საფუძველზე ხორციელდება. (78), (152), (80), (104)

1980-იანი წლების ბოლოდან, კანადის ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციის მთავარ სიახლეს რეგიონალიზაციის პროცესი და ჯანდაცვის რეგიონალური ორგანოების (RHAs - Regional Health Authorities) შექმნა წარმოადგენს. (56), (167), (170)

ჯანდაცვის რეგიონალური ორგანოები (RHAs) შეიქმნა არა ფედერალური მთავრობის, არამედ ცალკეული პროვინციების მიერ. RHAs-ს მთავარი მიზანია სისტემის ინტეგრირებულობის უზრუნველყოფა. პროვინციების ჯანდაცვის მინისტრების მიერ, ჯანდაცვის რეგიონალურ ორგანოებზე (RHAs) დელეგირებულია განსაზღვრულ გეოგრაფიულ ზონებში, საავადმყოფოებზე, შინმოვლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისებზე ზედამხედველობის ფუნქცია. (78), (170)

ბოლო ათწლეულების განმავლობაში, კანადაში ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი ფედერალური რეფორმები არ განხორციელებულა. (138), (56), (78), (170) კანადური ჯანდაცვის სისტემის განვითარდა სხვადასხვა ორგანიზაციული ცვლილებებით დეცენტრალიზებულ დონეზე. პროვინციულ დონეზე დანერგილი ინიოვაციების მთავარ მიზანს წარმოადგენდა ჯანდაცვის სისტემის საერთო ეფექტურობის ზრდა, სამედიცინო მომსახურების სერვისების ხარისხის გაუმჯობესება, ლოდინის დროის შემცირება, „დეჰოსპიტალიზაცია“ და შინმოვლის სერვისების გაუმჯობესება. (78), (170)

კანადაში სახელმწიფო აფინანსებს და არეგულირებს ჯანდაცვის სერვისებს, თუმცა არ უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას. პროვინციებში, ჯანდაცვის

დაწესებულებების უმეტესობა ჯანდაცვის რეგიონალური ორგანოების (RHAs) მფლობელობაშია და იმართება მათ მიერ NHS-ს მსგავსი ჯანდაცვის ორგანიზაციული მოდელით. (170)

კანადის ფედერალური და პროვინციული მთავრობები ინაწილებენ ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების ფუნქციებს. ფედერალური მთავრობა განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემის მართვის ზოგად პრინციპებს და პროვინციულ მთავრობას აკისრებს აღსრულების პასუხისმგებლობას; რეგულირებისა და კონტროლის მექანიზმად კი იყენებს ფინანსურ ბერკეტს. პროვინციულ მთავრობებს აკისრიათ ჯანდაცვის სისტემისა და ჰოსპიტალური სერვისების დაფინანსების, მართვისა და რეგულირების ფუნქცია. (56), (167), (170)

კანადის ჯანდაცვის სისტემის მართვის პროცესში ნაკლებად აქტუალურია საინფორმაციო ინსტრუმენტის გამოყენება. ჯანდაცვის სექტორში მონაცემთა შეგროვებაზე პასუხისმგებელ ორგანოებს შორის აღსანიშნავია „კანადის საინფორმაციო ინსტიტუტი“ (CIHI - Canadian Institute for Health Information), რომელიც პასუხისმგებელია ადმინისტრაციული და ფინანსური მონაცემების შეგროვებასა და დამუშავებაზე. CIHI-ს დამუშავებული მონაცემების საფუძველზე პროვინციული მთავრობების მიერ ხდება ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობისა და ეფექტიანობის გაზომვა-შეფასება. (78), (170)

1.2.5. აშშ ჯანდაცვის სისტემა

აშშ-ში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების დიდი წილი გამოიყენება მსხვილი მიზნობრივი პროგრამების დასაფინანსებლად, როგორცაა მედიკა („Medicare“) და მედიკეიდი („Medicaid“). პროგრამები დაარსდა 1960-იან წლებში ლინდონ ჯონსონის პრეზიდენტობის დროს. (103), (104) აშშ-ში სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯები ბევრად აღემატება ევროპის ქვეყნების დანახარჯებს, ამასთან აშშ მკვეთრად ჩამორჩება ევროპულ ქვეყნებს ისეთი მაჩვენებლებით, როგორებიცაა: შობადობა, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა და სხვა. (17), (132)

მედიკა („Medicare“) და მედიკეიდის („Medicaid“) გარდა, აშშ-ს მთავრობა აფინანსებს სხვა მრავალ მიზნობრივ პროგრამას. საერთო ჯამში, მიზნობრივი პროგრამები ფარავს აშშ-ს მოსახლეობის მესამედზე მეტი ადამიანის ჯანმრთელობის საჭიროებებს. აშშ-ის მოქმედი მიზნობრივი პროგრამებიდან აღსანიშნავია ბავშვთა ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამა (CHIP), რომელიც მიმართულია დაბალშემოსავლიან ოჯახებში მცხოვრები არასრულწლოვანი ბავშვების ჯანმრთელობის საჭიროებებზე. ასევე, აღსანიშნავია შეირადებული ძალების, ომის ვეტერანების, ფედერალური სახელმწიფო მუშაკების, მკვიდრი ამერიკელების, პატიმრებისა

და აივ/შიდსის ვირუსით დაავადებულთა პირების ჯანმრთელობის საჭიროებების მიზნობრივი პროგრამები. (67), (104)

მედიკეას („Medicare“) მიზანია 65 წელს ზემოთ გადაცილებული ასაკის მოსახლეობის, ამოტროფული გვერდითი სკლეროზისა (ASL) და თირკმლის ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტების სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა. მედიკეა („Medicare“) ფინანსდება ზოგადი ფედერალური გადასახადების, სავალდებულო სახელფასო გადასახადებისა (დასაქმებული და დამსაქმებელი) და ინდივიდუალური პრემიების ფინანსური რესურსის კომბინაციით. 2019 წლის მონაცემების მიხედვით, Medicare პროგრამით სარგებლობდა 58 000 000 ბენეფიციარი, თითქმის ყველა 65 წელს გადაცილებული მოქალაქე. (103), (104), (67)

მედიკეიდი (Medicaid) ფარავს მოსახლების ღარიბი სეგმენტისა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ჯანმრთელობის საჭიროებებს. აშშ-ს თითოეულ შტატში პროგრამით მოსარგებლეთა შერჩევის კრიტერიუმები განსხვავებულია და არ ვრცელდება ყველა დაბალი შემოსავლის მქონე ან ყველა შშმ პირზე. 2019 წლის მონაცემებით, მედიკეიდის (Medicaid) პროგრამით ისარგებლა 46 000 000-მა ამერიკელი მოქალაქემ. (67), (104)

მედიკეიდის (Medicaid) დაფინანსების წყაროს გადასახადები წარმოადგენს, რომელშიც ფედერალური საგადასახადო შემოსავლები წარმოადგენს საერთო ხარჯების 2/3-ს, ხოლო დანარჩენი კი სახელმწიფო და ადგილობრივ შემოსავლებზე ნაწილდება. (103), (104)

აშშ კერძო სადაზღვევო კომპანიების სიმრავლით ხასიათდება, რაც მაღალ კონკურენციას და სადაზღვევო პაკეტების მრავალფეროვნებას განაპირობებს. სადაზღვევო პოლისები ერთმანეთისგან განსხვავდება მასში შემავალი სერვისების მიხედვით, გათვალისწინებულია ისეთი საკითხები, როგორებიცაა: დაქვითვა, თანაგადახდის სხვადასხვა ფორმები, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის არჩევანის თავისუფლება და სხვა. აშშ-ში მოქმედი სადაზღვევო კომპანიები წარმოადგენილია როგორც კომერციული, ისე არაკომერციული ორგანიზაციების სახით. კომპანიების უმეტესობას აქვს „კონტრაქტირებული“ პროვაიდერების საკუთარი ქსელი და სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის შემთხვევაში, დაზღვეულებს უწევთ დამატებითი ხარჯის გაღება. (104)

აშშ-ს მოქალაქეები კერძო სამედიცინო დაზღვევას ყიდულობენ დამსაქმებლის მეშვეობით ან ინდივიდუალური პაკეტის შესყიდვის გზით. დამსაქმებლის მიერ შეძენილი სადაზღვევო პაკეტი ჯგუფური შეფასების პრინციპს ემყარება და, როგორც წესი, უფრო ხარჯთეფექტურია. ინდივიდუალური პაკეტები შედარებით უფრო ძვირია, თუმცა განმცხადებელს

შესაძლებლობა ეძლევა, ინდივიდუალური რისკის საფუძველზე განსაზღვროს პაკეტის მოცულობა და სადაზღვევო შენატანის ოდენობა. (87), (104)

აშშ-ს მოსახლეობის უმრავლესობა ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობს. 2019 წლის მონაცემებით, აშშ-ს მოსახლეობის 56,4% აქვს დამსაქმებელზე დაფუძნებული (კორპორატიული) ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა, 10,2%-ს კი - დაზღვევის ინდივიდუალური პაკეტები, მხოლოდ 8% (26 000 000 ადამიანი) არ აქვს რაიმე სახის დაზღვევა. (67), (104), (206)

დამსაქმებელზე დაფუძნებულ სამედიცინო დაზღვევის უპირატესობას ორი მიზეზი აქვს: ფისკალური და ისტორიული. ფისკალური მიზეზი გამომდინარეობს იქიდან, რომ თანამშრომელთა ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანები გადასახადისგან თავისუფალია. (80), (104) ისტორიული მიზეზი კი მეორე მსოფლიო ომის დროს ინფლაციის გამო, ხელფასების ზრდაზე მთავრობის მკაცრ კონტროლს უკავშირდება, სადაც კომპანიები თანამშრომლებს მოზიდვის მიზნით, დაზღვევასა და სხვადასხვა შეღავათებს სთავაზობდნენ. (130), (104)

2010 წელს, პრეზიდენტ ობამას რეფორმა მიზნად ისახავდა დაზღვევის არმქონე პირთა რაოდენობის თანდათან შემცირებას. (142), (143), (104) 2014 წლიდან, თითოეული შტატის ვალდებულებაა, შექმნას „ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზარი“ - ჯანმრთელობის დაზღვევის ონლაინ სივრცე, სადაც მოქალაქეებს გაუადვილებათ სხვადასხვა სადაზღვევო კომპანიის პოლისებისა და ხარჯების შედარება. ბოლო წლების განმავლობაში, ამერიკის საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახებს აშშ-ს სახელმწიფო დახმარებას უწევს სადაზღვევო პოლისის შეძენაში. გარკვეული პერიოდის განმავლობაში, საკმარისი შემოსავლის მქონე მოსახლეობას ეკისრებოდა ჯარიმა, თუ კი ისინი უარს იტყოდნენ დაზღვევის პოლისის შეძენაზე, ასევე ჯარიმდებოდა 50-ზე მეტი თანამშრომლის მყოფი კომპანიები, რომლებიც დასაქმებულებს არ სთავაზობდნენ სადაზღვევო პოლისში თანადაფინანსებას. მიუხედავად პრეზიდენტ ობამას მიერ გატარებული რეფორმისა, ამერიკის ჯანდაცვის სისტემა ისევ ნებაყოფლობით დაზღვევას ეფუძნება, მოსახლეობას აქვს თავისუფალი არჩევანის გაკეთების უფლება დაზღვევის შესყიდვასთან დაკავშირებით. (104)

„აშშ ჯანმრთელობისა და ადამიანური სერვისების დეპარტამენტის“ (HHS - U.S. Department of Health & Human Services) დაქვემდებარებაში არსებული Medicare და Medicaid-ის ცენტრები (CMS - Centers for Medicare & Medicaid Services) არეგულირებენ და ზედამხედველობას უწევენ ფედერალურ პროგრამებს, ასევე მონიტორინგს უწევენ „ჯანმრთელობის დაზღვევის პორტაბელურობისა და ანგარიშვალდებულების აქტის“ (HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act) შესრულებას. (209), (199), (94)

HHS-ს დაქვემდებარებაში მყოფი დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები (CDC - Centers for Disease Control and Prevention) პასუხისმგებელი არიან საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვასა და მონიტორინგზე. (209), (198)

„ჯანდაცვის კვლევისა და ხარისხის სააგენტო“ (AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality) ასევე შედის HHS-ს შემადგენლობაში და პასუხისმგებელია სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფაზე. ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების მიზნით, AHRQ დახმარებას უწევს ჯანდაცვის პროფესიონალებსა და პოლიტიკოსებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღებაში. (209), (194)

„სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ოფისები“ (Offices of Health Care Quality) პასუხისმგებელი არიან სამედიცინო მომსახურებისა და გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებების ლიცენზირებასა და სერტიფიცირებაზე. (209)

ხარისხის უზრუნველყოფის ეროვნული კომიტეტი (NCQA - National Committee for Quality Assurance) უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მონიტორინგს, ხოლო ჯანდაცვის ორგანიზაციების აკრედიტაციის ერთობლივი კომისია (JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) აფასებს სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურების ხარისხს და ანიჭებს აკრედიტაციას. (209), (207)

სურსათისა და წამლის ფედერალური სააგენტო (FDA - The Food and Drug Agency) კონტროლს უწევს აშშ-ში უსაფრთხო და ეფექტური საკვები პროდუქტების, მედიკამენტებისა და სამედიცინო მოწყობილობების მიწოდებას. (209), (210) ხოლო გარემოს დაცვის სააგენტო (EPA - The Environmental Protection Agency), კანონმდებლობის საფუძველზე, შეიმუშავებს და ნერგავს შესაბამის რეგულაციებს და უზრუნველყოფს გარემოს დაცვას. (209), (201)

1.3. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები

1.3.1. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ისტორიული ასპექტები

მსოფლიო ბანკის კლასიფიკაციის მიხედვით, საქართველო 2015 წლიდან საშუალო მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნების ჯგუფს მიეკუთვნება. (208) 2016 წელს, ჯანდაცვის გამოსავლების მიხედვით ქვეყნების რეიტინგში, საქართველოს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის ინდექსი (HAQ) 67.1-ს შეადგენდა. (ცხრილი 192) (137) რაც შეეხება საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების რეიტინგს, 2021 წლის მონაცემებით, საქართველო 89 ქვეყანას შორის 79-ე ადგილზეა და სამედიცინო მომსახურების საერთო

ინდექსი 33.84-ს შეადგენს. სხვადასხვა კრიტერიუმს შორის, საქართველოში ყველაზე დაბალი ქულით ფასდება პროფესიონალიზმი (22.76). (ცხრილი 191), (212), (200)

ტერიტორიული მოწყობის მიხედვით საქართველოს შემადგენლობაშია 2 ავტონომიური რესპუბლიკა (აჭარა და ოკუპირებული აფხაზეთი) და 9 რეგიონი, რეგიონები კი იყოფა მუნიციპალიტეტებად. (28), (16), (15)

1991 წლამდე, საქართველოს ჯანდაცვა საბჭოთა სისტემის ნაწილს წარმოადგენდა და ეფუძნებოდა „სემაშკოს მოდელს“. საბჭოურ მოდელზე აგებული ჯანდაცვის სისტემა ზედმიწევნით ცენტრალიზებული (მართვა, ადმინისტრირება, დაფინანსება) იყო და ტოტალიტარული მიდგომით ხასიათდებოდა. იქიდან გამომდინარე, რომ ჯანდაცვის სტრატეგია, მოცულობა, დანახარჯები და განხორციელების საშუალებები ცენტრალიზებულად განისაზღვრებოდა, აღნიშნული შეუძლებელს ხდიდა განვითარების ეკონომიკურ მოტივაციას. (11)

საქართველოს დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები 4 პერიოდად იყოფა:

- ინერციის პერიოდი - 1989 - 1995 წლები;
- რეფორმების პირველი პერიოდი - 1995 – 2003 წლები;
- რეფორმების მეორე პერიოდი - 2004-2012 წლები;
- რეფორმების მესამე პერიოდი - 2013 წლის შემდეგ. (11), (5)

1989 - 1995 წლები - ინერციის პერიოდი

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ, 1995 წლამდე ჯანდაცვის სფეროში ძირეული ცვლილება არ განხორციელებულა. ამ პერიოდში ფორმალურად შენარჩუნებული იყო და ინერციით მოქმედებდა საბჭოური, ე.წ. „სემაშკოს მოდელი“, სამედიცინო მომსახურება სახელმწიფო (საბიუჯეტო) დაწესებულებების მიერ ხორციელდებოდა. ამ პერიოდში, სამედიცინო მომსახურების საფასური ფორმალურად ისევ უფასო რჩებოდა, სამედიცინო დაწესებულები კი ფინანსდებოდა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, საწოლფონდთან ან საშტატო განრიგთან დაკავშირებული, საბჭოთა პერიოდში არსებული ბიუჯეტის საფუძველზე. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილის სიმწირის გამო, ფართოდ იყო გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდების პრაქტიკა. (5), (11)

1990-იანი წლების მეორე ნახევრიდან შეიცვალა სამედიცინო განათლების სისტემა, შემოდებულ იქნა ერთიანი სახელმწიფო გამოცდები, შეიქმნა სამედიცინო მომსახურების დარგობრივი კლასიფიკატორი, შემუშავდა საექიმო სპეციალობების ნუსხა და ექიმთა

სერტიფიცირებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემა, (5), (49) დაინერგა რეზიდენტურის სახელმწიფო პროგრამა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების მოკლევადიანი ციკლების თუ პროგრამების სახელმწიფო აკრედიტაცია. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, სპეციალობების მიხედვით განსაზღვრავდა სახელმწიფო დაფინანსების ფარგლებში რეზიდენტურის ადგილების რაოდენობას. (5)

1991-1994 წლებში, ეკონომიკური კოლაფსის შედეგად წარმოიქმნა არარეგულირებადი სამედიცინო ბაზარი, მინიმუმამდე შემცირდა სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსება, ამორტიზირდა და განადგურდა ინფრასტრუქტურა. 1993-1994 წლებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენდა 0,45 ცენტს, მაშინ როდესაც, აღნიშნული 1990 წლისთვის 130-135 აშშ დოლარს შეადგენდა. (28)

1992-2003 წლებში გაჩნდა პირველი კერძო სამედიცინო დაწესებულებები. (5), 1994 წლისთვის, საქართველოში ფუნქციონირებდა 287 საავადმყოფო და დაახლოებით 25 000 საწოლი (1 000 მოსახლეზე საშუალოდ 4,5). საავადმყოფოში დაყოვნების მაჩვენებელი შეადგენდა 10,5 დღეს, ერთ საწოლს საშუალოდ ემსახურებოდა 1,5 ექიმი. საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებელი საშუალოდ შეადგენდა 28 %-ს, ზოგიერთ საავადმყოფოში კი არ სცდებოდა 10%-ს. (5), (101)

1993-1994 წლებში მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერითა და ჯანდაცვის სამინისტროს ხელმძღვანელობით მიმდინარეობდა ჯანდაცვის რეფორმის კონცეფციასა და განხორციელების გეგმაზე მუშაობა. (5) 1994 წელს გამოიცა სახელმწიფო მეთაურის ბრძანებულება „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის სამუშაოების შესრულების უზრუნველყოფის შესახებ“, განისაზღვრა მომდევნო წლებში განსახორციელებელი ცვლილებების სამართლებრივი ბაზა, სფეროს ორგანიზაციული მოწყობისა და დაფინანსების პრინციპები. (5), (289) (11)

სახელმწიფომ უარი თქვა ჯანდაცვის სისტემის საბჭოურ, მკაცრად ცენტრალიზებულ მოდელსა და ბიუჯეტურ დაფინანსებაზე, არჩევანი გაკეთდა სადაზღვევო მოდელზე, სადაც ჯანმრთელობის დაცვაზე პასუხისმგებლობები თანაბრად გადანაწილდებოდა სახელმწიფოზე, მეწარმეზე და პიროვნებაზე. (11)

1995 – 2003 წლები - რეფორმების პირველი პერიოდი

1995 წლიდან, რეფორმის პირველ ეტაპზე, სახელმწიფო მეთაურის №351 (290) და №464 (291) ბრძანებულებების საფუძველზე, შეიქმნა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების თვისებრივად და ორგანიზაციულად ახალი სტრუქტურა: ჯანდაცვის სფეროში სოციალური დაზღვევის განმახორციელებელი სახელმწიფო სამსახური და ჯანდაცვის სახელმწიფო

ფონდი, რომლის შემოსავლის წყაროსაც წარმოადგენდა სავალდებულო სამედიცინო გადასახადი და ტრანსფერები ცენტრალური ბიუჯეტიდან. ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი 1996 წელს გადაკეთდა და ეწოდა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია.“ (11), (5)

1995 წლიდან სამედიცინო მომსახურება აღარ იყო ყოვლისმომცველი და სრულიად უფასო. კონსტიტუციით შენარჩუნდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უფლება უფასოდ ან თანაგადახდით. (5), (287) ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის პარალელურად, საზოგადოებას გაუჩნდა ფინანსური ტვირთის განაწილების ვალდებულება სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში სადაზღვევო შენატანების სახით. (5), (11)

1995 წლიდან დაიწყო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის ზრდა. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები გახდნენ სახელმწიფოს საკუთრებაში არსებული კერძო სამართლის სუბიექტები (შპს, სს), რომელთაც მიენიჭათ სრული ფინანსური ავტონომია და მართვის უფლება. (28), (5) სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი დაწესებულებები ბიუჯეტიდან პირდაპირი დაფინანსების ნაცვლად, ფინანსდებოდა გადამხდელთან გაფორმებული ხელშეკრულების საფუძველზე, ჯანდაცვის პროგრამებში მონაწილეობითა და პროგრამით განსაზღვრული ტარიფების შესაბამისად. (5)

1995 წლიდან სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება განისაზღვრებოდა არა ბიუჯეტიდან, არამედ სამედიცინო დაწესებულებასთან გაფორმებული ხელშეკრულებით. ამ მიდგომით სახელმწიფო იმედოვნებდა, რომ სამედიცინო კადრების სიჭარბე და არათანაბარი გეოგრაფიული გადანაწილების ოპტიმიზაცია ბაზრის ძალებით მოხდებოდა. (5), (57)

1995 წლიდან ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ტარიფები განისაზღვრებოდა სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო სტანდარტების მიხედვით. აღნიშნული სტანდარტები, დაფინანსების გათვლისა და ანაზღაურების საფუძველის გარდა, წარმოადგენდა სამედიცინო საქმიანობის მოწესრიგების პირველ მცდელობას - „დღევანდელი „გაიდლაინებისა“ და „პროტოკოლების“ წინამორბედს“. (5)

1995-1996 წლებში, რეფორმების პირველ ეტაპზე, მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების არსებული სისტემის სადაზღვევო სისტემით ჩანაცვლების პროცესში განხორციელდა შემდეგი ქმედებები:

- კანონით განისაზღვრა „სამედიცინო დახმარების“ საფასური და შეიქმნა სადაზღვევო რისკი;
- ჩამოყალიბდა ახალი ტიპის, თვითდაფინანსების პრინციპზე აგებული სამედიცინო დაწესებულებები;
- შეიქმნა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები და სამედიცინო სტანდარტები;
- შეიქმნა ჯანდაცვის ფედერალური და მუნიციპალური ფონდები, დაწესდა სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანი;
- შეიქმნა საკანონმდებლო ბაზა:
 - ✓ საქართველოს კანონი „სამედიცინო გადასახადის შესახებ“ (21.03.1995), შემდეგ კი საქართველოს კანონი „სავალდებულო დაზღვევის შენატანის შესახებ“ (28.05.1997);
 - ✓ საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (10.12.1997);
 - ✓ საქართველოს კანონი „დაზღვევის შესახებ“ (15.03.1997) და სხვა. (11)

საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის N728 დადგენილების (10.10.1994) (286) საფუძველზე, 1996 წლიდან დაიწყო სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციის პროცესი. 1997 წლისთვის გაიყიდა დაახლოებით 400 დაწესებულება, განხორციელდა სტომატოლოგიური სერვისების მიწოდებელი დაწესებულებებისა და ფარმაცევტული სექტორის სრული პრივატიზაცია. (28), (5) 2002 წლის ბოლოსთვის, „დეცენტრალიზაციისა და პრივატიზაციის შედეგად, განხორციელდა სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვის, შესყიდვისა და მიწოდების განცალკევება.“ (28)

1995-1997 წლებში შემოღებულ იქნა ჯერ სავალდებულო სამედიცინო, შემდეგ კი სოციალური დაზღვევის სისტემები. (5), (28), (279) 1995 წლიდან სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შენატანი წარმოადგენდა „სავალდებულო შესატანს“ და „მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს“ შორის შუალედურ კატეგორიას, სადაც დამსაქმებელი იხდიდა 3%-ს, ხოლო დასაქმებული - 1%-ს. (5), (28) 3%+1% სავალდებულო სადაზღვევო შენატანი არ იყო საკმარისი ვალდებულების დასაფინანსებლად, შესაბამისად, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია ვერ აწარმოებდა სადაზღვევო საქმიანობას, შემოსავლებში მეტი ხვედრითი წილი მოდიოდა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ტრანსფერზე. (5)

1997 წლიდან ამოქმედდა სამედიცინო დაზღვევის შესახებ კანონი, რომელიც გულისხმობდა როგორც სავალდებულო ისე ნებაყოფლობით სამედიცინო დაზღვევას. 1995 წელს განსაზღვრული სამედიცინო გადასახადი (3%+1%) შეიცვალა სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შენატანით. (279), (5) სავალდებულო დაზღვევის კომპონენტი გაუქმდა 2003 წელს. (268)

1997 წლიდან შეიცვალა და გამარტივდა დაფინანსების მექანიზმი და დაინერგა გლობალური ბიუჯეტითა და ლიმიტირებული საწოლ-დღეებით დაფინანსების მეთოდები. (280), (5) 1997-2000 წლებში ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო ბიუჯეტის შესრულება საშუალოდ 50%-ს შეადგენდა. (5), (100) დაფინანსების სქემებისა და მმართველობის სფეროში აღსრულების დისციპლინის უზრუნველყოფის მიზნით, 2001 წელს, პრეზიდენტის №69 ბრძანებულებით, დამტკიცდა „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბის შემცირებისა და კორუფციასთან ბრძოლის 2001-2003 წლების საშუალოვადიანი სახელმწიფო პროგრამა“. (5), (281)

2001 წლიდან დაიწყო სოფლისა და მაღალმთიანი რაიონების სახელმწიფო პროგრამების განხორციელება. 2002 წელს განისაზღვრა სამედიცინო სტანდარტების ზედა ზღვრული ტარიფები, შეიცვალა დაფინანსების მექანიზმი, სახელმწიფო დაფინანსების ტვირთი გადანაწილდა ცენტრალურ და ადგილობრივ ხელისუფლებას შორის. სახელმწიფო სტანდარტების პარალელურად, სამედიცინო დაწესებულებებმა დაიწყეს სამედიცინო მომსახურების შიდა ტარიფების განსაზღვრა. თუ სამედიცინო მომსახურების დაფარვა არ ხდებოდა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, პაციენტი მომსახურების საფასურს იხდიდა შიდა ტარიფის მიხედვით. სახელმწიფომ დაიწყო სამედიცინო ბაზრის რეგულირება, როგორც სამედიცინო მომსახურების, ისე სამკურნალო საშუალებების ბრუნვის მიმართულებითაც. (5)

2002 წელს, ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიისა და საპენსიო ფონდის გაერთიანების შედეგად, ჩამოყალიბდა „სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი“, (283), (11) 2003 წლიდან ამოქმედდა “სავალდებულო სოციალური დაზღვევის სისტემა“. (269)

2002 წლიდან დაიწყო ჯანდაცვის სფეროს მმართველობითი დეცენტრალიზაცია და მმართველობის უფლება გადაეცათ ადგილობრივ ორგანოებს. ცენტრალური ხელისუფლების მიერ განისაზღვრებოდა ჯანდაცვის პროგრამების აუცილებელი მინიმალური მოცულობა, ხოლო ადგილობრივი ხელისუფლება, ჯანდაცვის მუნიციპალური პროგრამების დასაფინანსებლად, ადგილობრივ ჯანდაცვის ფონდებში ერთ სულ მოსახლეზე რიცხავდა არანაკლებ 2,00 აშშ დოლარს. ამ პერიოდში სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების გადანაწილება და ხარჯვა ხორციელდებოდა სამი ფინანსური აგენტის მეშვეობით: სახელმწიფო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, ჯანმრთელობის დაცვის მუნიციპალური ფონდები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი. (5)

2002 წლიდან, მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით, დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი. პროექტი ითვალისწინებდა პჯდ კლინიკების და რეფერალური ლაბორატორიების

შექმნას, სოფლის და მაღალმთიანი ადგილების პჯდ კლინიკებიდან პაციენტთა მიმართვიანობის მექანიზმის შემუშავებასა და ჯანდაცვის სისტემის ინსტიტუციურ განვითარებას. პროექტის განვითარებას მხარი დაუჭირეს სხვა დონორებმაც და 2002-2005 წლებში ინვესტიციები განხორციელდა საკადრო რესურსებისა და ფიზიკური ინფრასტრუქტურის გაძლიერების მხრივ. (5)

2004-2012 წლები - რეფორმების მეორე პერიოდი

2007 წლიდან რეფორმების ახალი ტალღის პრიორიტეტს წარმოადგენდა „სადაზღვევო ბაზრის განვითარება“, სახელმწიფო რესურსები მიიმართა მოსახლეობის მოწყვლადი ფენების სამედიცინო მომსახურების უზრუნველსაყოფად. „მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის დაზღვევისთვის საჭირო სახელმწიფო ასიგნებათა მართვა გადაეცა კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც გახდნენ მოსახლეობის აღნიშნული ჯგუფისთვის სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველები.“ (28)

2008 წლიდან გაუქმდა სახელმწიფო საექიმო სერტიფიკატის მოქმედების ვადები, (273), (266) უწყვეტი პროფესიული განვითარება კი გახდა ნებაყოფლობითი. სახელმწიფომ შეწყვიტა რეზიდენტურის დაფინანსება. (273), (266), (5), (14)

2007-2014 წლებში დონორი ორგანიზაციის დახმარებით, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, სოფლებში განხორციელდა ახალი ამბულატორიების მშენებლობა და რეაბილიტაცია, გადამზადდნენ ოჯახის ექიმები და ექთნები. სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბდა მეწარმე-ფიზიკურ პირებად (2009 წელი). (28)

2007 წელს, მოსახლეობის საჭიროების შესაბამისი, ხარისხიანი და ფინანსურად მისაღები ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების სიმძლავრის განვითარების მიზნით, საქართველოს მთავრობის N11 დადგენილებით დამტკიცდა „ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა“. გეგმა ითვალისწინებდა, საქართველოს მასშტაბით, სამედიცინო მომსახურების 30-წუთიანი ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფის მიზნით, ჰოსპიტალური სიმძლავრეების შექმნასა და ყველა რაიონულ ცენტრსა და საკურორტო ადგილებში მათ დაკომპლექტებას კვალიფიციური პერსონალით. ჰოსპიტალური სიმძლავრეების განვითარებისთვის, თბილისსა და რეგიონებში (68 მდებარეობა) განისაზღვრა სულ 7800 საწოლის საჭიროება. (

ცხრილი 189) (220), (28), (5)

ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა საქმიანობის ხელშეწყობისა და რეგულირების მიზნით, 2007

წლის მთავრობის N11 დადგენილებით, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს დაევალა ჰოსპიტალური მომსახურების მიწოდების ნებართვების სისტემისა და სამედიცინო პერსონალისადმი მოთხოვნების შემუშავება და დანერგვა. (220)

საქართველოს მთავრობის 2007 წლის N11 დადგენილების თანახმად, ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის განხორციელების შემდეგ ეტაპზე დაიგეგმა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების განვითარების ინვესტირების საკითხის განხილვა. (220)

2007 წლიდან, ჯანმრთელობის დაზღვევის მექანიზმის საშუალებით, დაიწყო სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, რაც გულისხმობდა:

- უნივერსალურობის პრინციპის ნაცვლად შერჩევითი პრინციპის დანერგვა - სახელმწიფოს მიერ ფინანსური სახსრების ეტაპობრივი მიმართვა გაჭირვებული ფენების სამედიცინო მომსახურების მოცვაზე.
- სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების ნაცვლად, პირველადი ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტის შესყიდვა სადაზღვევო კომპანიებისგან. (5)

2007-2008 წლებში, სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის (70 000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულა) სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის მიზნით ამოქმედდა სადაზღვევო ვაუჩერის პრინციპზე დაფუძნებული დაზღვევის მექანიზმი. ვაუჩერის მფლობელებს უფლება ჰქონდათ აერჩიათ მზღვეველი, რომელიც წერილობით დაადასტურებდა თანხმობას ვაუჩერის სანაცვლოდ სადაზღვევო პოლისის გაცემაზე. დაზღვევის მოცემული სისტემა თავდაპირველად 2007 წელს ამოქმედდა ქალაქ თბილისსა და იმერეთში, (219) ხოლო 2008 წლიდან გავრცელდა საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე. (221) ამ დროისთვის წლიური სადაზღვევო პრემია განისაზღვრა 132,12 ლარის ოდენობით, თვიურად კი 0-დან 64-წლამდე დაზღვეულთათვის შეადგენდა 9,24 ლარს, 65 წელს ზემოთ ასაკის დაზღვეულთათვის კი - 15,01 ლარს. (5)

2008 წლიდან ამოქმედდა საჯარო სკოლების მასწავლებელთა ვაუჩერულ სისტემაზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის დაზღვევის მექანიზმი. (218) 2008 წლის ბოლოს მზღვეველთა ზარალის წმინდა კოეფიციენტი შეადგინა 76,6%, ხოლო კომბინირებულმა კოეფიციენტმა კი - 96%, სადაზღვევო პოლისი გადაეცა 666 651 ადამიანს. (5), (40)

სახელმწიფოსა და მოქალაქის თანამონაწილეობაზე დაფუძნებული, ჯანმრთელობის ნებაყოფლობით დაზღვევაში მოსახლეობის ინტეგრაციისა და საქართველოს მოქალაქეების სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მიზნით, 2009

წლიდან ამოქმედდა „ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა“. პროგრამით სარგებლობის უფლება ჰქონდათ 3-დან 64 წლამდე ასაკის მოქალაქეებს და რეზიდენტებს, გარდა სახელმწიფო, ადგილობრივი ან ავტონომიური რესპუბლიკის ბიუჯეტით დაზღვეული მოქალაქეებისა. სადაზღვევო ბაზისური შენატანი შეადგენდა 60,00 ლარს, სადაც 40,2 ლარს ფარავდა სახელმწიფო. ამასთან, დაზღვეულებს საშუალება ჰქონდათ საკუთარი ხარჯით აერჩიათ უფრო ძვირი სადაზღვევო პაკეტი. ბაზისური პაკეტის ფარგლებში, სახელმწიფო თავის თავზე იღებდა პჯდ და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების დაფარვას 8000,00 ლარის ფარგლებში. (224)

2009 წლის თებერვლიდან, სახელმწიფო დაზღვევის მოცულობა გაფართოვდა და სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ მოსახლეობასთან ერთად, დაზღვევა გავრცელდა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ ოჯახებზე, ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში, მცირე ტიპის საოჯახო სახლებსა და სკოლა-პანსიონში მცხოვრებ და ასევე მინდობით აღზრდაში მყოფ ბავშვებზე. წლიური სადაზღვევო პრემია განისაზღვრა საშუალო 180,00 ლარის ოდენობით. (223), (5)

2010 წლიდან ჯანმრთელობის დაზღვევის მოსარგებლეთა კონტიგენტს დაემატა სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები და რუსთაველის პრემიის ლაურეატები. ყოველწლიური სადაზღვევო შესატანი განისაზღვრა 180,00 ლარის ოდენობით, 0-დან 64-წლამდე დაზღვეულისთვის თვეში 12,93 ლარის, ხოლო 65 წელზე ზემოთ ასაკობრივი ჯგუფისთვის - 21,43 ლარის ოდენობით. (222), (5)

2010 წლის აპრილიდან შეიცვალა ჯანმრთელობის დაზღვევის პირობები: სადაზღვევო ორგანიზაციები სადაზღვევო კონტიგენტს ინაწილებდნენ კონკურსის საფუძველზე, ბენეფიციარებს კი შეეზღუდათ მზღვეველის არჩევის თავისუფლება 3 წლის ვადით; წლიური სადაზღვევო შენატანი შემცირდა 144,00 ლარამდე; სადაზღვევო პაკეტს დაემატა ახალი კომპონენტი - „პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის (50 ლარის) ფარგლებში სამკურნალო საშუალებების ხარჯების 50%-ის თანაგადახდა.“ კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, თავიანთ სადაზღვევო რეგიონში, 2011 წლის ბოლომდე განესაზღვრათ საავადმყოფოების მშენებლობა-რეაბილიტაციისა და ამოქმედების ვალდებულება. (222), (227), (5)

დაზღვევის პროგრამების ამოქმედების პარალელურად, 2010 წლიდან შეიქმნა „ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური“. სამსახურის ძირითად ამოცანას წარმოადგენდა სადაზღვევო სუბიექტების დავების მოგვარება არასასამართლო გზით. (285), (313), (5), (40)

2010 წლიდან გამარტივდა სალიცენზიო საქმიანობის ბიუროკრატიული მექანიზმი და 43 კატეგორიის ნაცვლად, შემოდებულ იქნა სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების სალიცენზიო მხოლოდ ერთი ნებართვა. (28), მთავრობის №385 დადგენილებით სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესი და პირობები. (226)

ქართველი და უცხოელი ინვესტორების მონაწილეობით განხორციელებული საინვესტიციო პროექტების შედეგად, 2013 წლის ბოლოსთვის ქვეყანაში სრულიად განახლდა 135-მდე სამედიცინო ცენტრი და განხორციელდა 90%-ზე მეტი ჰოსპიტალური სექტორის დაწესებულების პრივატიზება. როგორც ჰოსპიტალური, ისე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები საკუთრებისა და მართვის მხრივ წარმოადგენენ კერძო მომგებიან ორგანიზაციებს, მათ შორის, დიდი ნაწილი ვერტიკალურად ინტეგრირებულია კერძო სადაზღვევო კომპანიებსა თუ ფარმაცევტულ კომპანიებში. (28)

2013 წლის შემდეგ - რეფორმების მესამე პერიოდი

2013 წლის მთავრობის №36 დადგენილებით ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომლის მიზანსაც წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. პროგრამის განმახორციელებლად განისაზღვრა სოციალური მომსახურების სააგენტო. პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების დაფინანსება ხორციელდებოდა სამედიცინო ვაუჩერების საშუალებით. (229), (28)

2013 წლამდე ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება გადანაწილებული იყო ეროვნულ პროგრამებსა და კერძო სადაზღვევო კომპანიებს შორის, 2013 წლიდან, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ კი, სახელმწიფო, სოციალური მომსახურების სააგენტოს სახით, გახდა მომსახურების ერთადერთი შემსყიდველი. (19)

2013 წლიდან მედიკამენტების დაფინანსების სახელმწიფო პროგრამა ფარავს 50 დასახელების მედიკამენტს, 2017 წლიდან ამოქმედებული ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების სუბსიდირების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სამკურნალო მედიკამენტები ფასდაკლებით ხელმისაწვდომი გახდა ღარიბი მოსახლეობისთვის, ხოლო 2018 წლიდან კი ნახევარ ფასად - პენსიონერებისა და შშმ პირებისთვის. (21), (102)

2014 წლის 27 ივნისს ხელი მოეწერა ასოცირების შესახებ შეთანხმებას „ერთის მხრივ, საქართველოსა და მეორეს მხრივ, ევროკავშირს და ევროპის ატომური ენერჯის გაერთიანებას და მათ წევრ სახელმწიფოებს შორის“. ასოცირების შეთანხმების ერთ-ერთ დებულებად

განსაზღვრულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უსაფრთხოების დონის გაუმჯობესება და ჯანმრთელობის დაცვა, „როგორც მდგრადი განვითარებისა და ეკონომიკური ზრდის მნიშვნელოვანი ელემენტი“. ასოცირების შეთანხმების რატიფიცირება მოხდა 2014 წლის 18 ივლისს. (288), (275)

ასოცირების შეთანხმების საფუძველზე, მთავრობის №1516 განკარგულებით დამტკიცდა „ასოცირების დღის წესრიგის განხორციელების 2014 წლის ეროვნული სამოქმედო გეგმა“. გეგმის თანახმად, შეთანხმებით განსაზღვრული დებულებების შესრულება დაევალით შესაბამის სახელმწიფო სტრუქტურებს და ასევე, განესაზღვრათ შესრულების ვადები. მათ შორის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების და ასოცირების შეთანხმებით განსაზღვრული სხვა დებულებების შესრულების მიზნით, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს დაევალია „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის 2014-2020 წლების სტრატეგიული გეგმის შემუშავება“. (231) ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია შემუშავდა და ამოქმედდა 2014 წლის 26 დეკემბრიდან. (230)

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის 2014-2020 წლების სახელმწიფო კონცეფციის მიხედვით, ჯანდაცვის სფეროში საქართველოს სახელმწიფო პოლიტიკა ეფუძნება იმ ძირითად ფასეულობებს, როგორებიცაა: ადამიანის უფლებების დაცვა და სამართლიანობა, სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობა, გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მონაწილეობის უფლება და სხვა. კონცეფცია მოიცავს სფეროს განვითარების ისეთ პრინციპებს, როგორებიცაა: უნივერსალიზმი, მდგრადობა, ხარჯ-ეფექტური და გამჭვირვალე მმართველობა და ჯანდაცვის მიზნებისთვის უწყებებს შორის თანამშრომლობის გაძლიერება. (230)

2014 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ინტეგრირდა მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამებიც. მანამდე მოქმედი ჯანდაცვის „ვერტიკალური პროგრამების“ მსგავსად, საყოველთაო ჯანდაცვა ითვალისწინებდა გაწეული მომსახურების დაფინანსებას შემთხვევის ღირებულების მიხედვით. პროგრამას მართავდა სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“. (28), (19)

2014-2015 წლებში, მოსახლეობისთვის აუცილებელი სამედიცინო სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფის მიზნით, სახელმწიფომ გამოისყიდა მაღალმთიან რეგიონებში მოქმედი, სადაზღვევო კომპანიების მფლობელობაში არსებული სამედიცინო ცენტრები. გამოსყიდული და სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული სხვა სამედიცინო დაწესებულებები გაერთიანდა რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრის შემადგენლობაში (სულ 16 საავადმყოფო). (28)

2014 წლიდან მეორე ჯგუფის პრეპარატებისთვის სავალდებულო გახდა ფორმა №3 რეცეპტის გამოწერა, საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცდა რეცეპტის ბლანკის ფორმა და გამოწერის წესი. (303) 2016 წლიდან დამტკიცდა ფორმა №3 ელექტრონული რეცეპტების ბრუნვის წესი და დაიწყო ელექტრონული რეცეპტების სისტემის დანერგვა. (28) სისტემაში არსებული ინფორმაციის მფლობელია რეგულირების სააგენტო. (304)

2015 წლიდან ამოქმედდა C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებდა საქართველოს მოქალაქეებისა და ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირებისთვის C ჰეპატიტის სკრინინგის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხელმისაწვდომობას. (28)

2017 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის მოსარგებლები დაიყვანნ შემოსავლების ჯგუფების მიხედვით, განისაზღვრა თანაგადახდის მექანიზმები. (19), (28) ცვლილება არ შეხებია მიზნობრივ ჯგუფებს (სოციალურად დაუცველები, ასაკით პენსიონერები, 0-დან 6 წლამდე ბავშვები, სტუდენტები, პედაგოგები, ვეტერანები და სხვა). (28)

ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს საბიუჯეტო დანახარჯების ყოველწლიურმა ზრდამ და სამედიცინო დაწესებულებებთან დაგროვებულმა დავალიანებამ, საბიუჯეტო ხარჯვის სტაბილურობის უზრუნველყოფის მიზნით, „ერთიან სატარიფო სისტემაზე გადასვლა“ განაპირობა, რაც 2019 წელს მთავრობის 520 დადგენილებით დაიწყო. (238), (20) 2019 წლიდან ამოქმედდა კარდიოქირურგიის უნიფიცირებული ტარიფები, 2021 წლიდან დაიწყო დეფიბრილატორების დაფინანსება. 2022 წლიდან იგეგმება დეფიბრილატორების დაფინანსების ბიუჯეტის გაორმაგება, ტარიფიკაციის გავრცელება ყველა ნოზოლოგიაზე და მომსახურების სტანდარტიზაციის დაწყება. (180), (26), (42), (25), (238)

ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის რეალიზაციის ხელშეწყობის, ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის, საყოველთაო ჯანდაცვის სხვადასხვა პროგრამების უზრუნველყოფის, ასევე სახელმწიფო ბიუჯეტის გეგმაზომიერი და რაციონალური განკარგვისა და სტრატეგიული შესყიდვების განხორციელების მიზნით, 2020 წლის 1 სექტემბრიდან შეიქმნა სსიპ „ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო“. (19), (26), (42), (25)

2019 წლიდან ამოქმედდა ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების (EHR) სისტემა, საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის №01-1/ნ ბრძანებით განისაზღვრა სისტემის ფუნქციონირებისა და წარმოების წესი. EHR სისტემა ამოქმედდა ეტაპობრივად, განისაზღვრა სამედიცინო დაწესებულებების სისტემაში ჩართვის საპილოტე და სავალდებულო ვადები. (262), (ცხრილი 194)

2020 წლიდან ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებაში გადავიდა თბილისისა და რეგიონების სასწრაფო დახმარების სამსახურები, შეიქმნა „ცენტრალური სადისპეჩერო“, მოხდა მისი ინტეგრაცია 112-ის პროგრამასთან, შედეგად ყოველი გამოძახება პირდაპირ აისახება ცენტრის ელექტრონულ პროგრამაში. (180), (26), (33), (243), (259), (318),(192)

2020 წლის დასაწყისში, სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული კლინიკების მართვის გაუმჯობესებისა და გაძლიერების მიზნით, შეიქმნა აიპ „საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგი“, (30), (23), (180), (26) რომლის მმართველობის ქვეშაც 26 კლინიკა გაერთიანდა. (180), (26) სამინისტროს 3 წლიანი საქმიანობის ანგარიშის თანახმად, საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგის შექმნის მიზნებს წარმოადგენს:

- ჯანსაღი კონკურენციის ხელშეწყობა სახელმწიფო კლინიკების საშუალებით;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სტანდარტების შექმნა (მიზანი: სექტორში ხარისხის გაუმჯობესების შესაძლებლობა);
- სამედიცინო მომსახურების სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის გაზრდა;
- სამედიცინო პერსონალისთვის ღირსეული სამუშაო გარემოს შექმნა;
- სახელმწიფო კლინიკების სასწავლო ბაზებად ფორმირება; (180), (26)

ცხრილი 194 - სამედიცინო დაწესებულებების ჩართვა ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონული ჩანაწერების (EHR) სისტემაში

საპილოტე რეჟიმში ამოქმედების ვადები	ვალდებულების ამოქმედების ვადა	EHR სისტემაში დაწესებულებების ჩართვა	EHR სისტემაში გადასაცემი ინფორმაცია	სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლის და სხვა ზედამხედველობითი ღონისძიებები / საჯარიმო სანქციები
15.01.2019-15.04.2019 / თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი	01.05.2019-დან საქართველოს ტერიტორიაზე	ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მიმწოდებელი ყველა სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულება	სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია	საპილოტე რეჟიმში არ ვრცელდება
01.09.2019-01.01.2020	01.01.2020-დან	ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მიმწოდებელი ყველა ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულება; ყველა სტაციონარული დაწესებულების ფაქტობრივ მისამართზე განთავსებული ამბულატორიულ-სტრუქტურული ერთეული		
01.10.2019	ვალდებულების გაჩენამდე	სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის მიმწოდებელი სოფლის ექიმები		

01.01.2020-01.01.2021	01.01.2021-დან	ყველა სტაციონარული (მ.შ., ყველა სტაციონარული დაწესებულების ფაქტობრივ მისამართზე განთავსებული ამბულატორიულ-სტრუქტურული ერთეული) და ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულება (გარდა ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი, მაღალი რისკის შემცველი დერმატოკოსმეტოლოგიური სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებლებისა)	ყველა იდენტიფიცირებული პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია	
წყარო: ავტორი, საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის 2019 წლის 01-1/5 ბრძანების მიხედვით (262)				

2019 წლიდან, სისხლის სისტემის რეფორმის ხელშეწყობის მიზნით, ევროკავშირის დახმარებით დაიწყო “Twinning“ პროგრამა. 2021 წლის ანგარიშის თანახმად, მომზადდა „უსაფრთხო სისხლის კანონი“ და მთავრობას წარედგინა ინიცირებისთვის. (26), (25), (180)

2021 წლის 1 აპრილიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარებისთვის ამოქმედდა კოხლეარული იმპლანტების და საჭირო ოპერაციის დაფინანსება. შეიცვალა ადმინისტრირების წესი, რომელშიც რიგითობის მანუალური განსაზღვრის ნაცვლად, ბენეფიციართა რიგითობა განისაზღვრება ელექტრონული პორტალის საშუალებით, ხოლო იმპლანტის ბენეფიციარზე მიკუთვნება ოპერაციული აქტივობის პარალელურად განისაზღვრება. (180), (26), (42)

2021 წლის 1 ივნისიდან ამოქმედდა პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა, რომელიც გულისხმობდა სისტემის ფუნდამენტურ და კომპლექსურ გაუმჯობესებას. სისტემის მთავარ მიზანს წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის საყრდენად გარდაქმნა, ოჯახის ექიმის როლის გაზრდა, ციფრული ჯანდაცვის სერვისების გამოყენების გაფართოება, სერვისებზე ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაზრდა და სხვა. რეფორმის ფარგლებში გათვალისწინებულია „პაციენტების პრევენცია, მკურნალობა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გრძელვადიანი მართვა.“ რეფორმის ძირეული განხორციელებისთვის გათვალისწინებულ იქნა ეტაპობრიობა და მოცვის გაფართოება მომდევნო 2-3 წლის განმავლობაში. (182), (180), (26)

სამინისტროს სისტემის ფარგლებში გაფანტული ინფორმაციული ტექნოლოგიების მართვის გაუმჯობესების, ხარისხიანი, მაღალი სიზუსტის მონაცემებზე წვდომის, კიბერუსაფრთხოების, ელექტრონული სერვისებისა და მოდულების გამართული ფუნქციონირების უზრუნველყოფის, ასევე სერვისებისა და ქსელური ინფრასტრუქტურის

მართვის მიზნით, 2021 წლის 15 აგვისტოს შეიქმნა სსიპ „ინფორმაციული ტექნოლოგიების სააგენტო“. (256), (26),

2022 წლის 1 მარტიდან, მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტების (ფორმა №3 რეცეპტი), (303), (304) ხოლო 11 აპრილიდან ფსიქოტროპული მედიკამენტებისა და სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ფარმაცევტულ პროდუქტთან გათანაბრებული სამკურნალო საშუალებების გამოწერა (ფორმა №2) (260), (251) დაშვებულია მხოლოდ ელექტრონულად - ელექტრონული რეცეპტების ერთიანი სახელმწიფო სისტემის საშუალებით. (303), (304), (260)

ფორმა №3 რეცეპტის სავალდებულოდ ელექტრონულად გამოწერისა და გაცემის საპილოტე რეჟიმად განისაზღვრა 2022 წლის 1 მარტიდან 1 აპრილამდე პერიოდი, (303), (304) ხოლო ფორმა №2 რეცეპტის სავალდებულოდ ელექტრონულად გამოწერისთვის 2022 წლის 11 აპრილიდან 1 მაისამდე პერიოდი. (260) საპილოტე რეჟიმზე არ ვრცელდება სამედიცინო საქმიანობის ხარისხისა და ფარმაცევტული საქმიანობის კონტროლის კანონმდებლობით გათვალისწინებული ღონისძიებები და საჯარიმო სანქციები. (303), (304), (260)

1.3.2. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურა და სახელმწიფო მმართველობა

საქართველოს მთავრობა წარმოადგენს ადმასრულებელი ხელისუფლების უმაღლეს ორგანოს, რომელიც ქვეყანაში განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ძირითად მიმართულებებს, რაც, შემდგომში, მარეგულირებელ და სახელმძღვანელო დოკუმენტებში (პოლიტიკა, სტრატეგია, კანონი, დადგენილება, ბრძანება და სხვ.) აისახება. ქვეყნის მთავრობა ანგარიშვალდებულია ქვეყნის უმაღლესი წარმომადგენლობითი ორგანოს - პარლამენტის წინაშე. პარლამენტი, თავის მხრივ, ამტკიცებს საქართველოს მთავრობის მიერ ინიცირებულ კანონპროექტებს. (270), (4)

კანონმდებლობის თანახმად, საქართველოში სახელმწიფო პოლიტიკის გამტარებელ სახელმწიფო სტრუქტურას წარმოადგენს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. სამინისტრო თავისი კომპეტენციის ფარგლებში შეიმუშავებს და გამოსცემს შესაბამის სამართლებრივ აქტებს. (263)

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის თანახმად, საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებს წარმოადგენს:

- სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულებების ფარგლებში, მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა ჯანდაცვის სფეროში, პაციენტის პატივის, ღირსებისა და ავტონომიის აღიარება;
- საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში ექიმისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოუკიდებლობა;
- ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისობის და მართვადობის უზრუნველყოფა ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიასთან;
- „სამედიცინო დახმარების“ გაწევისას, პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პაციენტისა და სხვადასხვა დაავადებების მქონე პირთა დისკრიმინაციისაგან დაცვა;
- სამედიცინო ეთიკის საყოველთაოდ აღიარებული ნორმების დამკვიდრება;
- „სამედიცინო დახმარების“ ყველა არსებული ფორმისა და სერვისების მიღების შესაძლებლობის შესახებ მოსახლეობის სრული ინფორმირება;
- ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის ხელშეწყობა;
- სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე;
- პირველადი ჯანდაცვისა და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა, სახელმწიფო და კერძო სექტორების მონაწილეობა, საოჯახო მედიცინისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება და, აქედან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა ექიმთა სერტიფიცირების, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირებისა და სამედიცინო დაწესებულებისთვის ნებართვის გაცემაზე;
- სახელმწიფოს, საზოგადოებისა და თითოეული მოქალაქის მონაწილეობა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებასა თუ საცხოვრებელი, სამუშაო და დასასვენებელი გარემოს დაცვაში;
- სამედიცინო მომსახურების სფეროში საკუთრებისა თუ ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმების მრავალფეროვნება და თანაბარუფლებიანი არსებობა;
- კანონმდებლობით განსაზღვრული ადმინისტრაციული სანქციების გამოყენება მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის მავნე ქმედებისათვის;
- სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსება პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული წესით; კანონმდებლობით დადგენილი წესით, სახელმწიფო სექტორის ჯანდაცვის დაწესებულებების თვითანაზღაურებისა და თვითმმართველობის

უზრუნველსაყოფის მიზნით საფინანსო, სამეურნეო, სახელშეკრულებო ურთიერთობებისა და მართვის სისტემის ავტონომია;

➤ კერძო სექტორიდან სახსრების მოსაზიდად ხელსაყრელი პირობების შექმნა, არსებული რესურსების შესაბამისად, სამედიცინო-ბიოლოგიური და ჯანდაცვის კვლევების სახელმწიფო დაფინანსება;

➤ ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე, ეფექტური სისტემის ჩამოყალიბებისა და პაციენტთა უფლებების დაცვის უზრუნველსაყოფად, პროფესიული გაერთიანებებისა და სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციების თანამონაწილეობა კონსულტაციების, სამეცნიერო და პროფესიული განხილვებისა და სათანადო პროექტების შემუშავების გზით. (263)

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, როგორც აღმასრულებელი ხელისუფლების დაწესებულება, თავისი ფუნქციების განხორციელებისას წარმოადგენს სახელმწიფოს და ანგარიშვალდებულია საქართველოს მთავრობის წინაშე. სამინისტრო, როგორც მთავრობის წარმომადგენელი და სახელმწიფო პოლიტიკის გამტარებელი, ქვეყანაში განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ძირითად მიმართულებებს. სამინისტროს დაფინანსების წყაროა სახელმწიფო ბიუჯეტი. (270), (237), (28), (263)

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის თანახმად, ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვაში სამინისტროს გარდა, მონაწილეობენ პროფესიული გაერთიანებები, საზოგადოებრივი ორგანიზაციები და სამედიცინო დაწესებულებები (კერძო / სახელმწიფო). (263) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის მექანიზმებისა და ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით სამინისტროს საქმიანობის სფეროს წარმოადგენს:

➤ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავება, განხორციელება და საქმიანობის კოორდინაცია;

➤ ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების მიწოდების წესების, პირობებისა და ნორმატივების შემუშავება და მათი შესრულების კონტროლი;

➤ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინების) და დაავადების მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლების) დამტკიცება;

➤ სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლი და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფა;

➤ პაციენტთა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს შორის ურთიერთობის სამართლებრივი უზრუნველყოფა;

➤ მედიცინის, როგორც მეცნიერების განვითარების ხელშეწყობა;

➤ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირება;

- ახალი, თანამედროვე სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვის ხელშეწყობა;
- ფარმაციისა და ფარმაცევტული საშუალებების წარმოების მოწესრიგება, სამკურნალო საშუალებების ხარისხის კონტროლი;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროს განვითარების ხელშეწყობა;
- ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვის ხელშეწყობა;
- ინდივიდუალური სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა, სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმირება, ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების შემუშავება, განხორციელება და კონტროლი;
- ჯანმრთელობის დაცვის (სამედიცინო) სახელმწიფო პროგრამების შემუშავება, დამტკიცება-განხორციელება, კონტროლი და შედეგების მონიტორინგი;
- სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირება, სამედიცინო დაწესებულებებზე ნებართვის გაცემა და სანებართვო/სალიცენზიო პირობების შესრულების კონტროლი;
- ექიმთა სერტიფიცირება და სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭება;
- პროფესიული მარეგულირებელი მექანიზმების შემუშავება;
- სამედიცინო პერსონალის დიპლომისშემდგომი განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემის ფუნქციონირებისთვის ნორმატიული ბაზის მომზადება და პროცესის ორგანიზება;
- შშმ პირთათვის სამედიცინო სერვისებით სარგებლობის უზრუნველსაყოფად შესაბამისი სტანდარტებისა და მეთოდების დანერგვის ხელშეწყობა და სხვა. (237), (28), (263)

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო თავის უფლებამოსილებას ახორციელებს ცენტრალური აპარატისა და მის დაქვემდებარებაში მყოფი ერთეულების საშუალებით. სამინისტროს დებულების მიხედვით, აჭარისა და აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკების ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროებთან ერთად, მის შემადგენლობაში შედის სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირები (სსიპ), მათ შორის ჯანდაცვის მიმართულებით საქმიანობას ახორციელებს: (270), (237)

- სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო; (299), (28), (237), (240), (242)
- ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო; (237), (243), (259)
- ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი; (28), (295), (237), (232)
- საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი; (257), (28), (237)

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს სტრუქტურაში მყოფი საჯარო სამართლის იურიდიული პირები ანგარიშვალდებულნი არიან სამინისტროს შესაბამის სამსახურებთან. 2021 წლის მდგომარეობით, სამინისტროს სტრუქტურული ქვედანაყოფები წარმოდგენილია 6 დეპარტამენტით, როგორცაა: ადმინისტრაცია, პოლიტიკის, საფინანსო-ეკონომიკური, იურიდიული, შიდა აუდიტისა და ანალიტიკის დეპარტამენტები. (237)

სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო:

„სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო“ 2019 წლამდე ფუნქციონირებდა, როგორც „სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო“. (299) 2019 წლის მთავრობის №487 დადგენილებით განხორციელდა საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს კონტროლს დაქვემდებარებული, ფარმაცევტული საქმიანობის მარეგულირებელი უწყებების შერწყმა: „წამლის სააგენტო“ რეორგანიზაციის გზით შეუერთდა „სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს“, შესაბამისად ჩამოყალიბდა სსიპ „სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო“. (240), (299), (298) ამავე დადგენილებით, სააგენტოს ასევე გადაეცა სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტოს“ ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების კონტროლის ფუნქციამოვალეობები. (240)

საქმიანობის სფეროდან გამომდინარე, რეგულირების სააგენტო წარმოადგენს სახელმწიფო მაკონტროლებელ ორგანოს, რომელიც უფლებამოსილების განხორციელებისას ანგარიშვალდებულთა საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს წინაშე. შესაბამისად, რეგულირების სააგენტოს საქმიანობის მიზანშეწონილობის, ეფექტიანობისა და საფინანსო-ეკონომიკურ ზედამხედველობას და სახელმწიფო კონტროლს ახორციელებს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. (299), (298)

რეგულირების სააგენტოს ზედმიწევნით დიდი როლი აკისრია სამედიცინო საქმიანობის განხორციელებისა და მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის საკითხებში. ის საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე ახორციელებს სამედიცინო, საექიმო და საადმინისტრაციო საქმიანობის, სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის, წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის სახელმწიფო კონტროლს. ამასთან, სააგენტო „წარმოადგენს კომპეტენტურ ეროვნულ ორგანოს გაეროს ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტთან ურთიერთობისას“. (299), (298), (28), (237)

რეგულირების სააგენტო კანონმდებლობით დაკისრებულ უფლება-მოვალეობებს ახორციელებს ცენტრალური აპარატის საშუალებით, სააგენტოს სტრუქტურა და

თანამშრომელთა რაოდენობა განისაზღვრება სააგენტოს დირექტორის ბრძანებით. (299), (298), (191) რეგულირების სააგენტოს კომპეტენციაა და მისი საქმიანობის სფეროში შედის:

- „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით (271) გათვალისწინებულ საქმიანობებში, შესაბამისი ლიცენზიების გაცემა და საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირება;
- სალიცენზიო, სანებართვო, შეტყობინებას დაქვემდებარებული სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობების, ტექნიკური რეგლამენტით განსაზღვრული პირობების დაცვის მდგომარეობის შესწავლა და შესაბამისი ღონისძიებების გატარება;
- „სამედიცინო დახმარების“ ხარისხის კონტროლი;
- მოქალაქეთა და დაინტერესებულ მხარეთა განცხადებებისა და საჩივრების შესწავლა;
- სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის კონტროლი;
- დიპლომისშემდგომი განათლების, სერტიფიცირების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროცესების ხელშეწყობა, ორგანიზება და მონიტორინგი;
- უკანონო ფარმაცევტული, საექიმო, სააღმზრდელო და სავალდებულო შეტყობინების გარეშე მაღალი რისკის შემცველ სამედიცინო, ასევე ფარმაცევტულ საქმიანობებზე სამართალდარღვევის ფაქტების გამოვლენა და შესაბამისი, კანონმდებლობით გათვალისწინებული ზომების გატარება;
- პროფესიული განვითარების საბჭოს წინაშე ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხის დასმა;
- სააგენტოს კონტროლს დაქვემდებარებული მიმართულებების რეესტრების წარმოება და კონტროლი;
- უფლებამოსილებისა და კომპეტენციის ფარგლებში ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შემოწმება;
- სამკურნალო საშუალებების ხარისხზე, მიმოქცევასა და ფარმაცევტულ საქმიანობაზე სახელმწიფო ზედამხედველობა და კონტროლი;
- სხვა კანონმდებლობით მინიჭებული მოვალეობების შესრულება; (299), (298)

დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების), სერტიფიცირების, უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროცესების ხელშეწყობისა და მონიტორინგის განხორციელების ფარგლებში, რეგულირების სააგენტოს ფუნქციებში შედის:

- დიპლომისშემდგომი განათლების პროგრამების აკრედიტაციის პროცესის ორგანიზაციული უზრუნველყოფა;

- დიპლომისშემდგომი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების აკრედიტაციის პროცესის ორგანიზაციული უზრუნველყოფა და მონიტორინგი;
- ერთიანი დიპლომისშემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდებისა და ექიმთა სერტიფიცირების პროცესის ორგანიზაციული უზრუნველყოფა;
- უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების აკრედიტაციის პროცესის ორგანიზაციული უზრუნველყოფა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების აქტივობების მონიტორინგი; (299), (298)

სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო

2020 წლამდე ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებს ახორციელებდა სსიპ სოციალური სააგენტო. (296), (258), (28), (237) 2020 წლის საქართველოს მთავრობის №509 დადგენილების თანახმად, დაფუძნდა სსიპ „ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო“. ამავე დადგენილებით განისაზღვრა სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტოს“ რეორგანიზაცია და ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების საქმიანობის მიმართულებით ფუნქციები და უფლება-მოვალეობები გადაეცა ახლად შექმნილ სსიპ „ჯანმრთელობის ეროვნულ სააგენტოს“. (243)

ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს დებულების შესაბამისად, სააგენტოს საქმიანობის მიზანს წარმოადგენს ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის რეალიზაცია და მისი განხორციელების ხელშეწყობა. ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით, სააგენტოს ფუნქციებსა და უფლებამოსილებებს წარმოადგენს:

- ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელება;
- ჯანდაცვის პროგრამების განხორციელების გასაუმჯობესებლად სერვისების განვითარება და სრულყოფა და მოქმედი კანონმდებლობით მინიჭებული სხვა ფუნქციებისა და უფლებამოსილების განხორციელება. (259), (243)

ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო, როგორც საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს შემადგენლობაში არსებული დაწესებულება, სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სტრუქტურაა. სააგენტო დაკისრებულ უფლებამოსილებას ახორციელებს სააგენტოს ცენტრალური აპარატისა და ტერიტორიული ორგანოების საშუალებით. (259), (192)

სააგენტოს დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი მიზნობრივი სახსრები, გრანტები, ქველმოქმედებით მიღებული შემოწირულობები და კანონმდებლობით ნებადართული სხვა შემოსავლები. (259)

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებასა და ზედამხედველობას ახორციელებს ჯანმრთელობის სააგენტოს „ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის დეპარტამენტი“. (318)

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის დეპარტამენტი უფლებამოსილია მიიღოს გადაწყვეტილებები:

- სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილი საანგარიშო დოკუმენტაციის ინსპექტირების შედეგებთან დაკავშირებით (ანაზღაურება / ანაზღაურებაზე უარი);
- სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულ შემთხვევებში, პროგრამის მოსარგებლედ რეგისტრაციის, საგარანტიო ფურცლის გაცემის ან გაცემაზე უარის შესახებ. (318)

ჯანდაცვის ეროვნული სააგენტოს, „ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ორგანიზაციული უზრუნველყოფის, მონიტორინგის, სამკურნალო და სამედიცინო საშუალებების ადმინისტრირების დეპარტამენტი“ უზრუნველყოფს სააგენტოს ადმინისტრირებას დაქვემდებარებული ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელების ორგანიზაციულ უზრუნველყოფასა და მონიტორინგს, ასევე სამკურნალო და სამედიცინო საშუალებების ადმინისტრირებას. (318)

ჯანდაცვის ეროვნული სააგენტოს დაქვემდებარებაშია 10 რეგიონული სამსახური. აღნიშნული სამსახურები მოქმედებენ სააგენტოს სახელით შესაბამის ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულში და უზრუნველყოფენ სააგენტოს ადმინისტრირებას დაქვემდებარებული ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების რეალიზაციის ხელშეწყობასა და განხორციელების ზედამხედველობას. (318)

ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნულ ცენტრს მრავალწლიანი განვითარების ისტორია აქვს: 1937 წელს საქართველოში დაარსდა შავი ჭირის საწინააღმდეგო სადგური, 1992 წელს - განსაკუთრებით საშიში პათოგენების კვლევის ცენტრი, 1996 წელს კი დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი. 2003-2007 წლების ფართომასშტაბიანი რეორგანიზაციის შედეგად, ცენტრს შეუერთდა სამედიცინო სტატისტიკის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტები, 2013 წლიდან კი მოხდა რ. ლუგარის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კვლევითი ცენტრის ინტეგრაცია. (18) 2014 წლის მთავრობის №122 დადგენილების შესაბამისად, ცენტრი ფუნქციონირებს, როგორც „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“. (232)

დაავადებათა კონტროლის ცენტრი უზრუნველყოფს და პასუხისმგებელია ქვეყანაში ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობისა და ბიოლოგიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფაზე, ეპიდზედამხედველობის სისტემის ეფექტურ ფუნქციონირებაზე, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე, გადამდები და არაგადამდები დაავადებებისა და ჯანმრთელობის რისკების დროულ გამოვლენასა და ეფექტურ კონტროლზე, ეროვნული სტანდარტებისა და სახელმძღვანელო რეკომენდაციების შემუშავებაზე, ეპიდაფეთქებების და საგანგებო მდგომარეობების დროს მზადყოფნასა და დროულ რეაგირებაზე და სხვა. (295), (18), (28) დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის საქმიანობას ზედამხედველობას უწევს და აკონტროლებს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. (28), (295), (237), (232)

დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის დაქვემდებარებაშია 9 რეგიონული სამსახური, რომელთა ფუნქციებიც გამომდინარეობს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზოგადი სტრატეგიიდან. რაც შეეხება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალურ სამსახურებს, ისინი მუნიციპალიტეტის დაქვემდებარებაშია და გააჩნიათ შესაბამისი დელეგირებული ფუნქცი-ვალდებულებები. (18), (28)

საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი

როგორც საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს შემადგენლობაში მყოფი უწყება, საგანგებო „სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი“ წარმოადგენს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებულ ორგანოს და ანგარიშვალდებულია საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს წინაშე. (257), (28), (237) ცენტრის ფუნქციებში შედის:

- საქართველოს ადმინისტრაციულ და ტერიტორიულ ერთეულებში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის გატარების ხელშეწყობა;
- 24 საათიან რეჟიმში საქართველოს ტერიტორიაზე დროული, ადეკვატური და მაღალკვალიფიციური სასწრაფო სამედიცინო მომსახურების მიწოდება, რეფერალური დახმარების უზრუნველყოფა, „სასწრაფო სამედიცინო და რეფერალური დახმარების მუშაობის რეგულარული მონიტორინგი“;
- კანონმდებლობით დადგენილი წესით და სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების უზრუნველყოფა შესაბამის ადმინისტრაციულ ერთეულებში;
- საგანგებო სიტუაციებზე დროული, ადეკვატური და ეფექტური რეაგირება, სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობისა და სამედიცინო ტრანსპორტირების კოორდინაცია;

➤ პროფესიული მზადების გეგმების, სასწავლო პროგრამებისა და სახელმძღვანელოების შემუშავება, შესაბამისი სწავლებების ჩატარება როგორც ცენტრის თანამშრომელთა გადამზადებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების მიზნით, ასევე სხვა დაინტერესებული მხარეებისთვის სასწავლო და სატრენინგო მომსახურების უზრუნველყოფა და სხვა. (257)

პროფესიული განვითარების საბჭო

საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და შეფასების საკითხებთან დაკავშირებით გადაწყვეტილებას იღებს ჯანდაცვის სამინისტროს სათათბირო ორგანო - პროფესიული განვითარების საბჭო. საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული საბჭოს დებულების თანახმად, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს პროფესიული განვითარების საბჭოს ფუნქციებსა და უფლებამოსილებებს მიეკუთვნება: ქვეყანაში დიპლომისშემდგომი განათლების, სერტიფიცირების, უსგ და უპგ პროცესების ორგანიზება, მართვა და მონიტორინგი; საქართველოსა და უცხო ქვეყნის მოქალაქეებისთვის სერტიფიკატის და სამედიცინო საქმიანობის უფლების მინიჭების თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება; დიპლომისშემდგომი განათლების განხორციელების უფლების მინიჭება, უმაღლესი სასწავლებლების აკრედიტაცია, მონიტორინგი და აკრედიტაციის შეჩერება-გაუქმების შესახებ გადაწყვეტილების მიღება; ექიმთა პროფესიულ ასოციაციებთან ერთად საექიმო სპეციალობების, სპეციალობათა შესაბამისი სუბსპეციალობებისა და მომიჯნავე სპეციალობების ნუსხის შემუშავება; სამედიცინო პერსონალის პროფესიული საქმიანობის შესწავლა და კანონმდებლობით გათვალისწინებული ღონისძიებების გატარება; ასევე სამედიცინო პერსონალის საქმიანობასთან დაკავშირებული განცხადება-საჩივრების განხილვა და პროფესიული პასუხისმგებლობის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება და სხვა კანონმდებლობით მინიჭებული უფლებამოსილების განხორციელება. (254), (266)

1.3.3. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო რეგულირების ასპექტები საქართველოში (ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმოხილვა)

საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოიცავს საქართველოს კონსტიტუციას, საერთაშორისო ხელშეკრულებებსა და შეთანხმებებს, საქართველოს საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე აქტებს. (263)

საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში აწესრიგებს ურთიერთობებს სახელისუფლებო ორგანოებსა და საზოგადოების წევრებს შორის; განსაზღვრავს სამედიცინო პერსონალის უფლებებსა და ვალდებულებებს, სამედიცინო დაწესებულების ფუნქცია-მოვალეობებს. კანონში, ასევე, განხილული და ასახულია

სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა და მისი როლი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფაზე, სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლსა და სხვა მნიშვნელოვან საკითხებზე ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. (263)

კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ მოიცავს მოსახლების ჯანმრთელობის და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ხელშეწყობის, უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის, ოჯახის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, გადამდები და არაგადამდები დაავადებების გავრცელების თავიდან აცილების დებულებებს. (272)

კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ განსაზღვრავს და არეგულირებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქის უფლებებს, მისი პატივის და ღირსების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფის საკითხებს, რომლის თანახმადაც „საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების ყველა გამწევისაგან მიიღოს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება“. (265)

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ კანონი არეგულირებს სამართლებრივ ურთიერთობებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტსა და სახელისუფლებლო ორგანოებს, ფიზიკურ და იურიდიულ პირებს შორის. კანონის მიზანია ექიმ-სპეციალისტთა შესაბამისი პროფესიული განათლებისა და პრაქტიკული მზადების უზრუნველყოფა, საექიმო საქმიანობაში შესაბამისი სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების დამკვიდრება, ექიმთა უფლებების დაცვა, პროფესიულ საქმიანობაზე სახელმწიფო ზედამხედველობის დაწესება. ეს უკანასკნელი კი ხორციელდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და დოკუმენტაციის წარმოების კონტროლის გზით. (263), (266)

ფარმაცევტული საქმიანობა რეგულირდება საქართველოს კანონებით „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ და „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ (სრულიად განახლდა 2009 წელს). 2007 წლიდან ფარმაცევტულ ბაზარზე არსებული სამკურნალო საშუალებების ხარისხზე პასუხისმგებელია რეგულირების სააგენტო (წამლების იმპორტი, ექსპორტი, წარმოება, რეგისტრაცია, კლინიკური კვლევების ავტორიზაცია) (264), (263), (271), (28) წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ კანონის მიზანია სანდო ფარმაცევტულ პროდუქციაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის ზრდა, კანონი ადგენს ფარმაცევტული პროდუქტის მიმოქცევის რეგულირების სამართლებრივ საფუძვლებსა და სფეროში მოღვაწე პირთა უფლება-მოვალეობებს. (264)

სამედიცინო საქმიანობის რეგულირება და კონტროლი

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის ერთ-ერთი მექანიზმია. მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად, სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლს ახორციელებს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. (263)

საკანონმდებლო განმარტების თანახმად, „სამედიცინო საქმიანობა“, იგივეა რაც „სამედიცინო მომსახურება“ და განმარტება, როგორც: „საქმიანობა, რომელიც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებასთან, გაუმჯობესებასთან და აღდგენასთან (ფსიქიკურ, სოციალურ, სამედიცინო და ფიზიკურ რეაბილიტაციასთან), პალიატიურ მზრუნველობასთან, პაციენტის სამედიცინო მოვლასთან, პროთეზირებასთან, პაციენტის სამედიცინო ტრანსპორტირებასთან, პაციენტის სამედიცინო განათლებასთან, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზასთან, სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზასთან, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებებთან და სამედიცინო დაწესებულებებში გაწეულ, სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებულ თანმხლებ მომსახურებასთან და ხორციელდება დადგენილი წესით;“ (263)

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, საქართველოს კანონით განსაზღვრული დებულების თანახმად, „სამედიცინო დაწესებულება არის საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებული ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირი, რომელიც დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას.“ სამედიცინო დაწესებულება სარგებლობს პროფესიული და საფინანსო დამოუკიდებლობით, საქმიანობას წარმართავს ორგანიზაციის წესდების მიხედვით, განსაზღვრავს შრომის ორგანიზაციისა და ანაზღაურების წესს, ფორმას და ოდენობას. რაც შეეხება პასუხისმგებლობებს, მისი ვალდებულებაა დაიცვას საქმიანობის მარეგულირებელი, კანონმდებლობით დადგენილი სტანდარტები, წესები და ნორმები. (263)

სამედიცინო დაწესებულებების კლასიფიკაცია ეფუძნება დაწესებულების მიერ მიწოდებული სერვისების ხასიათს, სიმძლავრესა და კლინიკაში პაციენტის დაყოვნების დროს. შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებები იყოფა შემდეგ ჯგუფებად: 1. ამბულატორიული დაწესებულებები; 2. სტაციონარული დაწესებულებები; 3. ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებები; 4. შინმოვლის დაწესებულებები/ბინაზე სამედიცინო სერვისის მიწოდებელი სუბიექტები; 5. ჰოსპისი; 6. სასწრაფო გადაუდებელი დახმარებისა და სამედიცინო ტრანსპორტირების (რეფერალის) სამსახურები; 7. დამხმარე სერვისების მიწოდებელი დაწესებულებები; 8. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ლაბორატორიები. (307)

სამედიცინო საქმიანობა, როგორც უშუალოდ ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის მომატებულ საფრთხესთან დაკავშირებული საქმიანობა, ექვემდებარება სახელმწიფო რეგულირებას, ლიცენზიისა და ნებართვის საშუალებით. (271), (226), (263), (225)

კანონმდებლობით დადგენილია სამედიცინო საქმიანობის ძირითადი და დამატებითი სალიცენზიო მოთხოვნები. ლიცენზიის/ნებართვის მაძიებელი, დამატებით სალიცენზიო მოთხოვნებს დაექვემდებარებული საქმიანობის განხორციელების შემთხვევაში, ვალდებულია აკმაყოფილებდეს სალიცენზიო დანართით განსაზღვრული მოთხოვნებს. ხოლო დამატებითი საქმიანობის განხორციელების შემთხვევაში კი, ვალდებულია აკმაყოფილებდეს ამ კონკრეტული საქმიანობისთვის განსაზღვრულ დამატებით სალიცენზიო პირობებს. (226)

სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზია გაცივმა საჯარო ადმინისტრაციული წარმოების წესით და გასცემს სსიპ „სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო“. რეგულირების სააგენტოს წარმომადგენლების მიერ სალიცენზიო განაცხადში წარდგენილი მონაცემების სისწორე მოწმდება უშუალოდ ადგილზე დათვალიერებით. (263), (226), (225), (293)

კანონმდებლობის თანახმად, ლიცენზიის/ნებართვის მფლობელი სტაციონარული დაწესებულების ვალდებულებას წარმოადგენს სანებართვო პირობების დაცვის შესახებ ყოველწლიური (1 აპრილიდან 1 მაისამდე) ანგარიშგების წარმოება და რეგულირების სააგენტოსთვის წარდგენა. (226)

სანებართვო პირობების შესრულების კონტროლი ხორციელდება შემთხვევითი შერჩევით, დარღვევის რისკის შეფასებისა და რეგულარული ანგარიშგების მიხედვით. კონტროლს ახორციელებს რეგულირების სააგენტო. სააგენტოს კონტროლის განხორციელება შეუძლია კალენდარული წლის განმავლობაში მხოლოდ ერთხელ. დაწესებულების მხრიდან სანებართვო პირობების შეუსრულებლობის შემთხვევაში დგება მისი პასუხისმგებლობის საკითხი, კანონმდებლობით დადგენილი წესით. (226)

ამბულატორიულ და დღის სტაციონარის პირობებში განხორციელებული სამედიცინო საქმიანობა, როგორც მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობა, ექვემდებარება ტექნიკური რეგლამენტით გათვალისწინებული მოთხოვნების დაკმაყოფილებასა და საქმიანობის დაწყებამდე საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროსთვის შეტყობინების გაგზავნას. ტექნიკური რეგლამენტი დამტკიცებულია მთავრობის დადგენილებით და მოიცავს სამედიცინო აპარატურის, ხელსაწყოების ჰიგიენური პირობებისა და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებასთან დაკავშირებულ მინიმალურ მოთხოვნებს. მოქმედი

კანონმდებლობის თანახმად, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტით განსაზღვრული მოთხოვნების შესრულება მოწმდება წელიწადში ერთხელ, შერჩევითი კონტროლით. (263), (225)

საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის №01-63/ნ ბრძანების მიხედვით, „სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სერვისების განვითარების მიზნით“, სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს „ხარისხის მართვის ერთეული“ და „სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემა“. სამედიცინო დაწესებულების ხარისხის მართვის სისტემის სტრუქტურული ერთეულის ფუნქცია-ვალდებულებაა, უზრუნველყოს სამედიცინო დაწესებულებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დადგენილ მოთხოვნებთან შესაბამისობის მონიტორინგი, კონტროლი, შედეგების ანალიზი და ხარისხის გაუმჯობესების ღონისძიებების შემუშავება. (315)

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის თანახმად, პაციენტის უფლებებისა და სამედიცინო ეთიკის ნორმების დაცვის უზრუნველსაყოფად, სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა იქმნებოდეს სამედიცინო ეთიკის კომისია. (263), (308) ხოლო საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის, 2000 წლის 2 ოქტომბრის „სამედიცინო ეთიკის კომისიის დებულების დამტკიცების შესახებ“ N128/ნ ბრძანებით განსაზღვრულია სამედიცინო ეთიკის კომისიის შექმნის მიზანი, როგორც „ქვეყანაში სამედიცინო პრაქტიკის ჰუმანიზაცია, პაციენტის უფლებების, მათი ღირსებისა და პიროვნული ავტონომიის დაცვისათვის ხელშეწყობა სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალის განათლების, სამედიცინო მომსახურების პროცესში წამოჭრილი პრობლემების ეთიკური ასპექტების წარმოჩენის, ანალიზის და სათანადო რეკომენდაციების მომზადების გზით“. დებულებით ასევე განსაზღვრულია ეთიკის კომისიის შექმნის კრიტერიუმები, სტრუქტურა, მისი შემადგენლობა, საქმიანობის სფერო და ფუნქციები; აღწერილია სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციისა და სამედიცინო დირექტორის როლი ეთიკის კომისიის საქმიანობის წარმართვის ხელშეწყობის საკითხებში. (308)

2017 წლის 1 ოქტომბრიდან ყველა სტაციონარული სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებისთვის სავალდებულო მოთხოვნას წარმოადგენს სტაციონარულ სერვისზე პასუხისმგებელი პირის - კლინიკური მენეჯერის სამტატო ერთეულის არსებობა. კლინიკური მენეჯერის ფუნქცია-ვალდებულებები და პასუხისმგებლობა საკანონმდებლო დონეზეა

განსაზღვრული და მის მიმართ მოთხოვნები ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით განისაზღვრება. (235), (226), (293), (316) სტაციონარული სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია, კლინიკური მენეჯერის დანიშვნა-განთავისუფლების შესახებ ინფორმაცია მიაწოდოს ჯანდაცვის სამინისტროს (რეგულირების სააგენტოს) 5 სამუშაო დღის ვადაში. (226), (235)

მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სტაციონარულ დაწესებულებაში აღმოჩენილი დარღვევებისა და ორგანიზაციული ხარვეზის დადასტურების შემთხვევაში, რის გამოც პაციენტის ჯანმრთელობას ზიანი მიადგა, კლინიკური მენეჯერი 3 წლის ვადით, სააგენტოს მიერ რეგისტრირდება სამართალდამრღვევი, სტაციონარულ სერვისებზე პასუხისმგებელი პირების რეესტრში. პასუხისმგებლობა ვრცელდება იმ კლინიკურ მენეჯერზე, რომელიც დარღვევის პერიოდში იკავებდა თანამდებობას. (235), (226)

მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად, სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციური კონტროლის სისტემა უნდა ფუნქციონირებდეს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციისა და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტის შესაბამისად. (302), (250) ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციური კონტროლის მიმართ მოთხოვნები ტექნიკური რეგლამენტით განისაზღვრება. (225)

სტაციონარულ დაწესებულებაში ინფექციური კონტროლის სისტემის წარმატებით ფუნქციონირებისთვის, მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულია აუცილებელი სტრუქტურულ-ფუნქციური კომპონენტები:

- ინფექციური კონტროლის კომიტეტის ფუნქციონირება გაიდლაინით განსაზღვრული ოპტიმალური შემადგენლობით;
- სამედიცინო დაწესებულების პროფილის შესაბამისად, დაწესებულების თავისებურებებთან და მოთხოვნებთან შესაბამისი ინფექციური კონტროლის ინდივიდუალური პროგრამის შემუშავება და დანერგვა;
- ნოზოკომიურ ინფექციებზე აქტიური ეპიდზედამხედველობა, პრევენცია და აღრიცხვა-ანგარიშგება;
- ინფექციური კონტროლის მიკრობიოლოგიური კვლევების უზრუნველყოფა;
- პროფილაქტიკური და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების დანერგვა-განხორციელება;
- ინფექციური კონტროლის ღონისძიებებში ადმინისტრაციის მხარდაჭერა და სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა. (302), (250), (305)

საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის 2015 წლის 01-38/ნ ბრძანების თანახმად, სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციის კონტროლს ახორციელებს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრთან ერთად, „ორეტაპიანი მონიტორინგის საშუალებით“, ამავე ბრძანებით დამტკიცებული „შეფასების ინსტრუმენტის“ მიხედვით. (305)

გარდა ამისა, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის განმახორციელებელი სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციური კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შემოწმება 2018 წლიდან ხორციელდება საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის №01-5/ნ ბრძანების, (312) ხოლო 2020 წლიდან მინისტრის 01-100/ნ ბრძანებით განსაზღვრული „ინფექციების კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების ინსტრუმენტი“-ს მიხედვით. დაწესებულებების შემოწმებას ახორციელებს რეგულირების სააგენტო, საჭიროების შემთხვევაში, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის ჩართულობით. შეფასების შედეგები განსაზღვრავს შემდგომში სამედიცინო დაწესებულებისთვის სახელმწიფო პროგრამების მიწოდების გაგრძელების ან შეჩერების უფლებას. (261), (249)

სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციური კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შემოწმებისთვის განსაზღვრულია შემდეგი კრიტერიუმები:

- ნოზოკომიური ინფექციების საინჟინრო კონტროლი; (261), (249)
- დაწესებულების შენობის მდგრადობა, წყალმომარაგება, ჰიგიენა და სანიტარია; (261), (249), (305)
- დაწესებულების ეზო, სამედიცინო ნარჩენების მენეჯმენტი; (261), (249), (305)
- ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის ორგანიზაციული უზრუნველყოფა; (261), (249)
- სტერილიზაცია-დეზინფექცია; (261), (249), (234)
- პერსონალის ჯანმრთელობა და უსაფრთხოება; (261), (249)

საექიმო საქმიანობის რეგულირება და კონტროლი

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის თანახმად, ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალს მიეკუთვნებიან პირები (ექიმი, ექთანი, ფარმაცევტი და სხვა), „რომელთა საქმიანობაც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, პაციენტის რეაბილიტაციასთან, პალიატიურ მზრუნველობასთან, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზასთან“, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები და ჯანდაცვის მენეჯერები. (263)

მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულია სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული ტერმინოლოგია;

➤ **საექიმო საქმიანობა** - „მედიცინაში განსწავლული, სათანადო უნარ-ჩვევებისა და პრაქტიკული გამოცდილების მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა, რომლის მიზანია ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების გამოყენებით, აგრეთვე საექიმო ტრადიციების გათვალისწინებით ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა, მისთვის ტანჯვის შემსუბუქება.“ (266)

➤ **დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა** - „უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა, რომლის შედეგებზედაც ის პასუხს აგებს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით;“ (263)

➤ **დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი** - „პირი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ახორციელებს დამოუკიდებელ საექიმო საქმიანობას;“ (266)

➤ **დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა** - „შესაბამისი სამედიცინო განათლების მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა, რომლის შედეგებზედაც ის პასუხს აგებს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით;“ (263)

➤ **ექიმი-სპეციალისტი** - „პირი, რომელმაც გაიარა რეზიდენტურის კურსი ერთ-ერთ საექიმო სპეციალობაში და მიიღო ამ დარგში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატი;“ (266)

➤ **ოჯახის ექიმი** - „ექიმი-სპეციალისტი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით უფლება აქვს პირველადი მრავალპროფილური სამედიცინო მომსახურება გაუწიოს ყველა ასაკის ორივე სქესის პირს;“ (266)

➤ **უმცროსი ექიმი** - „თანამდებობა, რომლის დაკავების უფლება აქვს სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის დიპლომირებულ კურსდამთავრებულს. ამ თანამდებობაზე დანიშნული პირი ექიმის ფუნქციას ასრულებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მითითებითა და პასუხისმგებლობით;“ (266)

➤ **რეზიდენტი** - „პირი, რომელიც გადის რეზიდენტურის კურსს ერთ-ერთ საექიმო სპეციალობაში;“ (266)

დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების უფლების მოსაპოვებლად სავალდებულო მოთხოვნას წარმოადგენს სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარება და სერტიფიკატის მიღება შესაბამის სამედიცინო სპეციალობაში. (263), (266) ექიმთა

სერტიფიცირება ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის ერთ-ერთ მექანიზმს წარმოადგენს. (237), (263) სახელმწიფო სერტიფიკატი არის „მკაცრი აღრიცხვის დოკუმენტი“, რომელიც, თავის მხრივ წარმოადგენს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელ სახელმწიფო მოწმობას და განსაზღვრავს საექიმო სპეციალობას. საექიმო სპეციალობაში სახელმწიფო სერტიფიკატს გასცემს პროფესიული განვითარების საბჭო. სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების ვადა განუსაზღვრელია. (266)

ექიმს დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლება აქვს მხოლოდ სახელმწიფო სერტიფიკატით განსაზღვრულ სპეციალობაში. საექიმო, ისევე როგორც საექთნო სპეციალობათა, მომიჯნავე და სხვა სამედიცინო სპეციალობათა ნუსხას, განსაზღვრავს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. სამინისტრო ასევე ამტკიცებს სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმების უფლებისა და შესაბამისი განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალის ნუსხას. (263), (266)

სასერტიფიკაციო გამოცდის საშუალებით ხდება სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების დონის შეფასება მედიცინის სხვადასხვა სპეციალობაში. სასერტიფიკაციო გამოცდა ხორციელდება უნიფიცირებული „სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის“ საშუალებით და წარიმართება საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონში განსაზღვრული დებულებების შესაბამისად. (263), (266)

იმ პირებს (საქართველოს ან უცხო ქვეყნის მოქალაქე), რომლებმაც დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება მიიღეს საზღვარგარეთ, საქართველოში სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების უფლება აქვთ მხოლოდ საგანმანათლებლო დოკუმენტის აღიარების ან კანონმდებლობით განსაზღვრული წესის შესაბამისად, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მოპოვების შემდეგ. (263), (266)

ექიმთა სერტიფიცირების მიზანია არაკომპეტენტური სამედიცინო პერსონალის საქმიანობისგან მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა. სერტიფიკატის მინიჭებით სახელმწიფო „იძლევა გარანტიას“, რომ სერტიფიკატის მფლობელ ექიმ-სპეციალისტს აქვს ქვეყანაში არსებული პროფესიული სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის განხორციელებისთვის საჭირო ცოდნა და უნარები. მცდარი სამედიცინო ქმედებისთვის კი ექიმი პასუხს აგებს კანონმდებლობით დადგენილი წესის შესაბამისად. (263), (266)

სამედიცინო პერსონალის ქმედებით ან უმოქმედობით პაციენტის მდგომარეობის გაუარესების (ფიზიკური, ფსიქიკური), სიკვდილის ან მისთვის მიყენებულ ზიანის (მორალური, მატერიალური) შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალს ეკისრება

კანონმდებლობით გათვალისწინებული პასუხისმგებლობა. (263) სამედიცინო პერსონალის შეუსაბამო ქმედებებს მოქმედი კანონმდებლობა განსაზღვრავს შემდეგნაირად:

- **მცდარი სამედიცინო ქმედება** - „ექიმის მიერ უნებლიედ პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო დიაგნოზის და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რაც მიყენებული ზიანის უშუალოდ მიზეზი გახდა“; (263)
- **სამედიცინო შეცდომა** - „სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ უნებლიე ქმედებით ან უმოქმედობით გამოწვეული პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება ან სიკვდილი, რომლის პრევენციაც შესაძლებელი იყო“; (228)
- **სამედიცინო გადაცდომა** - „სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ქმედებით, უმოქმედობით ან გულგრილობით გამოწვეული პროფესიული შეცდომა, რომელმაც გამოიწვია პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება ან სიკვდილი და რომლის პრევენციაც შესაძლებელი იყო“; (228)

პაციენტის გამოკვლევასთან, მოვლასა და მკურნალობასთან დაკავშირებული სამედიცინო სტანდარტების თუ ეთიკური ნორმების დარღვევისთვის, პროფესიული პასუხისმგებლობის შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს პროფესიული განვითარების საბჭო. პროფესიული პასუხისმგებლობის შინაარსი და საფუძველი, ასევე განცხადების ან საჩივრის წარდგენის პირობები განსაზღვრულია მოქმედი კანონმდებლობით, რომელშიც პროფესიული პასუხისმგებლობის სახეები განისაზღვრება შემდეგნაირად:

- წერილობითი გაფრთხილება;
- სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერება;
- სახელმწიფო სერტიფიკატის გაუქმება;
- ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული და ალკოჰოლის შემცველი მედიკამენტების გამოწერის შეზღუდვა;
- საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული პროფესიული პასუხისმგებლობის სხვა ზომები. (263), (266)

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ კანონის თანახმად, საექიმო საქმიანობაზე სახელმწიფო ზედამხედველობის სახეებია - სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების კონტროლი. ზედამხედველობის ორგანოა საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო („სამინისტროს საბჭოს მეშვეობით“). დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მიერ განხორციელებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და სამედიცინო დოკუმენტაცია სამინისტროს მიერ კონტროლდება წელიწადში ერთხელ, შემთხვევითი შერჩევით. (266)

მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად, საქართველოში სამედიცინო საქმიანობა უნდა ხორციელდებოდეს ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების დაცვით. (266) „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონით განსაზღვრულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი), როგორც „მტკიცებულებაზე დაფუძნებული, მედიცინის საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის (ნოზოლოგია/სინდრომი) მართვის რეკომენდაცია“, ხოლო კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) არის „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის მართვის მკაფიოდ განსაზღვრული ეტაპები და მოქმედებათა თანამიმდევრობა“. გაიდლაინებსა და პროტოკოლებს ამტკიცებს საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრი. (263)

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ კანონში მოცემული დებულების თანახმად, „კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური მეთოდური რეკომენდაცია“ არის „კონკრეტული კლინიკური პრობლემის მართვის ქვეყანაში ოფიციალურად აღიარებული სახელმძღვანელო მითითებები, რომლებიც ეფუძნება მიმდინარე პერიოდში საერთაშორისოდ აღიარებულ მეცნიერულ მტკიცებულებებს“, ხოლო „კლინიკური პრაქტიკის მეთოდური რეკომენდაცია“ კი - „კონკრეტული კლინიკური მდგომარეობის პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის ან რეაბილიტაციის სქემა, რომელიც შემუშავებულია ფაქტებზე დამყარებული მედიცინის მონაცემების გამოყენებით“. (266)

გაიდლაინების თემის შერჩევა ხდება ჯანდაცვის სამინისტროს, პროფესიული ასოციაციებისა და დონორი ორგანიზაციების შეთანხმების საფუძველზე. გაიდლაინებსა და პროტოკოლებს შეიმუშავენ პროფესიული ასოციაციების, ექიმთა/სპეციალისტთა ჯგუფები, ხოლო მათი ექსპერტიზა წარმოებს დარგობრივი ასოციაციების, დარგის წამყვანი სპეციალისტებისა და სხვა ექსპერტებისაგან შემდგარი ჯგუფების მიერ. ექსპერტიზის შემდეგ, გაიდლაინსა და პროტოკოლს განიხილავს და ნერგავს „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნულ საბჭო“, საბჭოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილება კი მტკიცდება მინისტრის ნორმატიული აქტით“. (32)

„კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ მუშაობის სახელმძღვანელო დებულებას ამტკიცებს

საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრი. (292) ეროვნული საბჭოს მუშაობის მიზნებსა და ამოცანებს წარმოადგენს:

- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის განვითარება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის გაუმჯობესება;
- გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავების, განხილვის, დამტკიცებისა და დანერგვის პროცესის კოორდინაცია, მათი ეტაპობრიობისა და გეგმიურობის უზრუნველყოფა;
- კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების დანერგვის პროცესის ზედამხედველობა, განხორციელებისათვის საჭირო რესურსების განსაზღვრა. (292)

სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება როგორც ექიმის, ისე სხვა ჯანდაცვის პერსონალის ვალდებულებაა. მათ შორის არასამუშაო ადგილზე გაწეული სამედიცინო მომსახურების შემთხვევაშიც კი, სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია წერილობით, კანონმდებლობით დადგენილი წესის შესაბამისად, დეტალურად ასახოს სრული ინფორმაცია გაწეული სამედიცინო მომსახურების შესახებ. (263), (266), (300), (294), (252)

სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმები, უნიფიცირებული წარმოებისა და შენახვის წესი განისაზღვრება საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით. (263), (300), (294), (252)

სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება სავალდებულოა თითოეული პაციენტისთვის. ჩანაწერების წარმოებისას აუცილებელ პირობას წარმოადგენს შინაარსის სრულყოფილება და პაციენტის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფორმაციის დეტალური ასახვა განსაზღვრულ ვადებში. სამედიცინო ჩანაწერის ყოველი ახალი ნაწილი ექიმის მიერ უნდა დამოწმდეს „მკაფიო ხელმოწერით“. სამედიცინო ჩანაწერი უნდა შესრულდეს სახელმწიფო ენაზე (თარგმნილი), (266) სამედიცინო პერსონალი და დაწესებულება ვალდებულია დაიცვას სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებისა და სამედიცინო დოკუმენტაციის შენახვის წესი. (266), (252)

კონტროლის ან რევიზიის დროს გამოვლენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დარღვევის ფაქტთან დაკავშირებით, სახელმწიფო პროგრამით განხორციელებული სერვისების ფარგლებში, სამედიცინო დაწესებულებისთვის ფინანსური ჯარიმა განისაზღვრება შემთხვევის ღირებულების შესაბამისად - პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურებული თანხის 10%. (229), (217) (246), (247) სახელმწიფო პროგრამების ზედამხედველობა ხორციელდება EHR სისტემის საშუალებით. EHR სისტემის მიზანს წარმოადგენს უწყვეტი, ეფექტური, ინტეგრირებული, პაციენტზე ორიენტირებული და ხარისხიანი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხელშეწყობის მიზნით, პაციენტის

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ელექტრონული ჩანაწერების შეგროვება, შენახვა, გაზიარება და დამუშავება. სამედიცინო დაწესებულების მიერ EHR სისტემაში გადაცემული ინფორმაცია წამოადგენს სამედიცინო დოკუმენტაციის ნაწილს. მინისტრის ბრძანებით განისაზღვრება გადასაცემი მონაცემების შინაარსი და გადაცემის ვადები. (262)

ფარმაცევტული პროდუქციის რეკლამისა და საცალო რეალიზაციის მიზნით, „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ კანონით განსაზღვრულია ფარმაცევტული პროდუქტების ჯგუფები და მოცემულ ჯგუფებში შემავალი პროდუქციისთვის რეცეპტით გაცემის ვალდებულებები. (264) ფარმაცევტული პროდუქციის ჯგუფების მიხედვით, ფარმაცევტული პროდუქციის ჩამონათვალი, შესაბამისი რეცეპტის ფორმა, რეცეპტის გამოწერისა და რეალიზაციის წესები განისაზღვრება საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით. (264), (297), (314), (306), (251), (260), (304), (303)

ფარმაცევტული პროდუქტის დანიშვნისა და რეცეპტზე გამოწერის უფლება აქვს სერტიფიცირებულ ექიმ-სპეციალისტს. ექიმი ვალდებულია რეცეპტი გამოწეროს დადგენილი წესით, პაციენტისთვის მიცემული დანიშნულების შესაბამისად, დანიშნულება კი უნდა დამოწმდეს ექიმის ხელმოწერით. (303), (304)

ფორმა №2 რეცეპტის გამოწერის უფლება აქვს სერტიფიცირებულ ექიმ-სპეციალისტს, რომელიც საექიმო სპეციალობის პროფესიული კომპეტენციის შესაბამისად, პაციენტს უნიშნავს ფსიქოტროპულ მედიკამენტს ან სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ფარმაცევტულ პროდუქტთან გათანაბრებულ სამკურნალო საშუალებას. ფორმა №2 რეცეპტი მოწმდება ექიმის პირადი ბეჭდით, ბეჭდით - „რეცეპტებისათვის“ და დაწესებულების შტამპით. (251)

ფორმა №1 და ფორმა №2 რეცეპტის ბლანკების აღრიცხვა უნდა ხდებოდეს სპეციალურ სააღრიცხვო ჟურნალში (დანომრილი, ზონარგაყრილი, დაწესებულების ბეჭდით და ხელმძღვანელის ხელმოწერით დალუქული). ჟურნალის წარმოებას უნდა ახორციელებდეს ხელმძღვანელის ბრძანებით გამოყოფილი პირი, კერძო პრაქტიკის შემთხვევაში კი, დოკუმენტაციის წარმოებაზე პასუხისმგებელია კერძო პრაქტიკის ექიმი-სპეციალისტი. (251) სამედიცინო დაწესებულება პასუხისმგებელია დასაქმებული ექიმის მიერ გაცემული ფორმა №2 და ფორმა №3 რეცეპტების ელექტრონულ წარმოებასა და ელექტრონულ სისტემაში ინფორმაციის განახლებაზე. (304), (260)

ფარმაცევტული პროდუქციის გამოწერის კანონმდებლობით დადგენილი წესის დარღვევა ან განსაზღვრული წარმოების წესის გვერდის ავლით მიმოქცევა ექვემდებარება სამედიცინო

მომსახურების მიმწოდებლის ან საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე პირის პასუხისმგებლობას, კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით. (303), (304), (260)

საექთნო საქმიანობა და კონტროლი

საქართველოში საექთნო საქმე არ მიკუთვნება რეგულირებად პროფესიას, არ არსებობს საექთნო სპეციალობების ნუსხა, პროფესიული რეგულირების მექანიზმები და ფორმალური უწყვეტი განათლების სისტემა, მარეგულირებელი გარემო არ ითვალისწინებს ექთან-პაციენტის თანაფარდობას, გარდა პერინატალური სერვისებისა. აქედან გამომდინარე, დაბალია მოთხოვნა საექთნო კადრებზე. ყოველივე ზემოაღნიშნული ამცირებს ჯანდაცვის სფეროში ექთანთა დასაქმების ადგილების რაოდენობას და გავლენას ახდენს საექთნო მოვლის ხარისხზე. (239)

საექთნო განათლების უზრუნველყოფა ქვეყანაში მიმდინარეობს უმაღლესი აკადემიური და პროფესიული განათლების ფორმატით. საექთნო/საბებიო საქმის საბაკალავრო პროგრამების განხორციელება საქართველოში დაიწყო 2011 წლიდან. აღსანიშნავია, რომ საექთნო საბაკალავრო პროგრამებზე მოთხოვნა დაბალია და საექთნო პროფესიის დაუფლების მსურველთა რიცხვი არ იზრდება. საბაკალავრო პროგრამებზე ჩარიცხულ სტუდენტთა უმრავლესობა შემდგომში მობილობით სხვა სამედიცინო პროგრამებზე გადადის. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა ექთნების მწვავე დეფიციტს განიცდის, ჩამორჩება ევროკავშირის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებლებს, დისბალანსია საექთნო პერსონალის გეოგრაფიული გადანაწილების თვალსაზრისითაც. სამედიცინო სერვისების შევსება ძირითადად პროფესიული განათლების ექთნებით ხდება. (239)

2019 წლის მონაცემებით საბაკალავრო პროგრამებზე სტუდენტთა საერთო რაოდენობა შეადგენდა 102-ს, კურსდამთავრებულთა რაოდენობა კი 99-ს. რაც შეეხება პროფესიულ საგანმანათლებლო პროგრამებს, 2013-2019 წლებში კურსდამთავრებულთა რაოდენობა შეადგენდა 1881-ს, ხოლო 2019 წლისთვის პროფესიულ პროგრამებზე აქტიურ სტუდენტთა რიცხვი კი - 1765 სტუდენტს. საექთნო პერსონალის რაოდენობის შემცირების მრავალ მიზეზთაგან ასევე აღსანიშნავია „პროფესიის არაპრესტიჟულობა“ და მზადების პროგრამებზე დაბალი ფინანსური ხელმისაწვდომობა. (239)

2019 წლის საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის თანახმად, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრიორიტეტია საექთნო პერსონალის რაოდენობის ზრდა და მათი კვალიფიკაციის ამაღლება. სტრატეგიის მიზანია 2025 წლისთვის საექთნო სფეროში კვალიფიციური კადრების გენერირებისა და პროფესიული რეგულირების მდგრადი

სისტემის ჩამოყალიბების გზით, ჯანდაცვის სერვისების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ხელშეწყობა. სტრატეგიით განსაზღვრულია შემდეგი ამოცანები:

1. კვალიფიციური საექთნო ადამიანური რესურსის გენერირების საჭიროებებზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარება;
2. უწყვეტი პროფესიული განვითარებისა და პროფესიული რეგულირების მდგრადი სისტემის განვითარება;
3. საექთნო საქმის პოპულარიზაცია და ცნობიერების ამაღლება; (239)

1.3.4. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მიღწევები, გამოწვევები და განვითარების სამომავლო პერსპექტივები

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები - სხვადასხვა წყაროს მიმოხილვა

2012-2017 წლები სამედიცინო სერვისების მოხმარების ზრდით ხასიათდება, სადაც ამბულატორიული მიმართვიანობის მაჩვენებელი ერთ სულ მოსახლეზე გაიზარდა 30%-ით და წელიწადში 3 ვიზიტს არ აღემატება, რაც შეეხება ძვირადღირებული ჰოსპიტალური სერვისების მოხმარებას, ხასიათდება 300%-იანი ზრდით, განსაკუთრებით გადაუდებელი ოპერაციების შემთხვევაში. აღნიშნული ცხადყოფს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ უზრუნველყოფს „პაციენტის შეკავებას პირველ დონეზე“. (21)

2014 წლიდან ფასების ზრდა ფიქსირდება როგორც ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ სერვისებზე, ისე მედიკამენტებზე. იქიდან გამომდინარე, რომ ამბულატორიული მომსახურებისა და მედიკამენტების ხარჯების წილი ძირითადად მოსახლეობის ჯიბიდან გადახდას უკავშირდება, აღნიშნული მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება მოსახლეობას. (21), (102)

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, გაიზარდა სახელმწიფო დანახარჯების წილი ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებაზე, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მათ შორის დანახარჯების ზრდის ტენდენცია არათანაბარია: 2017 წლისთვის, ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების 3,5-ჯერ ზრდის მიუხედავად, ერთობლივად ამბულატორიულ მომსახურებაზე, პრევენციასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე სახელმწიფო სექტორის წილი შეადგენდა 43,3%-ს, ხოლო სტაციონარულ მომსახურებაზე 71%-ს; ამასთან, ისევ მაღალია ჯიბიდან გადახდის წილი (48,8%), რაც მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება საზოგადოებას. (21)

2014-2019 წლებში ამბულატორიული დაწესებულებების რიცხვი გაიზარდა 1,4-ჯერ, ხოლო საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა 1,5-ჯერ, საბოლოო მაჩვენებელი აღემატება მოსახლეობის საჭიროებას. 2019 წლის მაჩვენებლებით, საავადმყოფო საწოლების მხოლოდ

49% იყო დატვირთული. (20) 2020 წელს საქართველოში ფუნქციონირებდა 264 საავადმყოფო, საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა კი 18,6 ათასს შეადგენდა. (190) 2019 წელთან შედარებით კოვიდ-19 პანდემიის მართვის საჭიროებიდან გამომდინარე, საწოლფონდი 6,3%-ით გაიზარდა. (213)

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტი ყოველწლიური გადახარჯვით გამოირჩევა. 2014-2020 წლებში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე დაახლოებით 350 მილიონი ლარი დაიხარჯა, რაც დამტკიცებულ ბიუჯეტს 8%-ით აღემატება. ამას ემატება 2018 წლის 31 დეკემბრის მონაცემების თანახმად არსებული სამედიცინო დაწესებულებებისთვის გადასახდელი დავალიანება - 201 მილიონი ლარის ოდენობით, რაც ჯამურ გადახარჯვას ზრდის 551 მილიონ ლარამდე და დამტკიცებული ბიუჯეტის 12%-ს შეადგენს. 2019 წელს აღნიშნული დავალიანება (201 მლნ ლარი) თითქმის 450 მილიონ ლარამდე გაიზარდა. 2020 წელს სერვისების უტილიზაციის ხარჯზე სამედიცინო დაწესებულებების დავალიანებების მნიშვნელოვანი ნაწილი დაიფარა, ანაზღაურების პერიოდი კი 6 თვიდან 3 თვემდე შემცირდა. 2020 წელს სამედიცინო მომსახურების ფაქტობრივ შესრულებას დაემატა კოვიდ-19 მართვაზე დახარჯული თანხებიც (251 მილიონი ლარი), რაც პროგრამის ბიუჯეტით არ იყო გათვალისწინებული. (დიაგრამა 20, დიაგრამა 21), (21), (20)

2014-2020 წლებში, ჯანდაცვაზე მთლიანი ეროვნული დანახარჯების 61%-იანი ზრდის ფონზე, სამედიცინო სერვისებზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდის მაჩვენებელი 2017 წლის მერე 37-42%-ის ფარგლებში იყო, დანახარჯების მეტი წილს კი კვლავ მოსახლეობის ჯიბიდან გადახდილი თანხები შეადგენდა. (დიაგრამა 19), (20), (38) ამ პერიოდში ჯანმრთელობის დაცვის სხვა პროგრამებზე დაიხარჯა დაგეგმილზე 76 მილიონი ლარით ნაკლები (-4%), მოცემული რესურსით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ზედმეტი დანახარჯების გადაფარვამ ნაწილობრივ დააბალანსა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯვის პრობლემები. (დიაგრამა 20, დიაგრამა 21) (20)

2017-2018 წლებში სახელმწიფო ბიუჯეტის ანგარიშების მიხედვით, ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების სუბსიდირების სახელმწიფო პროგრამაზე გამოყოფილი თანხების (13,4 მილიონი ლარი) სრული ათვისება ვერ მოხერხდა. ექსპერტთა შეფასებით, მედიკამენტების სუბსიდირების პროგრამის ეფექტიანობისთვის საჭიროა ბარიერების შესწავლა და მისი აღმოფხვრა. (21)

2020 წლიდან მოსახლეობის დაახლოებით 12 % (სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი მოსახლეობა და ვეტერანები) გათავისუფლებულნი არიან სამედიცინო მომსახურების თანადაფინანსებისგან, რიგი ქრონიკული დაავადებების არსებობის შემთხვევაში,

მედიკამენტების ხარჯი იფარება 50%-ით. საყოველთაო პროგრამის მოსარგებლე, შედარებით მაღალი შემოსავლის მქონე პირები (მოსახლეობის 41%) უფასოდ სარგებლობს ოჯახის ექიმთან პირველადი ვიზიტის, ინტენსიური თერაპიის და მშობიარობის სერვისებით, სხვა სპეციალისტების და მედიკამენტების ხარჯს კი იხდიან ჯიბიდან. (19)

დარგის ექსპერტთა შეფასებით, ჯანდაცვის ხარჯებისა და სერვისების ჭარბი მოხმარების შემცირების მიზნით, სახელმწიფოს მხრიდან მნიშვნელოვანია რაციონალური და გრძელვადიანი ხედვა პრევენციაზე, ხოლო სამედიცინო მომსახურების უწყვეტი ჯაჭვის უზრუნველყოფისა და პრევენციული ღონისძიებების ეფექტური განხორციელებისთვის აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის როლის გაძლიერება. (17)

გზირიშვილი და სხვები აღნიშნავენ, რომ სახელმწიფოს ვალდებულებაა საზოგადოების ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პროფილაქტიკური ღონისძიებების განხორციელებით: შეზღუდული რესურსების პირობებში, სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაზე გაწეული დანახარჯები მიმართული უნდა იყოს პრევენციულ ღონისძიებებზე. (6)

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, სახელმწიფო დანახარჯების ზრდამ და პროგრამაში მონაწილე ჯანდაცვის პროვაიდერების შერჩევის კრიტერიუმების არარსებობამ, ახალი სამედიცინო დაწესებულებების შექმნა და მათი სახელმწიფო პროგრამებში აქტიურად ჩართვა განაპირობა. „ძირითადად ბაზარზე შემოვიდა მცირე ზომის და სავარაუდოდ დაბალი ეფექტურობის დაწესებულებები, რამაც მნიშვნელოვანი გავლენა ვერ იქონია წამყვანი დაწესებულებების ბაზრის წილზე, თუმცა შეამცირა დადგმული სიმძლავრეების ეფექტური უტილიზაციის მაჩვენებელი“ - აღნიშნულია 2021 წლის ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრის XIV ტალღის გამოცემაში. (20)

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა ძირითადად ორიენტირებულია პაციენტის მკურნალობაზე. 2012-2018 წლებში ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯების გაორმაგების მიუხედავად, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯებში ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების წილი ფაქტობრივად არ იცვლება და მთლიანი ხარჯის დაახლოებით 1/4-ს შეადგენს, მაშინ როცა ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე დანახარჯები მუდმივად მზარდია. 2012-2018 წლებში სტაციონარულ მომსახურებაზე დანახარჯების წილი ზრდამ 65,5% შეადგინა. (17), (21)

სპეციალისტების შეფასებით, უნიფიცირებული სატარიფო სისტემის საშუალებით სახელმწიფო დანახარჯების კონტროლთან ერთად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის

შენარჩუნება-გაუმჯობესებისა და პაციენტის ფინანსური დაცულობის უზრუნველყოფის მიზნით, მნიშვნელოვანია ხარისხის კონტროლის ქმედითი მექანიზმების დროული დანერგვა, მომწოდებელთა ქსელის ოპტიმიზაცია, სექტორის ეფექტურობის ზრდა და სხვა. (20)

ერთიანი ტარიფების შემოღებას დადებითი გავლენა აქვს სახელმწიფო ბიუჯეტის სტაბილურობის თვალსაზრისით, თუმცა დაკავშირებულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუარესების რისკებთან, როგორცაა სამედიცინო დაწესებულებების მიერ, შემოსავლებისა და ხარჯების შეკავების მიზნით განხორციელებული ღონისძიებები:

- იაფი უხარისხო მედიკამენტების და სამკურნალო საშუალებების გამოყენება;
- საჭირო დიაგნოსტიკური კვლევების რაოდენობის შემცირება;
- სახელფასო ხარჯის შემცირების მიზნით, მედპერსონალის დატვირთვის გაზრდა;
- ხარჯების ნაწილის შევსება თანაგადახდის ან სხვა მექანიზმების გამოყენებით; (20)

ჯანდაცვის სფეროს სტრატეგიულ გეგმაზე მომუშავე ჯგუფის შეფასებით, „სახელმწიფოს ძირითადი აქცენტი გადატანილია ინდივიდუალური სამედიცინო მომსახურების ასპექტებზე“, მოქალაქეების ჯანმრთელობაზე გარემოს ზეგავლენა კი პრიორიტეტულად არ განიხილება. საზოგადოებისა და ინდივიდის ჯანმრთელობის განმსაზღვრელ ფაქტორს არა სამედიცინო მომსახურება, არამედ ჯანსაღი ცხოვრების წესი და გარემო წარმოადგენს. სახელმწიფო ვალდებულია უზრუნველყოს უსაფრთხო გარემო და მაქსიმალურად შეუწყოს ხელი სოციალურ-ეკონომიკური პირობების გაუმჯობესებას. (6)

„ჯანმრთელობის დაცვა“ ფართო მცნებაა და სამკურნალო ღონისძიებების გატარების გარდა დაავადების პრევენციასაც გულისხმობს. სამწუხაროდ, სამედიცინო პერსონალიც კი ხშირად მხოლოდ სამკურნალო ღონისძიებების მნიშვნელობასა და სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯების გაზრდის აუცილებლობაზე საუბრობს და ნაკლებ ყურადღებას უთმობს დაავადებათა პრევენციის საკითხებს. (3), (4)

საქართველოში მწვავედ დგას თანასწორუფლებიანობის საკითხი სხვადასხვა მიმართულებით, როგორცაა: განათლება, პროფესიული რისკების საშიშროება, საცხოვრებელი პირობებით უზრუნველყოფა, ქცევითი რისკების გავრცელება, ცალკეული ჯგუფებისთვის უსაფრთხოების დაცვა, გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა და სხვა. (3), (4)

ო. გერზმავას შეფასებით, განვითარებად ქვეყნებში და მათ შორის საქართველოში, ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას აფერხებს რიგი გარემოებები, როგორებიცაა: ჯანდაცვის სექტორის განვითარების მიმართ ფრაგმენტული მიდგომა; ცენტრალური სისტემის ნაკლები

დაინტერესება ადგილობრივი ჯანდაცვის პროგრამების განხორციელების მიმართ; დასახული ამოცანების განხორციელებისთვის გამოიყენება მოძველებული ორგანიზაციული სტრუქტურები; ჯანდაცვის სისტემის ადმინისტრირების პრობლემები; დაგეგმვასთან დაკავშირებული პრობლემები; კადრების მომზადებისა და ოპტიმალური გამოყენების პრობლემები; ფინანსური სირთულეები. (3), (4)

ჯანდაცვის სამინისტროს და მასზე დაქვემდებარებული უწყებების შესრულებული სამუშაო ანგარიშებისა და ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიული გეგმების მიმოხილვა

ჯანდაცვის მინისტრის მიერ, 2021 წელს წარდგენილი სამინისტროს 2019-2021 წლების მიღწევებისა და განვითარების 10 წლიანი ხედვის („ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანდაცვა, სოციალური კეთილდღეობა და ღირსეული შრომითი გარემო 2030“) ჯანდაცვის სამინისტროს საქმიანობის 3 წლიანი შემაჯამებელი ანგარიშის („ჯანდაცვის სისტემების გამოწვევები-პანდემიის მართვა და რეფორმები“) საპრეზენტაციო დოკუმენტის თანახმად, დადებითად ფასდება სამინისტროს მიერ განხორციელებული შემდეგი ღონისძიებები და მიღწეული შედეგები:

➤ სამინისტროში 2019 წლიდან დაწყებული სტრუქტურულ-ფუნქციურ ცვლილებები და შედეგად განხორციელებული მმართველობითი პროცესების ეფექტურობა. ანგარიშების თანახმად, ცვლილებების მიზანს წარმოადგენდა „მეტად ეფექტური, ნაკლებად ბიუროკრატიული, სწრაფი და მოქნილი საქმიანობის ხელშეწყობა“. (26), (25), (180)

➤ ჯანდაცვის პოლიტიკის პრიორიტეტული მიმართულებების მიღწევები; პირველადი ჯანდაცვის გაუმჯობესების მიზნით განხორციელებული ქმედებები; საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიზნების შესრულების საკითხში დაავადებათა კონტროლის სამსახურის მიღწევები; ჯანდაცვის დანახარჯების მხრივ ჯიბიდან გადახდების კლების ტენდენცია და კლინიკებთან ფინანსური ანგარიშსწორების სისტემისა და ვადების მოწესრიგების საკითხი; მიზნობრივი პროგრამების გაფართოება; გარკვეულ სამედიცინო მომსახურებაზე უნიფიცირებული ტარიფების დადგენა და დაფინანსების ლიმიტების ზრდა და სხვა. (180), (25), (26)

➤ სსიპ „ინფორმაციული ტექნოლოგიების სააგენტოს“ საქმიანობა და შესრულებული პროექტები, როგორებიცაა: არსებული სისტემებისა და მოდულების აღწერა და კატალოგიზაცია; პროგრამული უზრუნველყოფა და არსებული სისტემების ცვლილება; იმუნიზაციის ხელშეწყობის ციფრული ინსტრუმენტების შექმნა; ტელემედიცინის შექმნა, სერვერული და ქსელური ინფრასტრუქტურის მართვა; „Georgia e-Health“, „Georgia e-Health Validator“ და „CovidPass Georgia“- აპლიკაციების შექმნა და სხვა. საპრეზენტაციო

დოკუმენტების თანახმად, სამომავლო ხედვის ფარგლებში განიხილება სისტემების კონსოლიდაცია და მოქალაქეზე ორიენტირება, რაც საბოლოო ჯამში უზრუნველყოფს სახელმწიფოს მიერ ხარისხიანი და სრული ინფორმაციის მიღებას. (26), (180)

➤ კოვიდ-19 პანდემიის მართვის მიზნით განხორციელებული ქმედებები. ანგარიშის თანახმად, ჩამოყალიბდა „COVID-19-ის მართვის კომპლექსური სისტემა“: დასაწყისშივე უზრუნველყოფილ იქნა აღჭურვილობების, ტესტების, ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებისა და სხვა მატერიალური ფასეულობების შესყიდვა და ჯანდაცვის სექტორზე გადაცემა; კლინიკების რეაბილიტაცია-აღჭურვა; კოვიდ-სასტუმროებისა და საველე ჰოსპიტლების მოწყობა; კოვიდის მართვის მიზნით, მკურნალობის სქემებში სხვადასხვა მედიკამენტების ჩართვა და მოლაპარაკებების დაწყება კოვიდ-19-ის სამკურნალო, ახალი თაობების მედიკამენტების მოწოდებაზე; ჯანდაცვის სამინისტროს ბაზაზე შექმნილი „ორი ცენტრალური ონლაინ კლინიკა“; ვაქცინაციაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობისა და მოსახლეობის აქტივობის გაზრდის მიზნით განხორციელებული ღონისძიებები, „კოვიდ პასპორტის“ სისტემის ამოქმედება, „კოვიდ საწოლების“ პორტალის შექმნა და მიმდინარე რეჟიმში კლინიკების მიერ საწოლფონდის შესახებ მონაცემების განახლების შესაძლებლობა და სხვა. (180), (26), (25)

➤ პანდემიის დაწყებისთანავე, ინფექციის მართვის პროცესში საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგის კლინიკების ჩართვა და მიღწეული შედეგები, რასთან დაკავშირებითაც აღნიშნულია, რომ „ჰოლდინგი გახდა COVID-19-ის მართვის ერთ-ერთი წამყვანი რგოლი ყველა მიმართულებით“. პანდემიის პროცესში ჰოლდინგის მიერ იმართებოდა საკარანტინე სივრცეები, კოვიდ-სასტუმროები და კლინიკური სასტუმროები. კოვიდ პანდემიის მიმართ პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევებზე სამინისტროს მიერ სახელდება სოფლად ექიმებისა და ექთნების დეფიციტი, ძველი ინფრასტრუქტურა, ბაზისური აღჭურვილობის არარსებობა და სოფლის ექიმსა და სხვა სპეციალისტებს შორის არსებული სუსტი კავშირები. (180), (26), (25)

➤ სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების საკითხთან დაკავშირებით, სამედიცინო სერვისებისა და მედიკამენტების ხარისხის კონტროლის შედეგები, როგორებიცაა: დაწესებულებების კონტროლის გაძლიერება, დარღვევების იდენტიფიცირებისა და მათზე რეაგირების სისტემის გაუმჯობესება; (ცხრილი 195) კლინიკების სანებართვო პირობების გაფართოება და დაზუსტება; სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შედეგების ელექტრონული ჩანაწერების სისტემის შექმნა; ინფექციის კონტროლის შეფასების ინსტრუმენტის ამოქმედება და საქართველოში პირველად, GMP/GDP სერტიფიკატების გაცემა. (26), (25)

➤ 2020-2021 წლებში სააფთიაქო ნარკომანიისა და ფსიქოტროპული მედიკამენტების უკანონო რეალიზაციის წინააღმდეგ გააქტიურებული ბრძოლის შედეგები. (ცხრილი 196), (180), (26), (25)

სამინისტროს 3 წლიანი მუშაობის ანგარიშის საპრეზენტაციო დოკუმენტში, ჯანდაცვაში სამედიცინო პერსონალის გაძლიერების რეფორმის ნაწილში, შეფასებულია არსებული მდგომარეობა, გამოკვეთილია პრობლემები და მათი გამომწვევი მიზეზები: დაბალი ანაზღაურების, ასევე პროფესიონალ კადრებსა და დეფიციტურ პროფესიებზე მაღალი მოთხოვნის გამო, სამედიცინო პერსონალი ერთდროულად დასაქმებულია რამდენიმე ადგილას (1-ზე მეტ ადგილას მომუშავე ექიმების რაოდენობა - 42% (10000), ოთხზე და მეტ ადგილას მომუშავე ექიმების რაოდენობა 12% (2 800)). ხსენებული პრობლემის გადაჭრის გზად სამინისტრო განიხილავს ისეთ ღონისძიებებს, როგორცაა: ექიმთა გადამზადება, მოთხოვნადი პროფესიების მხარდაჭერა და ანაზღაურების გაზრდა. (180), (26), (25)

ცხრილი 195 – 2020-2021 წლებში სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებების ხარისხის კონტროლის შედეგები

განხორციელებული ქმედება	სიხშირე
სამედიცინო დაწესებულებების კონტროლი	2 116
სანებართვო-სალიცენზიო ღონისძიება	355
ადმინისტრაციული სამართალდარღვევა	1 428
წყარო: ავტორი ჯანდაცვის სამინისტროს ანგარიშებზე დაყრდნობით (26), (34)	

ცხრილი 196 - სააფთიაქო ნარკომანიისა და ფსიქოტროპულ მედიკამენტებთან ბრძოლის შედეგები 2020-2021 წელს

განხორციელებული ქმედება	2020	2021
უკანონო ფარმაცევტული საქმიანობის გამოვლენა	33	86
მედიკამენტების ჩამორთმევა	32 553	44 220
სანქცია	312 000	944 000
წყარო: ავტორი ჯანდაცვის სამინისტროს ანგარიშებზე დაყრდნობით (26), (34)		

საქართველოში ექიმების რაოდენობრივი მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე, თითქმის ორჯერ აღემატება ევროკავშირის ქვეყნების მაჩვენებლებს, მიუხედავად ამისა, პრობლემას წარმოადგენს გარკვეული პროფესიების დეფიციტი და გეოგრაფიული გადანაწილების ფრაგმენტულობა. რეგიონულ ჭრილში კადრების გადანაწილება შემდეგია: თბილისი - 11,45

ექიმი 1000 მოსახლეზე, რეგიონები - 4 ექიმი, რეგიონების მიხედვით განსხვავებულია ანაზღაურების მოცულობაც. (180), (26)

სამინისტროს ანგარიშის საპრეზენტაციო დოკუმენტში სქემატურად ჩაშლილია ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის გაძლიერების რეფორმის მოცულობა, რომლის მიხედვითაც რეფორმა ითვალისწინებს შემდეგი ღონისძიებების განხორციელებას:

- დეფიციტური პროფესიების განსაზღვრა და მოთხოვნის გაზრდის მიზნით წამახალისებელი ღონისძიებების გატარება;
- სამედიცინო განათლების მიწოდების მძლავრი ბაზის სახით, სახელმწიფო კლინიკების გამოყენება;
- რეზიდენტურის პროგრამაში რეზიდენტებისთვის შრომის ანაზღაურების ამოქმედება;
- რეზიდენტურის პროგრამების კონტროლის გაძლიერება;
- უწყვეტი პროფესიული განვითარების ხელშეწყობა და უპე პროგრამებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- ექიმთა რესერტიფიცირების სისტემის ამოქმედება;
- სასწრაფო გადაუდებელი სამსახურის პერსონალის გაძლიერება;
- სოფლად ოჯახის ექიმებისა და ექთნების ხელშეწყობა;
- პერსონალის ანაზღაურების სისტემის გაუმჯობესება, მინიმალური ხელფასის განსაზღვრა და დამსაქმებლის მხრიდან აღსრულებისთვის სამართლებრივი საფუძვლის შექმნა; (180), (26)

სამინისტროს მუშაობის 3 წლიანი ანგარიში ასევე ითვალისწინებს სამომავლო, სხვა სტრატეგიული ღონისძიებების განხორციელებას:

- 2022 წლიდან დაგეგმილია სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების „სელექტიური კონტრაქტირების დაწყება“, რომლის მიხედვითაც დაფინანსებას მიიღებენ მხოლოდ სათანადოდ აღჭურვილი, მაღალი სიმძლავრის, ძლიერი ადამიანური რესურსით დაკომპლექტებული და სათანადო შრომის პირობების მქონე სამედიცინო დაწესებულებები. ამასთან, დაწესებულებების შეფასების მნიშვნელოვანი კრიტერიუმი იქნება ლეტალობის მაჩვენებელი, სამედიცინო შეცდომების რაოდენობა, რეფერალის საჭიროების სიხშირე და სხვა. აღნიშნული სამოქმედო გეგმის მიზნად განსაზღვრულია მოსახლეობის მიერ, მათივე გადასახადებით დაფინანსებული სამედიცინო დაწესებულებებისგან მიიღონ „გარანტირებულად მაღალი ხარისხის“ სამედიცინო მომსახურება. (180), (26), (29), (248)
- 2022 წლის ბოლომდე იგეგმება „წამლის ხარისხის ეროვნული ლაბორატორიის“ ამოქმედება, რომლის მიზანსაც წარმოადგენს „მედიკამენტებით უზრუნველყოფისა და ფალსიფიკაციის რისკების შემცირება“. ასევე, 2022 წლიდან, „ფარმაცევტული საწარმოებისა და

დისტრიბუტორებისთვის სავალდებულო ხდება GMP და GDP სტანდარტების დაცვა.“ (180), (26)

➤ 2022 წლიდან ჯანდაცვის დამატებითი სერვისების დაფინანსება, მათ შორის: საქართველოს ყველა მოქალაქისთვის ღვიძლისა და ზურგის ტვინის ტრანსპლანტაცია; სისხლში გლუკოზის უწყვეტი მონიტორინგის სისტემები დიაბეტით დაავადებული ბავშვებისთვის; ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის დაფინანსების გაზრდა 6 000 000 ლარით; დიალიზისა და თირკმლის ტრანსპლანტაციის პროგრამის ბიუჯეტის გაზრდა 12 859 000 ლარით; სპინალური ამოტროფიის სამკურნალო მედიკამენტით უზრუნველყოფის კომპონენტის ამოქმედება. (180), (26)

➤ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის ხარისხის უზრუნველყოფის გაგრძელება მომსახურების სტანდარტიზაციის, საერთაშორისო სტანდარტიზაციის (KTQ, ISO, JCI) მექანიზმზე ეტაპობრივი გადასვლის, საკანონმდებლო ცვლილებებისა და საბოლოოდ სელექტიური კონტრაქტირების უზრუნველყოფის გზით. (180), (26)

„ევროპული სახელმწიფოს მშენებლობისთვის“ 2021-2024 წლების სამთავრობო პროგრამის (24) თანახმად, ქვეყნის პრიორიტეტს წარმოადგენს „ხარისხიანი და საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი, სოციალური სამართლიანობის პრინციპზე დაფუძნებული“ ჯანდაცვის სისტემის შენარჩუნება და განვითარება. 2021-2024 წლებში პროგრამით გათვალისწინებულია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საშუალებით მოქალაქეთა „სამედიცინო მომსახურებით უნივერსალური მოცვა“;
- მიზნობრივი ჯგუფების ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, მედიკამენტებისა და ბენეფიციართა სიის გაფართოება;
- ონკოლოგიური დაავადებების სამკურნალო ეფექტიანი და თანამედროვე მეთოდების დანერგვა;
- მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა პრიორიტეტულ სფეროებში და პროგრამების საბიუჯეტო დაფინანსების გაზრდა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის გაგრძელება, საოჯახო საცხოვრისებისა და თავშესაფრების სერვისების გაფართოება, სერვისის მიმწოდებელი პერსონალის გადამზადება;
- სახელმწიფოს საკუთრებაში არსებული სტაციონარული დაწესებულებების მშენებლობა-რეაბილიტაცია და აღჭურვა;
- პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში „ციფრული ტექნოლოგიების და ტელემედიცინის დანერგვის ღონისძიებების“ განხორციელება.

- დაავადებების გართულების თავიდან ასაცილებლად, ადრეული დიაგნოსტიკის პრიორიტეტულობა და პრევენციული ღონისძიებების გაძლიერება;
- „ეფექტიანობისა და ხარისხის გაზრდის მიზნით“, ერთიანი სატარიფო პოლიტიკის გატარება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში;
- სამედიცინო სერვისების ასანაზღაურებლად „დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის (DRG)“ დანერგვა და პროვაიდერთა სელექტიური კონტრაქტირება „ხარისხის სტანდარტების, ხელმისაწვდომობის, უტილიზაციის მაჩვენებლისა და დაფინანსების ახალი მეთოდების გათვალისწინებით“;
- ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, ნებაყოფლობითი საერთაშორისო აკრედიტაციის მექანიზმის შემუშავების პროცესის დაწყება;
- ფარმაცევტული სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ბაზის ევროკავშირის კანონმდებლობასთან ჰარმონიზაციის უზრუნველყოფა. „სამკურნალო საშუალებების შექმნის, სტანდარტიზაციის, ხარისხის, უსაფრთხოებისა და ეფექტიანობის თანამედროვე მიდგომების“ დანერგვა;
- დიპლომისშემდგომი და უწყვეტი პროფესიული განათლების გაუმჯობესების მიზნით, სამედიცინო განათლების სისტემური რეფორმის განხორციელება. უწყვეტი სამედიცინო განათლების სავალდებულო სისტემის ეტაპობრივად შემოღება და დარგობრივი ასოციაციებისა და პროფესიული ორგანიზაციების აღიარების ეფექტიანი მექანიზმის ასამოქმედებლად შესაბამისი ღონისძიებების განხორციელება. (24)

ჯანმრთელობის დაცვის 2022-2030 წლების სტრატეგია, (29), (248) ძირითადად ეფუძნება 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციას (230), „ევროპული სახელმწიფოს მშენებლობისთვის“ სახელმწიფო პროგრამასა და სხვა ეროვნული პოლიტიკის ჩარჩო დოკუმენტებს. (24) სტრატეგია მოიცავს 7 ძირითად პრიორიტეტულ მიმართულებას - სტრატეგიულ მიზნებს. (ცხრილი 197)

ჯანმრთელობის დაცვის 2022-2030 წლების სტრატეგიის დოკუმენტის, რესურსების გეგმის ნაწილში, სამწლიანი სამოქმედო გეგმის განხორციელებისთვის განსაზღვრული ბიუჯეტი შეადგენს 43,5 მილიონ ლარს, სადაც სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯი - 13,5 მილიონია, გარე დაფინანსება და სხვა სახელმწიფო რესურსებიდან გამოყოფილი თანხები 11,9 მილიონი ლარია, დანაკლისს კი წარმოადგენს 18,2 მილიონი ლარი. სტრატეგიის შუალედური შეფასების პერიოდად განსაზღვრულია 2026 წელი, საბოლოო შეფასებისთვის კი არაუგვიანეს 2031 წლის პირველი ნახევარი. (29), (248)

2014-2020 წლის ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სახელმწიფო კონცეფცია პრიორიტეტული მიმართულებები:	ჯანმრთელობის დაცვის 2022-2030 წლების სტრატეგია პრიორიტეტული მიმართულებები:
<ol style="list-style-type: none"> 1. მულტისექტორული მიდგომა - ჯანმრთელობა ყველა პოლიტიკაში; 2. ჯანდაცვის სექტორის მმართველობის განვითარება; 3. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის განვითარება; 4. ჯანდაცვის სფეროში ადამიანური რესურსების განვითარება; 5. საინფორმაციო სისტემების განვითარება; 6. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა; 7. პრიორიტეტული გადამდები დაავადებების პრევენციის და მართვის გაუმჯობესება; 8. პრიორიტეტული არაგადამდები დაავადებების პრევენციის და კონტროლის გაუმჯობესება; 9. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემების განვითარება 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ჯანდაცვის სექტორის მართვის გაუმჯობესება; 2. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის სამართლიანობისა და ეფექტიანობის გაუმჯობესება; 3. ჯანდაცვის სექტორში ადამიანური რესურსების განვითარება; 4. მაღალი ხარისხის, ეფექტიან და უსაფრთხო მედიკამენტებსა და სამედიცინო დანიშნულების პროდუქციაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა; 5. ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემის გაძლიერება; 6. ჯანდაცვის სერვისების გაძლიერება და ხარისხის გაუმჯობესება; 7. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საფრთხეებისადმი მზადყოფნისა და რეაგირების გასაუმჯობესებლად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება.
<p><i>წყარო:</i> მთავრობის დადგენილება №724, 26.12.2014. (230)</p>	<p><i>წყარო:</i> მთავრობის დადგენილება №230 (248) სტრატეგია 2022-2030 (29)</p>

1.3.5. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის რეგიონული თავისებურებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

1.3.5.1. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მმართველობითი სტრუქტურა

ავტონომიური რესპუბლიკა - თვისებრივი განმარტების შესაბამისად, წარმოადგენს სახელმწიფოებრივ წარმონაქმნს, „რომელსაც გააჩნია ტერიტორია, კონსტიტუცია და კანონმდებლობა, ხელისუფლებისა და მმართველობის უმაღლესი ორგანოები, სასამართლო

და სახელმწიფოებრიობის სხვა ატრიბუტიკა. ამავდროულად იგი არ არის დამოუკიდებელი სახელმწიფო.“ (16)

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა არის საქართველოს განუყოფელი ტერიტორიული ერთეული, სადაც სახელმწიფო ხელისუფლება ხორციელდება საქართველოს კონსტიტუციის ფუძემდებლური პრინციპებით, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კონსტიტუციითა და აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის შესახებ საქართველოს კონსტიტუციური კანონის მიხედვით. (276), (274), (287), (277)

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ძირითადი კანონია აჭარის ა.რ. კონსტიტუცია. (274) „საქართველოს კონსტიტუციური კანონი აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის შესახებ“ განსაზღვრავს აჭარის ა.რ. სამართლებრივ სტატუსს, ხელისუფლების განხორციელების ძირითად ფორმებსა და პრინციპებს, უფლებამოსილებებსა და მათი განხორციელების წესს და სხვა, აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკასთან დაკავშირებულ საკითხებს. (276)

აჭარის ა.რ. მთავრობას შეუძლია განახორციელოს ნებისმიერი უფლებამოსილება, თუ ის საქართველოს კანონმდებლობით არ გამოირიცხება აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის უფლებამოსილებიდან, არ მიეკუთვნება სახელმწიფო ხელისუფლების განსაკუთრებულ ან ადგილობრივი თვითმმართველობის ექსკლუზიურ უფლებამოსილებებს. (216)

აჭარის ა.რ. უმაღლესი ხელისუფლების ორგანოებია აჭარის ა.რ. უმაღლესი საბჭო, აჭარის ა.რ. მთავრობა, აჭარის ა.რ. სამინისტროები, აჭარის ა.რ. სამინისტროს საქვეუწყებო დაწესებულებები. და აჭარის ა.რ. უმაღლესი საარჩევნო კომისია. გარდა ამისა, აჭარის ტერიტორიაზე მოქმედებს საქართველოს კანონმდებლობით შექმნილი სახელმწიფო ხელისუფლებისა და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები. (274)

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის უმაღლესი წარმომადგენლობითი ორგანოა აჭარის ა.რ. უმაღლესი საბჭო, ხოლო უმაღლესი აღმასრულებელი ორგანო კი - აჭარის მთავრობა, მთავრობის თავმჯდომარისა და მინისტრების შემადგენლობით. (274), (216)

აჭარის ა.რ. მთავრობა ახორციელებს საქართველოს მთავრობის მიერ დელეგირებულ უფლებამოსილებებს, განსაზღვრავს აჭარის ა.რ. აღმასრულებელი ხელისუფლების საქმიანობის ძირითად მიმართულებებს, ამტკიცებს სამინისტროებისა და საქვეუწყებო დაწესებულებების დებულებებს, კოორდინაციას უწევს და აკონტროლებს მათ საქმიანობას და სხვა. (274), (216) აჭარის მთავრობა ანგარიშვალდებულია საქართველოს პრეზიდენტის, საქართველოს მთავრობისა და აჭარის ა.რ. უმაღლესი საბჭოს წინაშე. (216)

აჭარის მთავრობა საქმიანობას ახორციელებს სამინისტროებისა და სამინისტროთა მმართველობის სფეროში შემავალი საქვეუწყებო დაწესებულებების მეშვეობით. (276) აჭარის ა.რ. მთავრობის დაქვემდებარებაში შედის ოთხი სამინისტრო:

- ფინანსთა და ეკონომიკის სამინისტრო;
- ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო;
- განათლების, კულტურის და სპორტის სამინისტრო;
- სოფლის მეურნეობის სამინისტრო. (276), (216)

აჭარის ა.რ. თითოეული სამინისტრო ექვემდებარება და ანგარიშვალდებულია აჭარის მთავრობის წინაშე. თითოეულ სამინისტროს მმართველობითი სფერო განისაზღვრება სახელმძღვანელო დებულებით, საქმიანობა კი ეფუძნება ერთმმართველობის პრინციპს. სამინისტროთა დაფინანსება ხორციელდება ავტონომიური რესპუბლიკის ბიუჯეტიდან და ისინი ანგარიშვალდებულნი არიან საბიუჯეტო სახსრების მიზნობრივ გამოყენებაზე. (216)

აჭარის ა.რ. სამინისტროების საქმიანობის სფერო და ამოცანები, ხელმძღვანელობის ორგანიზება და უფლება-მოვალეობები, სისტემა, სტრუქტურა, ქვედანაყოფების ძირითად ამოცანები, კომპეტენციები და სხვა მნიშვნელოვანი საკითხები განისაზღვრება ინდივიდუალური დებულებებით. (216)

1.3.5.2. აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ფუნქციები და უფლება-მოვალეობები

აჭარის ა.რ. მთავრობა და მათ შორის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, შედის საქართველოს აღმასრულებელი ხელისუფლების ორგანოთა სისტემაში. სამინისტრო ასრულებს კანონმდებლობითა და სამინისტროს დებულებით გათვალისწინებულ ფუნქცია-ამოცანებს. სამინისტროს საქმიანობა დაფუძნებულია ერთმმართველობის პრინციპზე და ანგარიშვალდებულია აჭარის ა.რ. მთავრობის წინაშე. სამინისტრო ფინანსდება ა.რ. რესპუბლიკური ბიუჯეტიდან. (216), (214)

აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს სისტემის შემადგენლობაში შედის სამინისტროს ცენტრალური აპარატის სტრუქტურული ქვედანაყოფები (10 დეპარტამენტი, 5 განყოფილება) და სამინისტროს კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ-ები: - აჭარის ა/რ დასაქმების სააგენტო და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი. სტრუქტურული ქვედანაყოფები და კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ-ები იერარქიულად უშუალოდ მინისტრის ან მინისტრის მოადგილეების დაქვემდებარებაშია. (214), (178), (215)

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროსთან დაკავშირებით, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროსთვის დაკისრებული ფუნქცია-ამოცანებია:

- საქართველოს ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელება;
- აჭარის ა.რ. ტერიტორიაზე „სამედიცინო დახმარების“ ერთიანი წესების, პირობების და ნორმატივების დანერგვისა და გამოყენების ხელშეწყობა;
- პრიორიტეტული ღონისძიებები შემუშავება;
- კანონმდებლობის შესაბამისად, სამინისტროს შემავალი დაწესებულებების ზედამხედველობა და კოორდინაცია, მათ შორის მართვის უფლებით გადაცემულ სამედიცინო დაწესებულებებში პარტნიორის უფლებამოსილების განხორციელება;
- სამედიცინო დაწესებულებების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განმტკიცებისა და განვითარების ხელშეწყობა;
- აჭარის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლა და პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება;
- გადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობა და კონტროლი, ეპიდაფეთქებებისა და ეპიდემიების მიზეზების დადგენა, ეპიდსაწინააღმდეგო და პრევენციული ღონისძიებების განხორციელება;
- იმუნოპროფილაქტიკის დაგეგმვა, ლოჯისტიკური უზრუნველყოფა და განხორციელების ზედამხედველობა;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებების განხორციელებაში მონაწილეობა;
- კომპეტენციის ფარგლებში სამედიცინო სტატისტიკის წარმოება, სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვება და ანალიზი;
- ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის, სამედიცინო-პროფილაქტიკური პროგრამების შემუშავება, მართვა, განხორციელება და კონტროლი;
- სახელმწიფო სოციალური, კერძო, ნებაყოფლობითი და სამედიცინო დაზღვევის სხვა ფორმების განვითარების ხელშეწყობა;
- საინფორმაციო არხების საშუალებით, მოსახლეობის დროული ინფორმირება და კონსულტირება ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში არსებული კანონებით, კანონქვემდებარე აქტებით დაწესებულ შეღავათებსა და სოციალური დაცვის სხვა გარანტიებთან დაკავშირებით;
- ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამებით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების განხორციელება „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონით ან ვაუჩერის საშუალებით და სხვა, საქართველოსა და ავტონომიური რესპუბლიკის

საკანონმდებლო თუ კანონქვემდებარე აქტებით დაკისრებული ფუნქცია-ამოცანების შესრულება; (214)

ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს კომპეტენციებს მიეკუთვნება:

- სამინისტროს პროგრამების პროექტების შემუშავება, ასევე ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში არსებული ვითარებისა და მისი გაუმჯობესების ღონისძიებათა შესახებ საკითხების მომზადება და მთავრობის სხდომაზე წარდგენა;
- სხვადასხვა საკითხთა განხილვა-გადაწყვეტის მიზნით სათათბირო ორგანოების (კომისია, საბჭო) შექმნა;
- სამინისტროს სისტემაში შემავალი დაწესებულებების საქმიანობის კოორდინაცია და კონტროლი; მათი შექმნის, რეორგანიზაციისა და ლიკვიდაციის შესახებ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობისთვის წინადადებების წარდგენა.
- მოქალაქეთა განცხადებების, საჩივრების, წინადადებების განხილვა და კანონმდებლობით გათვალისწინებული ღონისძიებების დროული მიღება
- კანონმდებლობით მინიჭებული სხვა უფლებამოსილებების განხორციელება. (214)

საქართველოს პრეზიდენტის 2003 წლის №472 ბრძანებულებით, ა.რ. აღმასრულებელ ხელისუფლებას მიენიჭა „ლიცენზიისა და ნებართვის გაცემის უფლებამოსილება“ იმ დაწესებულებებისთვის, რომლებიც რეგისტრირებულნი არიან და ლიცენზია-ნებართვას დაქვემდებარებულ საქმიანობას ახორციელებენ აჭარის ა.რ. ტერიტორიაზე. (284) პრეზიდენტის ბრძანებულების საფუძველზე, საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის №310/ნ ბრძანებით (04/12/2003) განისაზღვრა აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ლიცენზია-ნებართვების გაცემის წესი. (311) აღნიშნული ნორმატიული დოკუმენტები გაუქმდა განსაზღვრული უფლებამოსილების აღსრულების გარეშე: პრეზიდენტის ბრძანებულება გაუქმდა ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ კანონის 2005 წლის რედაქციის საფუძველზე (№1775). (271), ხოლო საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის №310/ნ ბრძანება მინისტრის 2012 წლის №01-34/ნ ინდივიდუალური სამართლებრივი აქტით. (310)

აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებული ცენტრალური აპარატის სტრუქტურული ქვედანაყოფებიდან, ჯანდაცვის მიმართულებით საქმიანობას ახორციელებს აჭარის ა.რ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვისა და სამედიცინო მედიაციის დეპარტამენტები, პროგრამების მონიტორინგისა და პროგრამების მართვისა და სამედიცინო მომსახურების განყოფილებები. (214), (178), (215)

სამინისტროს სტრუქტურული ქვედანაყოფების სახელმძღვანელო დებულებებს განსაზღვრავს და ამტკიცებს აჭარის ჯანდაცვის მინისტრი. (214) აჭარის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის მმართველობის სფერო, უფლება-მოვალეობები და საქმიანობის ძირითადი მიმართულებები კი განისაზღვრება აჭარის მთავრობის დადგენილებით დამტკიცებული დებულებით. (215), (216), (214)

ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი

აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს სტრუქტურის თანახმად, ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი, პროგრამების მონიტორინგის და პროგრამების მართვის და სამედიცინო მომსახურების განყოფილებები, მინისტრის პირველი მოადგილის დაქვემდებარებაშია. (178) ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის ამოცანებია:

- კომპეტენციის შესაბამისად, ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავებასა და განხორციელებაში მონაწილეობა;
- სამინისტროს სხვა სტრუქტურულ ერთეულებთან ერთად ჯანდაცვის პროგრამების, ასევე პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების შესრულების, აღრიცხვის, ანგარიშგებისა და ანაზღაურების წესის პროექტების შემუშავება;
- ჯანდაცვის პროგრამების მართვა და შედეგების მონიტორინგი;
- სამინისტროს პროგრამების განხორციელების კონტროლი;
- ჯანდაცვის პროგრამებით გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურების ვაუჩერის ფორმის, გაცემისა და გამოყენების წესის პროექტის მომზადება;
- სამინისტროს სისტემაში შემავალი დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილი პროგრამების განხილვა და ანალიზი;
- კომპეტენციის შესაბამისად, აჭარის ტერიტორიაზე არსებული სამედიცინო დაწესებულებებისთვის სამედიცინო მომსახურების შიდა სტანდარტების შემუშავებაში მეთოდური დახმარება;
- ჯანდაცვის პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრა და მათ განსახორციელებლად შესაბამისი ღონისძიებების გატარება;
- აჭარის ტერიტორიაზე ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელების ხელშეწყობა;
- ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე რეფორმების პროცესში მონაწილეობა;
- სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის საფუძველზე ჯანდაცვის პროგრამების პერიოდული კორექტირება და შესაბამისი წინადადებების წარდგენა სამინისტროს ხელმძღვანელობისთვის;

- ჯანდაცვის საკითხებთან დაკავშირებით დაინტერესებულ საჯარო და კერძო დაწესებულებებთან თანამშრომლობა, შესაბამისი პროექტების მომზადება და განხორციელების ხელშეწყობა;
- კომპეტენციის შესაბამისად შემოსული კორესპონდენციის განხილვა დადგენილი წესის შესაბამისად და სხვა, კანონმდებლობით განსაზღვრული უფლება მოვალეობების განხორციელება. (214)

აჭარის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი

აჭარის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი შედის აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს სისტემაში და ანგარიშვალდებულია მის წინაშე. ცენტრის მიზანია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელება, მათ შორის აჭარის ტერიტორიაზე ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის უზრუნველყოფა, საინფორმაციო სისტემის ფუნქციონირება, დაავადებათა კონტროლი და პრევენცია. (215)

აჭარის მთავრობის დადგენილებით დამტკიცებული დებულების თანახმად, აჭარის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციებს მიეკუთვნება:

- საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიმართულებით მიზნობრივი პროგრამების, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფო თუ ადგილობრივი ღონისძიებების განხორციელება და კომპეტენციის ფარგლებში მონიტორინგი;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მონიტორინგი და ანალიზი;
- სამედიცინო სტატისტიკის წარმოება, სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვება და ანალიზი;
- ლაბორატორიული საქმიანობა;
- ბიოლოგიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფაში მონაწილეობა;
- კომპეტენციის შესაბამისად ეპიდემიოლოგიური სტანდარტების, ჰიგიენური ნორმებისა და სტანდარტების შემუშავებაში მონაწილეობა;
- საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით ორგანიზაციებისა და საზოგადოებისთვის ინფორმაციისა და რეკომენდაციების მიწოდება და სხვა კანონმდებლობით გათვალისწინებული საქმიანობები. (215)

სამედიცინო მედიაციის დეპარტამენტი

სამედიცინო მედიაციის დეპარტამენტის ამოცანებს მიეკუთვნება:

- ჯანმრთელობისა და სოციალური უფლებების დარღვევებთან დაკავშირებით საჩივრების განხილვა და რეაგირება;

- აჭარის ტერიტორიაზე, სახელმწიფო ადგილობრივი ან აჭარის ა.რ. ბიუჯეტიდან სამედიცინო მომსახურების/ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამების განხორციელების ხელშეწყობა და, ამ პროგრამების ფარგლებში პაციენტს, სადაზღვევო ორგანიზაციასა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს შორის დავების განხილვა, მედიატორის ფუნქციის შესრულება, ნებისმიერი მხარისთვის კეთილსინდისიერი, მიუკერძოებელი და დასაბუთებული რეკომენდაციების გაცემა;
- აჭარის ტერიტორიაზე სამედიცინო დაწესებულებებში კონფლიქტების არსებობის შემთხვევაში მედიატორის ფუნქციის შესრულება და რეკომენდაციების შემუშავება;
- პაციენტებისა და სამედიცინო პერსონალის უფლებების დაცვის ხელშეწყობა და რეკომენდაციების გაცემა;
- საჯარო და კერძო დაწესებულებებთან თანამშრომლობა ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებით. საზოგადოების ინფორმირება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში არსებულ შეღავათებთან და პრივილეგიებთან და სხვა. (215)

თავი II მეთოდოლოგია, კვლევის აღწერა და შედეგები

2.1. კვლევის მეთოდოლოგია და კვლევის აღწერა

კვლევის პროცესში გამოყენებულია საქართველოს ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ბაზა, საქართველოსა და აჭარის ა.რ. მთავრობების დადგენილებები, სამთავრობო კომისიის მასალები, საქართველოს ჯანდაცვისა და აჭარის ა.რ. ჯანდაცვის სამინისტროების ბრძანებები და სხვა ნორმატიული დოკუმენტები.

ინფორმაციის ძიების პროცესში შესწავლილი და დამუშავებულია როგორც ინტერნეტ-წყაროებით მოძიებული მასალა, ასევე სხვადასხვა ავტორის წიგნები, მონოგრაფიები, სამეცნიერო და კვლევითი ნაშრომები, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პუბლიკაციები და რეკომენდაციები, სხვადასხვა ქვეყნების (განვითარებული ქვეყნები) ჯანდაცვის პოლიტიკის, ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების, მართვის ფორმებისა და მიდგომების ამსახველი მასალა. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, რეგულირებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების საკითხებთან დაკავშირებით, შესწავლილია წარმატებული ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების შესახებ არსებული მონაცემები. დამუშავებული მასალის საფუძველზე გაკეთებულია ლიტერატურის ინფორმაციული მიმოხილვა.

სპეციალურად შემუშავებული კითხვარების საშუალებით განხორციელდა სოციოლოგიური კვლევა, კერძოდ, გამოიკითხა აჭარის რეგიონში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი, ხოლო სიღრმისეული ინტერვიუს საშუალებით შესწავლილია დარგის ექსპერტთა აზრი.

მოკვლევული მეცნიერული მასალისა და განხორციელებული რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევის შედეგების შესწავლა-დამუშავებისათვის, გამოყენებულია კვლევის როგორც ზოგადი, ისე სპეციალური მეთოდები: ანალიზის, სინთეზის, დედუქციის, ინდუქციის, აღწერითი ისტორიული, სისტემური, სტრუქტურულ-ფუნქციური, შედარებით-სამართლებრივი, ფორმალურ-იურიდიული, შემთხვევა-კონტროლის, სტატისტიკური (კორელაციური და რაოდენობრივი ანალიზი) და სოციოლოგიური მეთოდები.

2.1.1. კვლევის ზოგადი მეთოდები

ანალიზი-სინთეზი - ანალიზის მეთოდის საშუალებით მოხდა კვლევის ობიექტის - სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის სისტემის დანაწევრება და ერთეულების, რაც შეიძლება, დეტალური შესწავლა; ხოლო სინთეზის მეთოდის საშუალებით ანალიზის შედეგად მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე,

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სისტემისა და მისი პროცესები განხილვა მთლიანობაში.

ინდუქცია-დედუქციის მეთოდის გამოყენებით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის სისტემა განხილულია ცალკე, როგორც ჯანდაცვის პოლიტიკის მნიშვნელოვანი ელემენტი (ქვესისტემა), შემდეგ კი მოხდა მისი განზოგადება მთლიანად ჯანდაცვის სფეროზე. ასევე, არსებულ საკანონმდებლო და სამეცნიერო ბაზაში არსებული დებულებები შესწავლილია ცალ-ცალკე, მიღებული შედეგების განსჯის საფუძველზე კი ინდუქციის საშუალებით შესაძლებელი გახდა სისტემის ზეგავლენის განსაზღვრა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. მიღებული მონაცემების შეჯერების საშუალებით, შესაძლებელი გახდა არსებული თეორიების დადასტურება ან უარყოფა.

აღწერითი ისტორიული მეთოდის გამოყენებით განხილულია სხვადასხვა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით გატარებული ჯანდაცვის რეფორმების ისტორიული ასპექტები, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვისა და ხარისხის ინდიკატორების ჩამოყალიბების ისტორიული მოდელები, საქართველოში ჯანდაცვის სფეროში გატარებული რეფორმებისა და ჯანდაცვის, როგორც სისტემის განვითარების ტენდენციები ქვეყნის დამოუკიდებლობის მოპოვებიდან დღემდე. შესწავლილია დადებითი და უარყოფითი მოვლენების გენეზისი, რომლებიც თან სდევდნენ ჯანდაცვის პოლიტიკის ჩამოყალიბებისა და ისტორიული განვითარების ძირითად ეტაპებს. ამ მეთოდის გამოყენებით, შესაძლებელი გახდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის შემდგომი განვითარების ტენდენციების პროგნოზირება, როგორც ეროვნულ, ისე რეგიონულ ჭრილში.

სისტემური კვლევის მეთოდის ჩარჩოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სისტემა განხილულია, როგორც ჯანდაცვის პოლიტიკის მნიშვნელოვანი ელემენტი (ქვესისტემა). მოხდა ამ სისტემის დეტალური განხილვა და მისი შემადგენელი ელემენტების (ქვესისტემების) შესწავლა. ამასთან, იგი როგორც ცალკეული სისტემა, განხილულია სხვა სისტემებთან (სოციალური, პოლიტიკური, ეკონომიკური და სხვა) ერთიანობაში. კვლევის დროს გამოყენებულია მთლიანობისა და სტრუქტურირების პრინციპები:

➤ **მთლიანობის პრინციპის** საშუალებით ერთდროულად განხილულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სისტემა, როგორც ერთი მთლიანობა და ამავდროულად, როგორც ქვესისტემა სახელმწიფო მართვის ვერტიკალურ და ჰორიზონტალურ ქვესისტემებთან მიმართებით;

➤ **სტრუქტურიზაციის პრინციპის** საშუალებით მოხდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სისტემის ელემენტების განხილვა ცალკე სტრუქტურების სახით და გაანალიზდა მათი ურთიერთკავშირი კონკრეტულ, ჯანდაცვის სახელმწიფო ორგანიზაციულ სტრუქტურებთან მიმართებით. ამასთან, შესაძლებელი გახდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის ფუნქციონირების პროცესში, მისი ცალკეული ელემენტების თვისებებისა და თავად სტრუქტურის თავისებურებების როლის განსაზღვრა.

სტრუქტურულ-ფუნქციური კვლევის მეთოდის საშუალებით ჯანმრთელობის დაცვის მარეგულირებელი სისტემა განხილულია მისი სტრუქტურულ-ფუნქციური შესაძლებლობების თვალსაზრისით, რის საფუძველზეც მოხდა არსებული ჯანდაცვის სახელმწიფო სტრუქტურების შესაბამისობის შესწავლა თანამედროვე ფუნქციურ გამოწვევებსა და მოთხოვნებთან.

შედარებით-სამართლებრივი მეთოდის საშუალებით მოხდა ეროვნული და საზღვარგარეთის ქვეყნების (განვითარებული) ჯანდაცვის პოლიტიკისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემების ფორმირებისა და განვითარების ასპექტების საერთო და განსხვავებული მხარეების ანალიზი, რის საფუძველზეც შესაძლებელი გახდა მათი დადებითი და უარყოფითი მახასიათებლების გამოვლენა.

ფორმალურ-იურიდიული მეთოდის გამოყენებით, განხორციელდა კვლევის საგანთან დაკავშირებული ცნებების განსაზღვრა, მათ ახლებური ინტერპრეტირება და გამოყენებითი თვალსაზრისით კლასიფიცირება.

2.1.2. სოციოლოგიური კვლევის შერეული მეთოდი - რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევა

კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის ძირითად მიზანს წარმოადგენდა სამედიცინო საქმიანობის აკრედიტაციის სისტემების, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების, პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის, ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო პოლიტიკისა და რეგულაციების საკითხებზე ჯანდაცვის პერსონალის გათვითცნობიერებულობის, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში მათი ჩართულობისა და აღნიშნულთან დაკავშირებით მათი დამოკიდებულების შესწავლა.

კვლევის ძირითადი მიზნიდან გამომდინარე, განისაზღვრა შემდეგი ამოცანები:

- სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობის დონის შესწავლა სამედიცინო საქმიანობის მარეგულირებელ-ნორმატიულ ჩარჩოსთან დაკავშირებით (სამსახურეობრივი პოზიციის, საქმიანობის სფეროს და სამუშაო ადგილის მიხედვით);
- სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობის დონის შესწავლა სამედიცინო დაწესებულებების მარეგულირებელ და აკრედიტაციის სისტემებთან დაკავშირებით (სამსახურეობრივი პოზიციის, საქმიანობის სფეროს და სამუშაო ადგილის მიხედვით);
- აკრედიტაციის სისტემებთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობის დონის და აკრედიტაციის სისტემების მიმართ მათი დამოკიდებულების შესწავლა; (სამსახურეობრივი პოზიციის, საქმიანობის სფეროს და სამუშაო ადგილის მიხედვით);
- სახელმწიფო სტანდარტების, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე მათ ზეგავლენასთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულების შესწავლა (სამსახურეობრივი პოზიციის, საქმიანობის სფეროს და სამუშაო ადგილის მიხედვით);
- სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობის დონის შესწავლა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის საკითხებთან დაკავშირებით (სამსახურეობრივი პოზიციის, საქმიანობის სფეროს და სამუშაო ადგილის მიხედვით);
- სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის დონის შესწავლა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში (სამსახურეობრივი პოზიციის, საქმიანობის სფეროს და სამუშაო ადგილის მიხედვით);
- სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულების შესწავლა ქვეყანაში არსებულ სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე (სამსახურეობრივი პოზიციის, საქმიანობის სფეროს და სამუშაო ადგილის მიხედვით);
- სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულების შესწავლა საქართველოში, სამედიცინო მომსახურების თანამედროვე მოთხოვნებთან შესაბამისობასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით;
- სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულების შესწავლა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირების საჭიროებასთან დაკავშირებით (სამსახურეობრივი პოზიციის, საქმიანობის სფეროს და სამუშაო ადგილის მიხედვით);
- სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულების შესწავლა უწყვეტი პროფესიული განვითარების უზრუნველყოფის ვალდებულებასთან დაკავშირებით (სამსახურეობრივი პოზიციის, საქმიანობის სფეროს და სამუშაო ადგილის მიხედვით);

➤ სამედიცინო პერსონალის მზაობის შესწავლა ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში ჩართულობასთან დაკავშირებით (სამუშაო პოზიციის, საქმიანობის სფეროს, სამუშაო ადგილისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის მიხედვით).

კვლევის ჰიპოთეზები:

- სამედიცინო პერსონალი ნაკლებადაა ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში;
- სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და რეგულაციის საკითხებთან დაკავშირებით განსხვავებულია იერარქიული დონეების მიხედვით.

კვლევის მეთოდოლოგია:

შერჩევის ჩარჩო - საქართველოში, სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული ჯანდაცვის პერსონალი.

კვლევის ობიექტი (სამიზნე პოპულაცია) - აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე მოქმედ სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი.

შერჩევის სტრუქტურა - მოცემული კვლევის დიზაინისთვის, შერჩევის სტრუქტურას (შერჩევის ბაზას) წარმოადგენდა საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის 2020 წლის მონაცემები (190) და საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან გამოთხოვილი სტატისტიკური ინფორმაცია (საჯარო ინფორმაცია დასაქმებული მედ პერსონალის რაოდენობის შესახებ). (დანართი 1, 2, 3), (ცხრილი 198)

ცხრილი 198 - სტატისტიკური ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული ჯანდაცვის პერსონალის თაობაზე

ჯანდაცვის პერსონალი	აჭარა	საქართველო
ექიმები, უმაღლესი განათლების სამედიცინო პერსონალი	1 824	25 429
ექთნები, საშუალო სამედიცინო პერსონალი	2 204	22 126
უმცროსი ექიმები	592	6 512
არასამედიცინო პერსონალი	1 633	19 815
სულ:	6 253	73 882
<i>წყარო: სსიპ „დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“</i>		

შეფასებითი მაჩვენებლების სიზუსტე - შერჩევის მოცულობის გამოთვლამდე, განისაზღვრა მოსაპოვებელი ინფორმაციის სასურველი სიზუსტის ხარისხი: სანდოობის დონე 99% და ცდომილების ზღვარი 5%.

შერჩევის დიზაინი - გენერალური ერთობლიობის რეპრეზენტატული ნაწილის აუცილებელი რიცხვის გამოსათვლელად გამოყენებულ იქნა ფორმულა:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times (1 - p)}{e^2} \left[\frac{1 + \left(\frac{Z^2 \times p \times (1 - p)}{e^2 \times N} \right)}{1} \right]$$

სადაც:

Z – Z-მნიშვნელობა ($\alpha = 99 \% = 2,576$)

α - სანდოობის დონე

p - პროპორცია (გამოხატული დეციმალში)

N - გენერალური ერთობლიობა

e - დასაშვები ცდომილება

კვლევის დაგეგმვის ეტაპზე, კითხვარში გამოყენებულ ყველა ცვლადთან დაკავშირებით არ არსებობდა სავარაუდო ზუსტი მონაცემი; გარდა ამისა, არ მოიპოვებოდა ზუსტი (დადასტურებული) სტატისტიკური მაჩვენებელი გენერალური ერთობლიობის რაოდენობასთან დაკავშირებით, აქედან გამომდინარე, მაღალი სანდოობის უზრუნველსაყოფად, პოპულაციის პროპორციის პირობით მაჩვენებლად აღებულ იქნა 50 % (0,5). (ცხრილი 199)

ცხრილი 199 - შერჩევითი ერთობლიობა

პოპულაციის ზომა (N)	სანდოობის დონე (α)	დასაშვები ცდომილება (e)	პროპორცია (p)	Z-score	შერჩევის მოცულობა	გამოკითხული
54067	99%	5% (0,05)	50% (0,5)	2,576	656	1001

შერჩევის ტიპი:

რესპონდენტთა შერჩევა მოხდა ალბათური შერჩევის (Probability Sampling) სტრატეგიცირებული ტიპის გამოყენებით (Stratified Sampling). სტრატის მოცულობა განისაზღვრა პროპორციული გადანაწილებით. ამ მიდგომით, თითოეული სტრატის მოცულობა სტრატის გენერალური ერთობლიობის პირდაპირ პროპორციულია, რაც გულისხმობს, რომ თითოეულ შერჩეულ სტრატას აქვს შერჩევის იდენტური პროპორცია.

პროპორციული სტრატეგიცირებული შემთხვევითი შერჩევითვის გამოყენებულია ფორმულა:

$$n_h = \left(\frac{N_h}{N} \right) \times n$$

n_h – სტრატის შერჩევის მოცულობა;

N_h – პოპულაციის ზომა h სტრატაში;

N – გენერალური ერთობლიობა;

n - შერჩევის ზომა.

შერჩევის დიზაინში გამოიყო 3 სტრატა, მასტრატეგიცირებულ ცვლადებად კი განისაზღვრა:

- ექიმები, უმაღლესი განათლების სამედიცინო პერსონალი;
- ექთნები, საშუალო სამედიცინო პერსონალი;
- უმცროსი ექიმები.

შერჩევითი ერთობლიობის სავალდებულო რიცხვების განსაზღვრისა და სტრატებს შორის არსებული პროპორციების დასაცავად გამოყენებულია „ნიმანის ალოკაციის“ ფორმულა.

$$n = N \times \frac{\frac{Z^2 \times P \times (1 - P)}{e^2}}{\left[N - 1 + \frac{Z^2 \times P \times (1 - P)}{e^2} \right]}$$

სადაც,

N - გენერალური ერთობლიობა;

Z - Z მნიშვნელობა ($\alpha = 99 \% = 2,576$);

P - შერჩევის პროპორცია;

e - ცდომილების ზღვარი.

სტრატების პროპორციული დაყოფისა და სტრატის შერჩევის მოცულობის (ცხრილი 200) განსაზღვრის შემდეგ, მოხდა თითოეული სტრატიდან ელემენტების ამორჩევა შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით. თითოეულ სტრატაში გაერთიანებული ყველა რესპონდენტისთვის კვლევაში მონაწილეობის თანაბარი შანსის უზრუნველსაყოფად, განისაზღვრა შერჩევის ფიქსირებული ინტერვალი - სამედიცინო დაწესებულებაში მომუშავე ყოველი მე-5 სამედიცინო პერსონალი.

კვლევის ინსტრუმენტი:

კვლევის მიზნების შესაბამისად, შემუშავდა რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევის შერეული ინსტრუმენტი - ანკეტირება (ღია და დახურული კითხვები). (დანართი 4) მიუხედავად იმისა, რომ ანკეტირება არ არის საკმარისად მოქნილი პროცედურა, მონაცემთა მოცულობა მისაღებია დაგეგმილი კვლევისთვის.

იქიდან გამომდინარე, რომ კითხვარის შევსებისას, შეკითხვის განმარტებისთვის რესპონდენტი ვერ გამოიყენებს ინტერვიუერი აგენტის დახმარებას, გამორიცხულია ინტერვიუერის მიერ ინფორმაციის მცდარი ინტერპრეტირება.

კვლევის ინსტრუმენტის საბოლოო, სამუშაო ვერსიის ტესტირების მიზნით, ჩატარდა საპილოტე კვლევა. პილოტაჟის ფარგლებში გამოიკითხა 15 ჯანდაცვის პერსონალი (8 ექიმი, 7 ექთანი). საპილოტე კვლევის მიზანი იყო კითხვარის რევიზია და ტექნიკურ-შინაარსობრივი უზუსტობების აღმოჩენა და დახვეწა. პილოტაჟის შედეგების ანალიზის საფუძველზე კითხვარში შევიდა ცვლილებები და შემუშავდა საბოლოო ვერსია:

- კითხვარს დაემატა დეტალური ინსტრუქცია;
- ორაზროვანი პასუხების თავიდან აცილების მიზნით, დაიხურა რამდენიმე კითხვა;
- გამარტივდა და დაკონკრეტდა ზოგიერთი კითხვის პირობა;
- კითხვარს დაემატა შენიშვნებისა და რეკომენდაციების ველი;
- გასწორდა ტექნიკური უზუსტობები და დაიხვეწა კითხვარის ვიზუალური მხარე.

სოციოლოგიური კითხვარი შედგება რამდენიმე თემატური მოდულისგან:

- ზოგადი ინფორმაცია (ასაკი, სქესი, საქმიანობის სფერო და სამსახურეობრივი პოზიცია, სამუშაო ადგილი);
- ჯანდაცვის რეგულაცია და ჯანდაცვის პერსონალის გათვითცნობიერებულობა;
- ჯანდაცვის პერსონალი და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის საკითხებში მათი გათვითცნობიერებულობა;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ჯანდაცვის პერსონალის დამოკიდებულება.

კვლევა ჩატარდა აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში და განხორციელდა წინასწარ გადამზადებული აგენტების მეშვეობით. აგენტების ფუნქცია შეასრულეს ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტის საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა და ჯანდაცვის ფაკულტეტის მე-3, მე-4 და მე-5 კურსის სტუდენტებმა.

კვლევა წარიმართა შესაბამისი ეთიკური პრინციპების დაცვით. რესპონდენტთა გამოკითხვა განხორციელდა ნებაყოფლობით, ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე. თითოეული რესპონდენტი ფლობდა ინფორმაციას კვლევის მიზნებთან დაკავშირებით. კითხვარი იყო ანონიმური და არ მოითხოვდა პერსონალური ინფორმაციის გამჟღავნებას, გარდა კვლევის შედეგების ანალიზისთვის აუცილებელი ცვლადებისა, როგორცაა - ასაკი, სქესი და სამუშაო პოზიცია. კვლევა წარიმართა კონფიდენციალობის პრინციპის სრული დაცვით. კვლევა არის საიმედო და სარწმუნო. შესაძლებელია კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის გადამოწმება, რაც მის სარწმუნოებას განაპირობებს.

მონაცემების სანდოობის უზრუნველყოფის, შეუსაბამო და ურთიერთგამომრიცხავი პასუხების ანუღირების შედეგად, არასაკმარისი შედეგების მიღების თავიდან აცილების მიზნით, გამოიკითხა რესპონდენტთა შერჩევის ზომაზე მეტი რაოდენობა. აქედან გამომდინარე, სამედიცინო დაწესებულებებში კვლევის ჩატარებისთვის აღებულ იქნა შედარებით ხანგრძლივი დროის ინტერვალი, კერძოდ: სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულება - 1 კვირა, ამბულატორია - 2 დღე. გამოკითხვა არ ჩატარებულა სტომატოლოგიურ დაწესებულებებსა და რეაბილიტაციის ცენტრებში.

კვლევის მიმდინარეობის პერიოდი: 2021 წლის 2 მარტიდან 20 აპრილამდე.

მიღებული კვლევის მასალა ცალკეული ბლოკების მიხედვით დამუშავდა და შედეგები შეფასდა სტატისტიკური კრიტერიუმების გამოყენების საფუძველზე. შედეგების დამუშავებისა და ანალიზისთვის გამოყენებული იქნა სტატისტიკური მონაცემების დამუშავების კომპიუტერული პროგრამა - IBM SPSS Statistics 26.

ცხრილი 200 - სტრატების დაყოფა, შერჩევის მოცულობა

	პოპულაციის ზომა (N)	პოპულაციის ზომა რეგიონში	სანდოობის დონე (α)	დასაშვები ცდომილება (e)	პროპორცია (p)	Z-score	შერჩევის მოცულობა	გამოკითხული
ექიმები n₁	25429	1824	99 %	5% (0,05)	50% (0,5)	2,576	259	445
ექთნები n₂	22126	2204					313	415
უმცროსი ექიმები n₃	6512	592					84	141
სულ:							656	1001

კვლევის შეზღუდვა:

სამედიცინო პერსონალის სოციოლოგიური კვლევის შეზღუდვას წარმოადგენს კვლევის ფოკუსი. ვინაიდან კვლევის ჩატარების ადგილად მხოლოდ აჭარის ა.რ. განიხილება, კვლევის ფარგლებს მიღმა რჩება საქართველოს სხვა რეგიონებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი. მიუხედავად ამისა, უნდა აღინიშნოს ავტონომიური რესპუბლიკის თავისებურება, დამოუკიდებელი აღმასრულებელი-მარეგულირებელი რგოლის - აჭარის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს არსებობით, ამასთან რეგიონში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის დიდი ნაწილი დედაქალაქიდან და სხვადასხვა რეგიონიდან მოწვეული სპეციალისტებითაა დაკომპლექტებული. აქედან გამომდინარე, კვლევის შერჩევის დროს გენერალურ ერთობლიობად აღებულ იქნა საქართველოს სრულ ტერიტორიაზე არსებული სამედიცინო პერსონალის რაოდენობრივი სტატისტიკური მონაცემი, რომლის ფარგლებშიც გამოიკითხა მიზნობრივი ჯგუფის დიდი ნაწილი, ეს კი მიღებული შედეგების განზოგადების საშუალებას იძლევა.

წინამდებარე ცხრილში (ცხრილი 201) წარმოდგენილია კვლევის მეთოდოლოგიური აღწერა:

ცხრილი 201 - კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგია	
მეთოდი	შერეული - რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევა
კვლევის ინსტრუმენტი	ანკეტირება
შერჩევის ჩარჩო	საქართველოში, სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული ჯანდაცვის პერსონალი
კვლევის ობიექტი (პოპულაციის აგრეგატები)	აჭარის ა/რ არსებულ სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული ჯანდაცვის პერსონალი
შერჩევის მეთოდი	ალბათური შერჩევის სტრატეგიცირებული ტიპი
სტრატეგის დაყოფა	პროპორციული
კითხვარი	ნახევრად სტრუქტურირებული (ღია და დახურული კითხვები)
კვლევის არეალი	აჭარის ა.რ. რესპუბლიკა
კითხვარის შევსების საშუალო ხანგრძლივობა	5-10 წუთი

2.1.2.1. სოციოლოგიური კვლევა - საკონტროლო ჯგუფის გამოკითხვა

კვლევის მიმდინარეობის პროცესში, ველზე მუშაობის დროს სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული არასამედიცინო პერსონალის მხრიდან გაჩნდა ინტერესი კვლევაში მონაწილეობასთან დაკავშირებით. მიუხედავად იმისა, რომ კვლევის თავდაპირველ მიზანს არ წარმოადგენდა არასამედიცინო განათლების მქონე პირთა გამოკითხვა, რესპონდენტთა დაინტერესებიდან გამომდინარე და, ამასთან, სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვის შედეგებთან შედარების მიზნით, მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება ანალოგიური, დამოუკიდებელი კვლევის ჩატარების შესახებ.

არასამედიცინო პერსონალის გამოკითხვის **მიზანი**: ძირითადი კვლევის (სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვა) შედეგად მიღებული მონაცემების გამყარება.

საზომი ინსტრუმენტი: საკონტროლო ჯგუფი - დამატებითი ვალიდობის განმსაზღვრელი კომპონენტი.

შერჩევის ჩარჩო: აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე არსებულ სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული არასამედიცინო პერსონალი.

იქიდან გამომდინარე, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის სტრუქტურული ერთეულის ვალდებულება მხოლოდ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებს აქვთ და, გარდა ამისა, საკონტროლო კვლევის დაგეგმვის პერიოდში ძირითადი სოციოლოგიური კვლევის (სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვა) ველზე მუშაობა უკვე დასრულებული იყო აჭარის რეგიონებში (ქედა, შუახევი, ხულო, ქობულეთი), **კვლევის ობიექტად** განისაზღვრა ბათუმის ტერიტორიაზე არსებული მონო- და მრავალპროფილურ სტაციონარულ დაწესებულებებში (ცხრილი 202) დასაქმებული არასამედიცინო პერსონალი.

ამბულატორიული დაწესებულებების გამორიცხვა ასევე განპირობებულია სარწმუნო სტატისტიკური მონაცემების არარსებობით, კერძოდ: ჯანდაცვის სამინისტროს საინფორმაციო პორტალზე, ამბულატორიული დაწესებულებების საერთო რაოდენობასთან დაკავშირებით ინფორმაცია არ არის სრულყოფილად ასახული.

საკონტროლო **კვლევის ინსტრუმენტად** გამოყენებულ იქნა ძირითადი სოციოლოგიური კვლევის ანალოგიური ინსტრუმენტი.

არასამედიცინო პერსონალის გამოკითხვა განხორციელდა მარტივი შემთხვევითი შერჩევით. ბათუმის სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული ყველა არასამედიცინო პერსონალისთვის კვლევაში მონაწილეობის თანაბარი შანსის უზრუნველყოფის მიზნით,

განისაზღვრა შერჩევის ფიქსირებული ინტერვალი - ყოველი მე-5 არასამედიცინო პერსონალი. რაც შეეხება კვლევის პერიოდს, კვლევა თითოეულ დაწესებულებაში მიმდინარეობა - 1 დღე.

კვლევის მიმდინარეობის პერიოდი: 2021 წლის 10 აპრილიდან 30 აპრილამდე.

მიღებული კვლევის მასალა ცალკეული ბლოკების მიხედვით დამუშავდა და შედეგები შეფასდა სტატისტიკური კრიტერიუმების გამოყენების საფუძველზე. შედეგების დამუშავებისა და ანალიზისთვის გამოყენებული იქნა სტატისტიკური ინფორმაციის დამუშავების კომპიუტერული პროგრამა - IBM SPSS Statistics 26.

ცხრილი 202 - აჭარაში მონო და მრავალპროფილური სტაციონარული დაწესებულებების სტატისტიკა

სამედიცინო დაწესებულების სახე	ბათუმი	ქობულეთი	ხელვაჩაური	ქედა	შუახევი	ხულო	სულ
მრავალპროფილური სტაციონარული დაწესებულება	21	4	0	3	3	3	34
მონოპროფილური სტაციონარული დაწესებულება	4	0	0	0	0	0	4
<i>სულ:</i>	25	4	0	3	3	3	38
წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს საინფორმაციო პორტალი (183)							

2.1.3. სოციოლოგიური კვლევა: თვისებრივი კვლევის მეთოდი - სიღრმისეული ინტერვიუ

კვლევის მიზანი და ამოცანები:

კვლევის მიზანი: საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკისა და ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვის სისტემის ფუნქციური ხარვეზების გამოვლენა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის სისტემის ხარვეზების იდენტიფიცირება და ანალიზი.

კვლევის ძირითადი მიზნიდან გამომდინარე, განისაზღვრა კვლევის შემდეგი ამოცანები:

- დარგის ექსპერტთა აზრის შესწავლა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო რეგულაციის ხარვეზებსა და სფეროს განვითარების შემაფერხებელ გარემოებებთან დაკავშირებით;
- დარგის ექსპერტთა აზრის შესწავლა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის ხარვეზებთან დაკავშირებით;

- დარგის ექსპერტთა აზრის შესწავლა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სამედიცინო დაწესებულებების სტანდარტიზაცია-აკრედიტაციის სისტემის ზეგავლენასთან დაკავშირებით;
- დარგის ექსპერტთა აზრის შესწავლა აჭარის ა.რ. აღმასრულებელი-მარეგულირებელი ორგანოს - ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელების, სისტემის ეფექტური მართვის პროცესში მონაწილეობისა და მარეგულირებელი ფუნქციის შესრულებასთან დაკავშირებით;
- დარგის ექსპერტთა აზრის შესწავლა კოვიდ-19 პანდემიის სახელმწიფო პოლიტიკისა და მართვის ხარვეზებთან დაკავშირებით;
- დარგის ექსპერტთა აზრისა და შეხედულებების შესწავლა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სამომავლო პერსპექტივებთან, სისტემის შემდგომი განვითარების საჭიროებებსა და ფორმებთან დაკავშირებით.

კვლევის ჰიპოთეზა:

- საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მართვის მოდელი ვერ პასუხობს თანამედროვე გამოწვევებს.

კვლევის შეზღუდვა:

ექსპერტთა შერჩევა განხორციელდა თოვლის გუნდის პრინციპით და გულისხმობდა საწყის ეტაპზე შერჩეულ ექსპერტთა მიერ, ყოველი მომდევნო რესპონდენტისთვის რეკომენდაციის გაწევას. გამომდინარე იქიდან, რომ საქართველოში არ არსებობს ოფიციალური სტატისტიკა ჯანდაცვის ექსპერტთა საერთო რაოდენობასთან დაკავშირებით, სრული მოცულობის შესახებ ინფორმაციის არარსებობის გარეშე შეუძლებელია გამოკითხულ ექსპერტთა რაოდენობის (11) თანაფარდობის განსაზღვრა საერთო რაოდენობასთან.

სიღრმისეული ინტერვიუს ერთ-ერთ შეზღუდვად შეიძლება მიჩნეულ იქნას კოვიდ-პანდემია და, შედეგად, დაწესებული რეგულაციები და შეზღუდვები. აღნიშნულიდან გამომდინარე, სიღრმისეული ინტერვიუ წარმართა არა პირისპირ, არამედ დისტანციურად, ონლაინ-რეჟიმში. უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად პირისპირ ინტერვიუს დროს უშუალო კომუნიკაციის უპირატესობისა, კვლევაში მონაწილე ექსპერტებთან ონლაინ-რეჟიმში კომუნიკაცია საკმაოდ წარმატებულად, ხელშემშლელი ფაქტორების გარეშე წარმართა. ყოველი მომდევნო ექსპერტი გამოიკითხა წინა ექსპერტის რეკომენდაციის საფუძველზე. აქედან გამომდინარე, შესაძლებელია დამაჯერებელი მტკიცება, რომ გამოკითხულმა ექსპერტებმა შეადგინეს სამიზნე ჯგუფი.

კვლევის მეთოდოლოგია:

კვლევისთვის გამოყენებულ იქნა კვლევის თვისებრივი მეთოდი - სიღრმისეული ინტერვიუ დარგის ექსპერტებთან (ინდივიდუალური ინტერვიუ). ვინაიდან დარგის ექსპერტები ძირითადად ერთი პროფესიული და მსგავსი სამუშაო გამოცდილების ჯგუფის წევრებს წარმოადგენენ, რესპონდენტთა შერჩევა განხორციელდა „თოვლის გუნდის“ პრინციპით (არაალბათური შერჩევა). თავდაპირველად, შემთხვევითი შერჩევით, განსაზღვრულ იქნა რესპონდენტთა საწყისი ჯგუფი, შემდეგ ეტაპებზე კი რესპონდენტთა ამორჩევა გაგრძელდა დეტერმინირებულად, სადაც ყოველი მომდევნო რესპონდენტი წარმოადგენდა წინა რესპონდენტის მიერ რეკომენდირებულ პირს.

ინტერვიუს საშუალო ხანგრძლივობა - 60 წუთი.

კვლევა წარიმართა შესაბამისი ეთიკური პრინციპების დაცვით. სიღრმისეული ინტერვიუ განხორციელდა ნებაყოფლობით, რესპონდენტთა ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე. ინტერვიუს დასაწყისში, ყველა რესპონდენტისგან მიღებულ იქნა თანხმობა ინტერვიუს ჩაწერასა და საჭიროების შემთხვევაში ვინაობის გასაჯაროებაზე. კვლევა არის საიმედო და სარწმუნო. შესაძლებელია კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის გადამოწმება.

დარგის ექსპერტებთან პირისპირ ინტერვიუს საშუალებით მიღებულ იქნა დეტალური და სიღრმისეული ინფორმაცია ჯანდაცვის პოლიტიკის, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისა და ხარისხის კონტროლის სახელმწიფო მექანიზმების, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში არსებული პრობლემების, მათი გამომწვევი მიზეზების, სისტემის ეფექტურობისა და გაუმჯობესების გზებთან დაკავშირებით.

ინტერვიუს ფორმატი: ნახევრად სტრუქტურირებული - სადისკუსიო საკითხები და მათი ფორმულირება იდენტური იყო ყველა რესპონდენტისთვის. თუმცა, რიგ შემთხვევებში, ინტერვიუს მსვლელობისას, რესპონდენტის მიერ ერთ საკითხზე პასუხის გაცემით, სხვა ან მომდევნო საკითხის ამოწურვის შემთხვევაში, ხდებოდა საკითხების თანმიმდევრობის ცვლილება.

კვლევის მიმდინარეობის პერიოდი: 2021 წლის 11 აგვისტოდან 14 ოქტომბრამდე.

ინტერვიუს შედეგად მიღებული მონაცემების დამუშავება და ანალიზი განხორციელდა ეტაპებად:

- ინტერვიუს ჩანაწერის გაშიფვრა და „ტრანსკრიპტების“ მომზადება (ჩანაწერის წერილობითი ვერსია);
- მიღებული მონაცემების კოდირება და ამ კოდების საშუალებით ფართო კატეგორიების შემუშავება;
- თითოეულ კატეგორიაში შემავალი ინფორმაციის შეჯამება - კოდირებული ინფორმაციის ანალიზი და ინტერპრეტაცია (ლოკალური ინტეგრაცია);
- ინფორმაციის ურთიერთშედარება, შინაარსობრივი დამუშავება (კონტენტ-ანალიზი), სიღრმისეული და კრიტიკული ანალიზი, ინტერპრეტაცია (ინკლუზიური ინტეგრაცია);
- ინტერვიუების შედეგად მიღებული მონაცემების სიღრმისეული ანალიზი და ძირითადი საკვანძო კომპონენტების გამოყოფა და დაჯგუფება - იმ ძირითადი საკითხების წარმოჩენა, რასთან დაკავშირებითაც ექსპერტებს ჰქონდათ საერთო და განსხვავებული მოსაზრებები.

2.2. კვლევის შედეგები

2.2.1. სამედიცინო პერსონალის სოციოლოგიური კვლევის შედეგები

განხორციელდა 1015 რესპონდენტის გამოკითხვა, რომელთაგან დასაშვები აღმოჩნდა 1001, მათ შორის 445 (44,5%) ექიმი და უმაღლესი სამედიცინო განათლების სამედიცინო პერსონალი, 415 (41,5%) ექთანნი/საშუალო სამედიცინო პერსონალი და 141 (14,1%) უმცროსი ექიმი. (ცხრილი 3)

რესპონდენტები დაიყო 4 ასაკობრივ ჯგუფად (18-39; 40-59; 60-75; 75 და მეტი). ყველაზე დიდი რაოდენობა 502 (50,1%) აღმოჩნდა მე-2 ასაკობრივ ჯგუფში (40-59 წელი). (ცხრილი 4, დიაგრამა 1) გამოკითხულთა ყველაზე მეტი რაოდენობა 661 (66,3 %) მდედრობითი სქესისაა, მამრობითი - 272 (27,2 %), ხოლო 68 (6,8%) რესპონდენტმა კითხვაზე პასუხი არ გასცა. (ცხრილი 5)

საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები მონაცემების (981) მიხედვით, 257 (26,2%) რესპონდენტი დასაქმებულია მხოლოდ ამბულატორიულ კლინიკაში, 437 (44,5%) - მხოლოდ სტაციონარულ დაწესებულებაში მუშაობს, 287 (29,3%) - მუშაობს როგორც ამბულატორიაში, ასევე სტაციონარში. (ცხრილი 6)

საქმიანობის სფეროს მიხედვით (რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა - 1001, მათ შორის დასაშვები პასუხი 983), რესპონდენტთა გადანაწილება შემდეგია: 27 (2,7%) ეწევა ადმინისტრაციულ საქმიანობას, 694 (70,6%) - კლინიკურს, ხოლო 262 (26,7%) - როგორც კლინიკურ, ისე ადმინისტრაციულ საქმიანობას, (ცხრილი 7)

სიხშირეთა ანალიზის მეშვეობით, სამსახურეობრივი პოზიციის, სამუშაო ადგილისა და საქმიანობის სფეროს ცვლადთა გადანაწილება შემდეგია:

➤ ექიმთა 2,7% (12) ეწევა მხოლოდ ადმინისტრაციულ საქმიანობას, 64,1% (282) - მხოლოდ კლინიკურ საქმიანობას, ხოლო 33,2% (146) - როგორც კლინიკურ, ისე ადმინისტრაციულ საქმიანობას. ამასთან, გამოკითხულ ექიმთა დასაშვები რაოდენობის 29,5% (130) მუშაობს მხოლოდ ამბულატორიაში, 30,9% (136) - მხოლოდ სტაციონარში, ხოლო 39,5% (174) კი როგორც ამბულატორიაში, ისე სტაციონარში. (ცხრილი 184)

➤ უმცროსი ექიმების 2,9% (4) ეწევა მხოლოდ ადმინისტრაციულ საქმიანობას, 64,7% (90) - მხოლოდ კლინიკურს, ხოლო 32,4% (45) კი - როგორც კლინიკურ, ისე ადმინისტრაციულ საქმიანობას. რაც შეეხება სამუშაო ადგილს, 9,4% (13) მუშაობს მხოლოდ ამბულატორიაში, 65,9% (91) - მხოლოდ სტაციონარში, ხოლო 24,6% (34) კი მუშაობს როგორც ამბულატორიაში, ისე სტაციონარში. (ცხრილი 184)

➤ ექთანთა 2,7% (11) ეწევა მხოლოდ ადმინისტრაციულ საქმიანობას, 79,7% (322) - მხოლოდ კლინიკურს, ხოლო 17,6 (71) კი - როგორც კლინიკურ, ისე ადმინისტრაციულ საქმიანობას. ამასთან, ექთანთა 28,3% (114) მუშაობს ამბულატორიაში, 52,1% (210) - მხოლოდ სტაციონარში, ხოლო 19,6% კი - როგორც ამბულატორიაში ისე სტაციონარში. (ცხრილი 184)

კითხვაზე - „იციან თუ არა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას?“ (რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა - 1001, მათ შორის, დასაშვები პასუხი - 994): დადებითად უპასუხა 470 (47,3 %), უარყოფითი პასუხი გასცა 109 (11,0%) რესპონდენტმა, 402-ს (40,4%) აქვს ზოგადი წარმოდგენა, ხოლო 13 (1,3%) კი თვლის, რომ აღნიშნული საერთოდ არ ეხება და ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა. (ცხრილი 8)

კითხვაზე - „იციან თუ არა აჭარის ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებებს თქვენი საქმიანობის რეგულირებასთან დაკავშირებით?“ (რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა - 1001, მათ შორის, დასაშვები პასუხი - 995): 651 (65,4%) რესპონდენტი პასუხობს „დიახ“, 88 (8,8%) – „არა“, ზოგადი წარმოდგენა აქვს 249 (25,0 %) რესპონდენტს, ხოლო 7 (0,7%) თვლის, რომ საერთოდ არ ეხება და ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა. (ცხრილი 9)

საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები რაოდენობიდან (991), 767 (77,4%) რესპონდენტი იცნობს სამედიცინო დაწესებულების (სამუშაო ადგილის შესაბამისად) შიდა ბრძანებებსა და ინსტრუქციებს, 38 (3,8%) - არ იცნობს, 175-ს (17,7%) აქვს ზოგადი წარმოდგენა, ხოლო 11 (1,1%) თვლის რომ ეს საერთოდ არ ეხება და ადმინისტრაციის პრობლემაა. (ცხრილი 10)

საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები რაოდენობიდან (987), სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემებს იცნობს 413 (41,8%) რესპონდენტი, არ იცნობს - 189 (19,1%), ზოგადი წარმოდგენა აქვს 350-ს (35,5%), ხოლო 35 (3,5%) თვლის, რომ საერთოდ არ ეხება და ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა. (ცხრილი 11)

სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზია-ნებართვების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს იცნობს 303 (32,6%) რესპონდენტი, არ იცნობს 227 (22,9%), ზოგადი წარმოდგენა აქვს 353-ს (35,6%), ხოლო 88 (8,9%) აღნიშნავს, რომ საერთოდ არ ეხება და ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა. (რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა - 1001, მათ შორის, დასაშვები პასუხი - 991). (ცხრილი 12)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის საკითხებთან სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობასთან დაკავშირებით დასმულ შეკითხვაზე: „სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?“ - რესპონდენტთა უმრავლესობა 642 (64,8%) პასუხობს „დიახ“, 38 (3,8 %) – „არა“, 311 (31,4%) პასუხობს – „არ ვიცი მე არ მეხება“ (რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა - 1001, მათ შორის, დასაშვები პასუხი - 991). (ცხრილი 13)

რაც შეეხება გარე მონიტორინგის სიხშირესთან დაკავშირებულ შეკითხვას - „სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ, რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი?“ - 360 (36,2%) აღნიშნავს პასუხს - „6 თვეში ერთხელ“, 193 (19,3%) - „წელიწადში ერთხელ“, 51 (5,1%) თვლის, რომ საერთოდ არ ტარდება, ხოლო 390 (39,2%) ირჩევს პასუხს „არ ვიცი, მე არ მეხება“ (რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა - 1001, მათ შორის, დასაშვები პასუხი - 991). (ცხრილი 14)

კითხვაზე „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი“ - საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები რაოდენობიდან (1000), 621 (62,1%) რესპონდენტი პასუხობს „დიახ“, 62 (6,2%) პასუხობს - „არა“, ხოლო 317 (31,7%) კი - „არ ვიცი, მე არ მეხება“. (ცხრილი 15)

კითხვაზე - „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)“ - საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები რაოდენობიდან (999), 735 (73,6%) პასუხობს „დიახ“, 74 (7,4%) პასუხობს - „არა“, ხოლო 190 (19%) ირჩევს პასუხს - „არ ვიცი, მე არ მეხება“. (ცხრილი 16)

საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები რაოდენობიდან (994), სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგის (ხარისხის შიდა აუდიტის) სიხშირესთან დაკავშირებით კითხვაზე - „რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (შიდა აუდიტი)?“ - 516 (51,9%) პასუხობს რომ „6 თვეში ერთხელ“, 182 (18,3%) – „წელიწადში ერთხელ“, 63 (6,3%) აღნიშნავს, რომ „საერთოდ არ ტარდება“, ხოლო 233 (23,4) ირჩევს პასუხს (არ ვიცი, მე არ მეხება“. (ცხრილი 17)

კითხვაზე - „იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?“ - საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები რაოდენობიდან (987), 563 (57,0%) პასუხობს - „დიახ“, 235 (23,8%) - არა, ხოლო 189 (19,1%) კი - „არ ვიცი, მე არ მეხება“. (ცხრილი 18)

საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები რაოდენობიდან (986), კითხვაზე - „რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში? - რესპონდენტთა პასუხები გადანაწილდა შემდეგნაირად: „აქტიურად ვარ ჩართული“ – 188 (19,1%), „ხშირად, თუმცა მე არ მეხება“ – 95 (9,6%), „მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ადმინისტრაცია დამავალებს“ – 417 (42,3%) და „საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება“ – 286 (29,0%). (ცხრილი 19)

კითხვაზე - „სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?“ - საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები რაოდენობიდან (991), 467 (47,1%) ადასტურებს კომისიის არსებობას, 204 (20,6%) უარყოფს, ხოლო 320-მა (32,3%) კი არ იცის ან უჭირს პასუხის გაცემა. (ცხრილი 20)

კითხვაზე - „თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე?“ (რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა - 1001, მათ შორის, დასაშვები პასუხი - 972) - რესპონდენტთა შეფასება გადანაწილდა შემდეგნაირად: „ძალიან დადებითი“ – 176 (18,1%), „დადებითი“ – 368 (37,9%), „არც დადებითი, არც უარყოფითი“ – 334 (34,4%), „უარყოფითი“ – 56 (5,8%), ხოლო „ძალიან უარყოფითი“ – 38 (3,9%). (ცხრილი 21)

საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები რაოდენობიდან (975), სამედიცინო პერსონალის მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება შემდეგია: „ძალიან მაღალი“ – 100 (10,3%), „მაღალი“ – 279 (28,6%), „საშუალო“ – 406 (41,6%), „დაბალი“ – 128 (13,1%) და ძალიან დაბალი - 62 (6,4%). (ცხრილი 22)

საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები რაოდენობიდან (997), 354 (35,5%) რესპონდენტის შეფასებით არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს, 378

(37,9%) თვლის რომ არ აკმაყოფილებს, ხოლო 265 (26,6%) რესპონდენტი ირჩევს პასუხს „არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა“. (ცხრილი 23)

კითხვაზე - „თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება?“ - საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები რაოდენობიდან (997), 834 (83,7%) რესპონდენტი პასუხობს - „დიახ“, 43 (4,3%) პასუხობს, რომ „არა“, ხოლო 120 (12,0%) კი პასუხობს, რომ „არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა“. (ცხრილი 24)

კითხვაზე - „თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მაღალ დონეს?“ - საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები რაოდენობიდან (998), 401 (40,1%) პასუხობს - „დიახ“, 203 (20,3%) - „არა“, ხოლო 394 (39,5%) კი „არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა“. (ცხრილი 25)

საერთო გამოკითხულთა (1001) დასაშვები რაოდენობიდან (999), 412 (41,5%) რესპონდენტი გამოთქვამს სურვილს მონაწილეობა მიიღოს ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში, 368 (36,8%) უარს ამბობს, ხოლო 219 (21,9%) რესპონდენტს უჭირს პასუხის გაცემა. (ცხრილი 26)

2.2.2. საკონტროლო ჯგუფის სოციოლოგიური კვლევის შედეგები

საკონტროლო ჯგუფში განხორციელდა 85 რესპონდენტის გამოკითხვა, რომელთაგან დასაშვები აღმოჩნდა 80. რესპონდენტთა 100% წარმოადგენდა აჭარის სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებულ არასამედიცინო პერსონალს. საკონტროლო ჯგუფში რესპონდენტები დაიყო 4 ასაკობრივ ჯგუფად (18-39; 40-59; 60-75; 75 და მეტი). ყველაზე დიდი რაოდენობა 49 (61,3%) აღმოჩნდა 1-ელ ასაკობრივ ჯგუფში (18-39 წელი). (ცხრილი 27) რაც შეეხება სქესის მიხედვით გადანაწილებას, საკონტროლო ჯგუფში უმეტესობა მდედრობითი სქესისაა - 66 (82,5%), მამრობითი - 9 (11,3%), ხოლო 5-მა (6,3%) რესპონდენტმა პასუხი არ გასცა კითხვას. (ცხრილი 28)

სამუშაო ადგილის მიხედვით, საკონტროლო ჯგუფის რესპონდენტთა გადანაწილება შემდეგია: 9 (11,4%) მუშაობს ამბულატორიაში, 23 (28,7%) - სტაციონარში, 34 (43,0%) - როგორც სტაციონარში, ასევე ამბულატორიაში და 1-მა (1,3%) რესპონდენტმა პასუხი არ გასცა. (ცხრილი 29)

საერთო გამოკითხულთა (80) დასაშვები რაოდენობიდან (78), რესპონდენტთა უმრავლესობა - 38 (48,7%) იცნობს ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას, არ იცნობს 14 (17,9%), ზოგადი წარმოდგენა აქვს 24-ს (30,8%), ხოლო 2 (2,6%) აღნიშნავს, რომ ეს არ ეხება და ადმინისტრაციის პრობლემაა. (ცხრილი 30)

საკონტროლო ჯგუფის საერთო გამოკითხულთა (80) დასაშვები რაოდენობიდან (79), აჭარის ა. რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებს იცნობს 49 (62,0%), არ იცნობს 6 (7,6%), ზოგადი წარმოდგენა აქვს 20-ს (25,3%), ხოლო 3 (5,1%) აღნიშნავს, რომ ეს მას არ ეხება. (ცხრილი 31)

საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულთაგან 62 (78,5%) იცნობს დაწესებულების შიდა ბრძანებებსა და ინსტრუქციებს, არ იცნობს 2 (2,5%), ზოგადი წარმოდგენა აქვს 14-ს (17,7%), ხოლო 1 (1,3%) თვლის, რომ მას ეს არ ეხება (რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა - 80, მათ შორის, დასაშვები პასუხი - 79). (ცხრილი 32)

კითხვაზე „გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ?“ - საერთო გამოკითხულთა (80) დასაშვები რაოდენობიდან (78), 44 (56,4%) პასუხობს - „დიახ“, 14 (17,9%) – „არა“, ზოგადი წარმოდგენა აქვს 19-ს (24,4%), ხოლო 1 (1,3%) თვლის, რომ ეს მას არ ეხება. (ცხრილი 33)

საკონტროლო ჯგუფში საერთო გამოკითხულთა (80), დასაშვები რაოდენობიდან (78), სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზია-ნებართვების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს იცნობს 34 (43,6%), არ იცნობს 13 (16,3%), ზოგადი წარმოდგენა აქვს 27-ს (34,6%), ხოლო 4 (5,1%) თვლის, რომ მას ეს არ ეხება. (ცხრილი 34)

კითხვაზე - „სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?“ საკონტროლო ჯგუფში საერთო გამოკითხულთა (80) დასაშვები რაოდენობიდან (78), უმრავლესობა - 60 (76,9%) პასუხობს - „დიახ“, 4 (5,1) – „არა“, ხოლო 14 (17,9%) აღნიშნავს, რომ „არ იცის და არ ეხება“. (ცხრილი 35) რაც შეეხება გარე მონიტორინგის სიხშირეს, საერთო გამოკითხული და დასაშვები რაოდენობიდან (80), 31 (28,8%) პასუხობს - „6 თვეში ერთხელ“, 26 (32,5%) – „წელიწადში ერთხელ, ხოლო 23 (28,7%) – „არ ვიცი მე არ მეხება“. (ცხრილი 36)

კითხვაზე „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი“ - საკონტროლო ჯგუფში საერთო გამოკითხულთა (80) უმრავლესობა 64 (80%) პასუხობს - „დიახ“, 3 (3,8%) პასუხობს - „არა“, ხოლო 13 (16,3%) კი - „არ ვიცი, მე არ მეხება“. (ცხრილი 37)

საკონტროლო ჯგუფში საერთო გამოკითხულთა (80) უმრავლესობა 70 (87,5%) აღნიშნავს, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი, უარყოფითად პასუხობს 3 (3,8%), ხოლო 7 (8,8%) კი - „არ ვიცი, მე არ მეხება. (ცხრილი 38) რაც შეეხება შიდა მონიტორინგის სიხშირეს, საერთო

გამოკითხულთაგან 44 (55,5%) პასუხობს, რომ „6 თვეში ერთხელ“, 15 (18,8%) – „წელიწადში ერთხელ“, 1 (1,3) – „საერთოდ არ ტარდება“, ხოლო 20 (25,0) – „არ ვიცი, მე არ მეხება“. (ცხრილი 39)

კითხვაზე - „იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?“ - საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხული რესპონდენტების საერთო რაოდენობიდან (80), 53 (66,3%) პასუხობს - დიახ, 18 (22,5%) - არა, ხოლო 9 (11,3) – „არ ვიცი, მე არ მეხება“. (ცხრილი 40)

საკონტროლო ჯგუფში საერთო გამოკითხულთა და დასაშვები რაოდენობიდან (80), კითხვაზე - „რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში? - რესპონდენტთა პასუხები გადანაწილდა შემდეგნაირად: „აქტიურად ვარ ჩართული“ – 22 (27,5%), „ხშირად, თუმცა მე არ მეხება“ – 6 (7,5%), „მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ადმინისტრაცია დამავალებს“ – 31 (38,8%) და „საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება“ – 21 (26,3%). (ცხრილი 41)

საკონტროლო ჯგუფში საერთო გამოკითხულთა (80) დასაშვები რაოდენობიდან (79), 48 (60,8) აღნიშნავს, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში ფუნქციონირებს საჩივრების განხილვის კომისია, უარყოფს - 6 (7,6%), ხოლო 25 (31,6%) პასუხობს - „არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა“. (ცხრილი 42)

კითხვაზე - „თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე?“ - საკონტროლო ჯგუფში საერთო გამოკითხულთა (80) დასაშვები რაოდენობიდან (77), 17 (22,1%) პასუხობს - „ძალიან დადებითი“, 23 (29,9) - „დადებითი“, 28 (36,4) - „არც დადებითი, არც უარყოფითი“, 3 (2,9%) – „უარყოფითი“ და 6 (7,8) – „ძალიან უარყოფითი“. (ცხრილი 43)

საკონტროლო ჯგუფში საერთო გამოკითხულთა (80) დასაშვები რაოდენობიდან (1000), რესპონდენტთა მიერ, საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება შემდეგია: „ძალიან მაღალი“ – 8 (10,4%), „მაღალი“ – 20 (26,4%), „საშუალო“ – 35 (45,5%), „დაბალი“ – 5 (6,5%) და ძალიან დაბალი - 9 (11,7%). (ცხრილი 44)

კითხვაზე „თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?“ საკონტროლო ჯგუფში გამოკითხულ რესპონდენტთა შეფასებით, 25 (31,3%) პასუხობს - „დიახ“, 29 (36,3%) – „არა“, ხოლო 26 (32,5%) - „არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა“. (ცხრილი 45)

კითხვაზე - „თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება?“ - საკონტროლო ჯგუფში საერთო გამოკითხულ რესპონდენტთა უმრავლესობა პასუხობს „დიახ“ - 70 (87,5%), 3 (3,8%) პასუხობს, რომ „არა“, ხოლო 7 (8,8%) კი - „არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა“. (ცხრილი 46)

კითხვაზე - „თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მაღალ დონეს?“ - საკონტროლო ჯგუფში საერთო გამოკითხულთა (80) დასაშვები რაოდენობიდან (79), 38 (48,1%) პასუხობს - „დიახ“, 10 (12,7%) - „არა“, ხოლო 31 (39,2%) კი - „არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა“ (ცხრილი 47)

საკონტროლო ჯგუფში საერთო გამოკითხულთა (80) დასაშვები რაოდენობიდან (79), 38 (48,1%) რესპონდენტი გამოთქვამს სურვილს მონაწილეობა მიიღოს ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში, 28 (35,4%) უარს ამბობს, ხოლო 13 (16,5%) რესპონდენტს უჭირს პასუხის გაცემა. (ცხრილი 48)

2.2.3. კითხვარში წარმოდგენილ თვისებრივ მონაცემთა შედეგები (სამედიცინო პერსონალი / საკონტროლო ჯგუფი)

კვლევის კითხვარში მითითებულ ღია კითხვებზე გაცემული პასუხები და რესპონდენტთა შენიშვნა-კომენტარები დამუშავდა თვისებრივი კვლევის მეთოდოლოგიით. კითხვებზე გაცემული შინაარსობრივად ერთგვაროვანი პასუხები დამუშავდა და დაჯგუფდა კატეგორიებად.

დამუშავებული მონაცემები მოიცავს როგორც სამედიცინო პერსონალის (ექიმი, უმცროსი ექიმი, ექთანი), ისე საკონტროლო ჯგუფის მიერ დაფიქსირებულ პასუხებსაც.

კითხვაზე - „თქვენი აზრით, რა განაპირობებს საქართველოში სამედიცინო მომსახურების დაბალ ხარისხს?“ - რესპონდენტთა საერთო რაოდენობიდან (1081) კითხვაზე პასუხი გასცა 378-მა (34,97%) რესპონდენტმა. სამსახურობრივი პოზიციის მიხედვით, კითხვაზე გაცემულ პასუხთა (378) ჯგუფებს შორის გადანაწილება შემდეგია: ექიმი - 159 (42,06%); უმცროსი ექიმი - 41 (10,85%); ექთანი - 145 (38,36%); საკონტროლო ჯგუფი (არასამედიცინო პერსონალი) - 33 (8,73%). (ცხრილი 185)

რესპონდენტთა მიერ დაფიქსირებული პასუხებისა და მოსაზრებების დამუშავებისა და შედეგების შინაარსობრივი დაჯგუფების შემდეგ, გამოიკვეთა 5 ძირითადი ფაქტორი. ფაქტორთა ანალიზის მიხედვით, ჯგუფებში დაფიქსირებული პასუხების პროცენტული გადანაწილება შემდეგია: 1. განათლება და პროფესიონალიზმი - 30%; 2. ანაზღაურება და მოტივაცია - 29%; 3. ჯანდაცვის სისტემის ადმინისტრირების ხარვეზები - 22%; 4.

არადამაკმაყოფილებელი შრომის გარემო-პირობები - 13% და 5. განსხვავებული მოსაზრებები - 6%, მოცემულ კატეგორიაში გაერთიანებულია დაფიქსირებულ შედეგთა ერთობლიობა, სადაც რესპონდენტები ეწინააღმდეგებიან კითხვის შინაარსს და თვლიან, რომ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი არ არის დაბალი. (დიაგრამა 16)

კითხვაზე - „თქვენი აზრით, რა არის საჭირო ჯანდაცვის სფეროს განვითარებისთვის?“ - რესპონდენტთა საერთო რაოდენობიდან (1081) კითხვაზე პასუხი გასცა 374-მა (34,60%) რესპონდენტმა. ჯანდაცვის სფეროს განვითარების საჭიროებებთან დაკავშირებით, სამსახურობრივი პოზიციის მიხედვით, რესპონდენტთა კომენტარებისა და მოსაზრებების (374) ჯგუფებს შორის გადანაწილება შემდეგია: ექიმი - 167 (44,65%); უმცროსი ექიმი - 39 (10,43%); ექთანი - 145 (35,56%); საკონტროლო ჯგუფი (არასამედიცინო პერსონალი) - 33 (9,36%). (ცხრილი 185) რესპონდენტთა მიერ დაფიქსირებული პასუხებისა და მოსაზრებების დამუშავების შემდეგ მოხდა შედეგების შინაარსობრივი დაჯგუფება, სადაც გამოიკვეთა 4 ძირითადი საკითხი. საკითხების ანალიზის მიხედვით, ჯგუფებში დაფიქსირებული პასუხების პროცენტული გადანაწილება შემდეგია:

1. განათლება და უწყვეტი პროფესიული განვითარება (52%), რომელიც მოიცავს საბაზისო განათლების ხარისხის გაუმჯობესების, სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლების შესაძლებლობისა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების უზრუნველყოფის საკითხებს.
2. ჯანდაცვის სისტემა და დაფინანსება (27%), მოიცავს ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების, დაფინანსებისა და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის პრობლემების აღმოფხვრის საჭიროებებს და ღონისძიებებს.
3. შრომის გარემო (11%), მოიცავს სამედიცინო დაწესებულებებში შექმნილ შრომის გარემო-პირობებისა და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესების საკითხებს.
4. სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება და მოტივაცია (10%), მოიცავს სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურებისა და შრომითი მოტივაციის გაზრდის საჭიროებებს. (დიაგრამა 17)

საერთო რაოდენობიდან (1081) 130-მა (12,03%) რესპონდენტმა დააფიქსირა პირადი მოსაზრება და გააკეთა კომენტარი სხვადასხვა საკითხთან დაკავშირებით. სამუშაო პოზიციის მიხედვით, შედეგების ჯგუფებს შორის გადანაწილება შემდეგია: ექიმი - 49 (37,69%); უმცროსი ექიმი - 13 (10,00%); ექთანი - 56 (43,08%); საკონტროლო ჯგუფი (არასამედიცინო პერსონალი) - 12 (9,23%). (ცხრილი 185)

რესპონდენტთა მოსაზრებებისა და რეკომენდაციების დამუშავების შემდეგ მოხდა დაფიქსირებული შედეგების შინაარსობრივი კლასიფიცირება, გამოიკვეთა 4 კატეგორია, სადაც 44% ეხება სამედიცინო პერსონალის მოტივაციასა და შრომის შესაბამისი

ანაზღაურებით უზრუნველყოფის აუცილებლობას, 23% - ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისა და სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის საკითხებს, 20% - საბაზისო სამედიცინო განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის განვითარების აუცილებლობას; 11% - სამედიცინო დაწესებულებებში შექმნილ შრომის გარემო-პირობებისა და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესების საკითხებს. (დიაგრამა 18)

კითხვაზე - „თქვენი აზრით, ვის ვალდებულებას წარმოადგენს უწყვეტი პროფესიული განათლების უზრუნველყოფა?“ - პასუხი გასცა 1081-მა რესპონდენტმა (სამედიცინო პერსონალი-1001, არასამედიცინო პერსონალი - 80). რესპონდენტთა მნიშვნელოვანმა ნაწილმა (115) დააფიქსირა რამდენიმე პასუხი. იქიდან გამომდინარე, რომ თითოეულ რესპონდენტს ჰქონდა ერთზე მეტი პასუხის დაფიქსირების საშუალება, საბოლოო შედეგის წარმოსაჩენად დათვლილია უშუალოდ ის, თუ რომელი კონკრეტული კატეგორია რამდენჯერაა დასახელებული თითოეული რესპონდენტის მიერ. კატეგორიები დამუშავდა ერთმანეთისგან განცალკევებით, სიხშირეთა ანალიზის საშუალებით. დაფიქსირებული შედეგების რაოდენობრივი გადანაწილება შემდეგია: „სახელმწიფო“ – 818, „დამსაქმებელი/სამედიცინო დაწესებულება“ - 205; „სამედიცინო გაერთიანება/ასოციაცია“ – 130 და „თავად სამედიცინო პერსონალი“ – 99. (დიაგრამა 15)

2.2.4. სამედიცინო პერსონალის სოციოლოგიური კვლევის შედეგად მიღებული სტატისტიკური მონაცემების ცვლადთა ჯვარედინი, შედარებითი, კორელაციური, დისპერსიული და რეგრესიული მახასიათებლები

სოციოლოგიური კვლევის შედეგები დამუშავდა და გაანალიზდა მონაცემთა სტატისტიკური მონაცემების დამუშავების კომპიუტერული პროგრამის (IBM SPSS Statistics 26) საშუალებით. კორელაციური ცხრილების საშუალებით გამოიყო საინტერესო კორელაციური კავშირები. ცვლადებს შორის შესაძლო კავშირის დასადგენად და გასაზომად გამოყენებულია კორელაციის განსხვავებული მეთოდები. გამომდინარე იქიდან, რომ კითხვარი შედგებოდა, როგორც რაოდენობრივი, ასევე თვისებრივი ცვლადებისაგან, გამოყენებულია „Cramer's V“, „Kendall's tau-b“ და „Spearman's rho“ კორელაციის კოეფიციენტები.

კორელაციური ანალიზის შედეგად გამოიყო სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირის მქონე ცვლადები. აღმოჩნდა, რომ ცვლადთა დიდი ნაწილი კორელაციაშია სამსახურეობრივ პოზიციასთან და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობასთან.

ორ ცვლადს შორის არსებული ურთიერთკავშირებისა და მონაცემთა გადანაწილების უფრო მეტად თვალსაჩინოდ წარმოსადგენად, კორელაციურ ანალიზთან ერთად გაკეთდა ჯვარედინი ცხრილები (Crosstabs).

გარდა ამისა, ცვლადებში წარმოდგენილ ორზე მეტ ჯგუფს შორის, საშუალო მაჩვენებლების მიხედვით სხვაობის დასადგენად გამოყენებულ იქნა დისპერსიული ანალიზი. დისპერსიულ ანალიზში გამოყენებულია ჯგუფებს შორის არსებული სხვაობის ყველა შესაძლო განმაპირობებელი ფაქტორი.

კორელაციურ ანალიზთან ერთად, გამოყენებულ იქნა რეგრესული ანალიზიც, რომლის საშუალებითაც შეიქმნა განსხვავებული მოდელები, სადაც წარმოჩენილია ერთი შესაძლო დამოკიდებული ცვლადი და მასზე მოქმედი სხვა დამოუკიდებელი ცვლადები (პრედიქტორები). რეგრესული ანალიზის საშუალებით შეიქმნა მოდელი, რომელიც საშუალებას იძლევა, რომ განისაზღვროს მთლიან მოდელში კონკრეტული ცვლადის „როლი“ და დადგინდეს თუ ზუსტად რა გავლენა აქვს მას დამოკიდებულ ცვლადზე და მთლიანად მოდელზე.

2.2.4.1. ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო საქმიანობის რეგულაციის საკითხებთან დაკავშირებით:

სამსახურეობრივი პოზიცია: „იცნობთ თუ არა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 994. პირსონის Chi-კვადრატი - 58.025; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,171; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 74, ცხრილი 75)

სამუშაო ადგილი: „სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 974. პირსონის Chi-კვადრატი - 15.530; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,004; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,089; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 88, ცხრილი 89)

სამსახურეობრივი პოზიცია: „იცნობთ თუ არა აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებს, თქვენი საქმიანობის რეგულირებასთან დაკავშირებით?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 995. პირსონის Chi-კვადრატი - 57.892; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000;

კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,171; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 76, ცხრილი 77)

სამსახურეობრივი პოზიცია: „იციან თუ არა თქვენი საქმიანობის მარეგულირებელ, სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებს/ინსტრუქციებს?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 991. პირსონის Chi-კვადრატი - 44.461; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,150; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 78, ცხრილი 79)

სამსახურეობრივი პოზიცია: „იციან თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 991. პირსონის Chi-კვადრატი - 52.481; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,163; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 82, ცხრილი 83)

სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან დაკავშირებით: „იციან თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 987. პირსონის Chi-კვადრატი - 335.225; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,336; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. დისპერსიული ანალიზის მიხედვით: ჯგუფებს შორის სხვაობა - 133,570; F-მნიშვნელობა - 57,528. სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. (ცხრილი 148, ცხრილი 149, ცხრილი 150, დიაგრამა 9)

2.2.4.2. ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხებში

სამსახურეობრივი პოზიცია: „გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემების შესახებ?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 987. პირსონის Chi-კვადრატი - 72.121; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,191; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 80, ცხრილი 81)

სამსახურეობრივი პოზიცია: „სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 991. პირსონის Chi-კვადრატი - 25.077; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,112; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 49, ცხრილი 50)

სამსახურეობრივი პოზიცია: „სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 994. პირსონის Chi-კვადრატი - 38.785; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,140; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 51, ცხრილი 52)

სამსახურეობრივი პოზიცია: „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 1000. პირსონის Chi-კვადრატი - 25.353; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,113; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 53, ცხრილი 54)

სამუშაო ადგილი: „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 980. პირსონის Chi-კვადრატი - 37.095; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,038; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 90, ცხრილი 91)

სამსახურეობრივი პოზიცია: „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 999. პირსონის Chi-კვადრატი - 70.745; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,188; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 55, ცხრილი 56)

სამსახურებრივი პოზიცია: „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (ხარისხის შიდა აუდიტი)?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 994. პირსონის Chi-კვადრატი - 88.973; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,212; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 57, ცხრილი 58)

სამუშაო ადგილი: „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 979. პირსონის Chi-კვადრატი - 76.934; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,198; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 92, ცხრილი 93)

სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტის ჩატარებასთან დაკავშირებით: შიდა აუდიტის სიხშირე - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 994. პირსონის Chi-კვადრატი - 665.354; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,579; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 102, ცხრილი 103)

სამსახურებრივი პოზიცია: „იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 987. პირსონის Chi-კვადრატი - 128.099; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,255; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 59, ცხრილი 60)

სამუშაო ადგილი: „იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 967. პირსონის Chi-კვადრატი - 34.103; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,133; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 94, ცხრილი 95)

სამსახურეობრივი პოზიცია: „სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 991. პირსონის Chi-კვადრატი - 72.835; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,192; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 65, ცხრილი 66)

სამუშაო ადგილი: „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 971. პირსონის Chi-კვადრატი - 157.041; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,284; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 96, ცხრილი 97)

სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებების/ინსტრუქციების შესახებ: „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 990. პირსონის Chi-კვადრატი - 68.287; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,186; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 104, ცხრილი 105)

სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ: „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 998. პირსონის Chi-კვადრატი - 618.993; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,557; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 106, ცხრილი 107)

სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ: „სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001,

დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 990. პირსონის Chi-კვადრატი - 267.662; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V)- 0,368; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 108, ცხრილი 109)

2.2.4.3. სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით

სამსახურებრივი პოზიცია: „რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 986. პირსონის Chi-კვადრატი - 90.343; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Spearman's rho) - 0,293; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. დისპერსიული ანალიზის მიხედვით: ჯგუფებს შორის სხვაობა - 91,259; F-მნიშვნელობა - 44,541; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. (ცხრილი 61, ცხრილი 62, ცხრილი 63, ცხრილი 64, დიაგრამა 6)

ასაკი: „რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 986. პირსონის Chi-კვადრატი - 48.247; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Kendall's tau-b) - „0,175“; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 153, ცხრილი 154)

სამსახურებრივი პოზიცია: „თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 972. პირსონის Chi-კვადრატი - 26.701; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,001; კორელაციის კოეფიციენტი (Spearman's rho) - -0,113; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 67, ცხრილი 68, ცხრილი 69)

სამსახურებრივი პოზიცია: „თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 997. პირსონის Chi-კვადრატი - 33.875; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,130;

სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 70, ცხრილი 71)

სამუშაო ადგილი: „თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 977. პირსონის Chi-კვადრატი - 31.810; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,128; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 98, ცხრილი 99)

სამსახურეობრივი პოზიცია: „თქვენი აზრით სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ დონეს?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 998. პირსონის Chi-კვადრატი - 17.678; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,001, კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,094; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 72, ცხრილი 73)

სამსახურეობრივი პოზიცია: „თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა, საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 997. პირსონის Chi-კვადრატი - 46.855; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,153; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 84, ცხრილი 85)

სამუშაო ადგილი: „თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 977. პირსონის Chi-კვადრატი - 21.763; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,106; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 100, ცხრილი 101)

სამსახურეობრივი პოზიცია: „გაქვთ თუ არა სურვილი, მონაწილეობა მიიღოთ ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 999. პირსონის Chi-კვადრატი - 50.306; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,159;

სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 86, ცხრილი 87)

სამედიცინო პერსონალის მიერ, არსებული ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მოთხოვნებთან შესაბამისობის შეფასება: „თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ დონეს?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 994. პირსონის Chi-კვადრატი - 219.771; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,326; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 110, ცხრილი 111)

სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით: „შეაფასეთ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 956. პირსონის Chi-კვადრატი - 919.782; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Kendall's tau-b) - 0,527; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. დისპერსიული ანალიზის მიხედვით: ჯგუფებს შორის სხვაობა - 261,147; F-მნიშვნელობა - 191,793; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. (ცხრილი 112, ცხრილი 113, ცხრილი 114, დიაგრამა 7)

სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება არსებული ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მოთხოვნებთან შესაბამისობასთან დაკავშირებით: „შეაფასეთ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 971. პირსონის Chi-კვადრატი - 202.262; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,323; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. დისპერსიული ანალიზის მიხედვით: ჯგუფებს შორის სხვაობა - 181,772; F-მნიშვნელობა - 107,814; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. (ცხრილი 115, ცხრილი 116, ცხრილი 117, დიაგრამა 8)

სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ: „ თქვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ ხარისხს?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 984. პირსონის Chi-კვადრატი - 42.230; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000;

კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,146; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 151, ცხრილი 152)

2.2.4.4. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის ცვლადის ურთიერთკავშირი სხვა ცვლადებთან

გამომდინარე იქიდან, რომ სამედიცინო მომსახურების პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი და მთავარი განმაპირობებელი კომპონენტია, სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერების საკითხის ანალიზისთვის, „ჩართულობის“ ცვლადი აღმოჩნდა მნიშვნელოვანი შესადარებელი ინსტრუმენტი.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა: „სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 976. პირსონის Chi-კვადრატი - 147.793; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,275; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 118, ცხრილი 119)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა: „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 985. პირსონის Chi-კვადრატი - 104.655; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,230; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 120, ცხრილი 121)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა: „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 984. პირსონის Chi-კვადრატი - 129.162; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000;

კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,256; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 122, ცხრილი 123)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა: „იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 974. პირსონის Chi-კვადრატი - 146.714; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,274; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 124, ცხრილი 125)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა: „სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, ფუნქციონირებს თუ არა პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისია?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 977. პირსონის Chi-კვადრატი - 136.653; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,264; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 124, ცხრილი 126, ცხრილი 127)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა: „თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 982. პირსონის Chi-კვადრატი - 29.452; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,122; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 128, ცხრილი 129)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა: „გაქვთ თუ არა სურვილი, მონაწილეობა მიიღოთ ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 984. პირსონის Chi-კვადრატი - 138.532; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,265; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. დისპერსიული ანალიზის მიხედვით: ჯგუფებს შორის სხვაობა - 45,828; F-მნიშვნელობა - 27,944; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05 (ცხრილი 130, ცხრილი 198, ცხრილი 147, დიაგრამა 5)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა: „იცნობთ თუ არა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 979. პირსონის Chi-კვადრატი - 94.926; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,180; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 132, ცხრილი 133)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა: „გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 972. პირსონის Chi-კვადრატი - 203.666; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,264; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. დისპერსიული ანალიზის მიხედვით: ჯგუფებს შორის სხვაობა - 107,520; F-მნიშვნელობა - 58,336; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. (ცხრილი 134, ცხრილი 135, ცხრილი 136, დიაგრამა 2)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა: „იცნობთ თუ არა, სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 976. პირსონის Chi-კვადრატი - 195.791; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,259; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 137, ცხრილი 138)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა: „რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (ხარისხის შიდა აუდიტი)?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 982. პირსონის Chi-კვადრატი - 213.898; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's V) - 0,269; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. (ცხრილი 139, ცხრილი 140)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა: „თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე?“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001,

დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 961. პირსონის Chi-კვადრატი - 143.991; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Kendall's tau-b) - 0,258; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. დისპერსიული ანალიზის მიხედვით: ჯგუფებს შორის სხვაობა - 73,428; F-მნიშვნელობა - 27,894; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. (ცხრილი 141, ცხრილი 142, ცხრილი 143, დიაგრამა 3)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა: „შეაფასეთ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი“ - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობა - 1001, დასაშვებ დაკვირვებათა რაოდენობა - 963. პირსონის Chi-კვადრატი - 106.802; ასიმპტოტური მნიშვნელობა (ორმხრივი) - 0,000; კორელაციის კოეფიციენტი (Kendall's tau-b) - 0,235; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. კორელაცია მნიშვნელოვანია 0,01 დონეზე. დისპერსიული ანალიზის მიხედვით: ჯგუფებს შორის სხვაობა - 73,068; F-მნიშვნელობა - 25,517; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) - <0,05. (ცხრილი 144, ცხრილი 145, ცხრილი 146, დიაგრამა 4)

2.2.4.5. რეგრესული ანალიზი

სხვადასხვა ცვლადში მიღებული შედეგების განმაპირობებელი (მაპროვოცირებელი) ფაქტორების შესწავლის, ცვლადებს შორის ურთიერთკავშირისა და ერთმანეთზე ზეგავლენის ხარისხის დადგენის მიზნით, გამოყენებულ იქნა რეგრესული ანალიზის მეთოდი. რეგრესული ანალიზის მოდელის მიხედვით, დამოკიდებულ და დამოუკიდებელ ცვლადებს შორის ურთიერთკავშირი შემდეგია:

დამოკიდებული ცვლადი: „იცნობთ თუ არა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას?“ - R-კოეფიციენტი - 0,361; რეგრესიის კოეფიციენტი - 360,035, რეგრესული მოდელის F-კოეფიციენტი - 93,848, სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) <0,05. (ცხრილი 155, ცხრილი 156)

დამოკიდებული ცვლადი: „იცნობთ თუ არა აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებს თქვენი საქმიანობის რეგულირებასთან დაკავშირებით?“ - R-კოეფიციენტი - 0,498; რეგრესიის კოეფიციენტი - 485,460, რეგრესული მოდელის F-კოეფიციენტი - 50,879, სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) <0,05. (ცხრილი 157, ცხრილი 158)

დამოკიდებული ცვლადი: „გსმენიათ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის შესახებ?“ - R-კოეფიციენტი - 0,550; რეგრესიის კოეფიციენტი - 530,312, რეგრესული

მოდელის F-კოეფიციენტი - 168,279, სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) <0,05. (ცხრილი 159, ცხრილი 160)

დამოკიდებული ცვლადი: „იცნობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ნებართვების/ლიცენზიების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს?“ - R-კოეფიციენტი - 0,243; რეგრესიის კოეფიციენტი - 240,953, რეგრესული მოდელის F-კოეფიციენტი - 28,899, სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) <0,05. (ცხრილი 161, ცხრილი 163)

დამოკიდებული ცვლადი: „სამედიცინო ცენტრში, სადაც მუშაობთ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ ტარდება თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგი (დაწესებულების შემოწმება)?“ - R-კოეფიციენტი - 0,530; რეგრესიის კოეფიციენტი - 315,080, რეგრესული მოდელის F-კოეფიციენტი - 74,432, სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) <0,05. (ცხრილი 162, ცხრილი 164)

დამოკიდებული ცვლადი: „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, დანერგილია ხარისხის მართვის სისტემა და დაწესებულებას აქვს ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატი“ - R-კოეფიციენტი - 0,482; რეგრესიის კოეფიციენტი - 285,846, რეგრესული მოდელის F-კოეფიციენტი - 42,378, სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) <0,05. (ცხრილი 165, ცხრილი 167)

დამოკიდებული ცვლადი: „სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მუშაობთ, ხარისხის გუნდის მიერ ტარდება სამედიცინო მომსახურების შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)“ - R-კოეფიციენტი - 0,591; რეგრესიის კოეფიციენტი - 577,584, რეგრესული მოდელის F-კოეფიციენტი - 108,402, სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) <0,05. (ცხრილი 166, ცხრილი 168)

დამოკიდებული ცვლადი: „რამდენად ხშირად ტარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა მონიტორინგი (აუდიტი)?“ - R-კოეფიციენტი - 0,587; რეგრესიის კოეფიციენტი - 349,570, რეგრესული მოდელის F-კოეფიციენტი - 105,592, სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) <0,05. (ცხრილი 169, ცხრილი 171)

დამოკიდებული ცვლადი: „იცნობთ თუ არა ხარისხის გუნდის წევრებს, როგორც მონიტორინგის (აუდიტის) განმახორციელებელ პირებს?“ - R-კოეფიციენტი - 0,509; რეგრესიის კოეფიციენტი - 502,562; რეგრესული მოდელის F-კოეფიციენტი - 113,691; სტატისტიკური სარწმუნოობის კოეფიციენტი (P) <0,05. (ცხრილი 170, ცხრილი 172)

დამოკიდებული ცვლადი: „რამდენად ხართ ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში?“ - R-კოეფიციენტი -

0,415; რეგრესიის კოეფიციენტი - 387,830; რეგრესული მოდელის F-კოეფიციენტი - 31,532; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) <0,05. (ცხრილი 173, ცხრილი 174)

დამოკიდებული ცვლადი: „თქვენი აზრით, როგორი გავლენა აქვს დადგენილ სტანდარტებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე?“ - R-კოეფიციენტი - 0,421; რეგრესიის კოეფიციენტი - 396,195; რეგრესული მოდელის F-კოეფიციენტი - 85,380; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) <0,05. (ცხრილი 175, ცხრილი 176)

დამოკიდებული ცვლადი: „თქვენი აზრით, არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს?“ - R-კოეფიციენტი - 0,336; რეგრესიის კოეფიციენტი - 319,990; რეგრესული მოდელის F-კოეფიციენტი - 43,777; სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) <0,05. (ცხრილი 177, ცხრილი 178)

2.2.4.6. ორ განსხვავებულ ჯგუფს შორის არსებული საშუალო მაჩვენებლების შედარება (T-ტესტი)

სხვა ცვლადებთან მიმართებით სამუშაო პოზიციის ცვლადში შემავალ ჯგუფებს შორის სხვაობის განსაზღვრის მიზნით გამოყენებულ იქნა T-ტესტი (Independent Sample T-Test - ერთი გაზომვა ორ ჯგუფზე).

შესადარებლად განისაზღვრა ჯგუფთა შემდეგი კომბინაციები:

- არასამედიცინო პერსონალი - ექიმები;
- არასამედიცინო პერსონალი - უმცროსი ექიმები;
- არასამედიცინო პერსონალი - ექთნები;

ლევინის ტესტის (Levene's test) მიხედვით, არ დასტურდება ჯგუფებს შორის სარწმუნო სხვაობა. სტატისტიკური სარწმუნოების კოეფიციენტი (P) >0,05.

2.2.4.7. კვლევის საკითხების მიმართ დაბალი ინტერესის (გულგრილი დამოკიდებულების) მქონე სამედიცინო პერსონალის გადანაწილების აღწერა სიხშირეთა ანალიზის საშუალებით

რესპონდენტთა მხრიდან (სამედიცინო პერსონალი, საკონტროლო ჯგუფი) სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებული რიგი საკითხების მიმართ დაფიქსირდა დაბალი ინტერესი, რაც გამოიხატება მათ მიერ, კითხვარში არჩეული შემდეგი პასუხებით: „საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემაა“, „არ ვიცი, მე არ მეხება“, „საერთოდ არ ვარ ჩართული, რადგან ეს მე არ მეხება“.

მსგავსი შინაარსის პასუხების სიღრმისეული შესწავლის მიზნით, მოხდა მოცემული მნიშვნელობების ერთ კატეგორიაში გაერთიანება - „საკითხისადმი გულგრილი

დამოკიდებულება“. ხსენებულ კატეგორიაში გაერთიანების შემდეგ, სიხშირეთა ანალიზის საშუალებით მოხდა ამ ცვლადში შემავალ რესპონდენტთა სტატისტიკური გადანაწილების დადგენა ისეთი ცვლადების მიხედვით, როგორებიცაა: ასაკი, სქესი, სამსახურეობრივი პოზიცია, სამუშაო ადგილი და საქმიანობის სფერო. (ცხრილი 179, დიაგრამა 10, ცხრილი 180, დიაგრამა 11, ცხრილი 181, დიაგრამა 12, ცხრილი 182, დიაგრამა 13, ცხრილი 183, დიაგრამა 14)

2.2.5. თვისებრივი კვლევის (სიღრმისეული ინტერვიუ) შედეგები

თვისებრივი კვლევის (სიღრმისეული ინტერვიუ) საწყის ეტაპზე, რესპონდენტთა საწყის ჯგუფად, შემთხვევითი შერჩევით განისაზღვრა 2 (ორი) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს ექსპერტი. პირველ ჯგუფში განისაზღვრა ჯანდაცვის პოლიტიკის მიმართულებით სამუშაო გამოცდილების მქონე ექსპერტები, ხოლო მეორე ჯგუფის მონაწილეებად კი აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროში მმართველ პოზიციაზე მუშაობის გამოცდილების მქონე საჯარო მოხელეები. კვლევის შემდეგ ეტაპებზე რესპონდენტთა ამორჩევა გაგრძელდა დეტერმინირებულად, ყოველი მომდევნო რესპონდენტი წარმოადგენდა წინა რესპონდენტის მიერ რეკომენდირებულ პირს.

იქიდან გამომდინარე, რომ ინტერვიუების მსვლელობის პროცესში მონაცემები მეორდებოდა და ახალი ინფორმაცია არ ფიქსირდებოდა, კვლევა შეწყდა მე-11 რესპონდენტზე.

სიღრმისეული ინტერვიუს დროს კვლევის საკითხების მიმართ რესპონდენტთა შეფასებები, მოსაზრებები და კომენტარები დამუშავდა თვისებრივი კვლევის მეთოდოლოგიით.

ინტერვიუს საკითხების მიმართ ექსპერტთა მოსაზრებები ძირითადად ურთიერთ თანხვედრაშია, აღწერს ჯანდაცვის სფეროს განვითარების შემაფერხებელ გარემოებებს, ჯანდაცვის სისტემის მმართველობის, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და რეგულირების მექანიზმების ნაკლოვანებებს.

რესპონდენტთა მიერ დაფიქსირებული მოსაზრებების დამუშავებისა და სიღრმისეული ანალიზის შემდეგ, ექსპერტთა საერთო და განსხვავებული აზრების უკეთ წარმოსაჩენად გამოიყო საკვანძო კომპონენტები და დაჯგუფდა კატეგორიებად:

- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვისა და რეგულაციის ხარვეზები, სფეროს განვითარების შემაფერხებელი გარემოებები;
- ჯანდაცვის კანონმდებლობის ხარვეზები;
- ჯანდაცვის სისტემა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ხარვეზები;

- სამედიცინო დაწესებულებების სტანდარტიზაციისა და აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე;
- აჭარის ა.რ. აღმასრულებელი-მარეგულირებელი ორგანოს - ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს როლი ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელების, სისტემის ეფექტური მართვის პროცესში მონაწილეობისა და მარეგულირებელი ფუნქციების შესრულებასთან მიმართებით;
- სახელმწიფო პოლიტიკა კორონავირუსის პანდემიის მართვაში, პანდემიის მართვის სახელმწიფო ხარვეზები;
- საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სამომავლო პერსპექტივები, სისტემის შემდგომი განვითარების საჭიროებები და ფორმები.

თავი III განსჯა და მეცნიერული მიგნებები

3.1. სამეცნიერო თეორიული მასალისა და სოციოლოგიური კვლევის შედეგების ანალიზი

სხვადასხვა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მართვის მოდელთა შესწავლის საფუძველზე, მოხდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დეტალური ანალიზი, როგორც სამაგიდე, ისე პრაქტიკული კვლევის ფარგლებში. ნაშრომში წარმოდგენილი მსჯელობა ძირითადად ეფუძნება დამუშავებული სამეცნიერო-თეორიული მასალისა და განხორციელებული სოციოლოგიური (რაოდენობრივი, თვისებრივი) კვლევის შედეგების სინთეზს:

3.1.1. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მმართველობა, სტრუქტურულ-ფუნქციური თავისებურებები და ნაკლოვანებები მმართველობა და რეგულირების სისტემა

ნაშრომში წარმოდგენილი თეორიული მასალისა და სოციოლოგიური კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე, საქართველოს ჯანდაცვის სფეროში არსებული სისტემური ხარვეზების მიუხედავად, დადებითად უნდა შეფასდეს სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის (ფინანსური და გეოგრაფიული) უზრუნველყოფის საკითხი. სახელმწიფო პროგრამების საშუალებით გარკვეულწილად შემსუბუქდა სამედიცინო მომსახურებაზე მოქალაქის მიერ გასაწევი ფინანსური ტვირთი. პირველადი ჯანდაცვის სუსტი რგოლის მიუხედავად, სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის საშუალებით, რეგიონის დონეზე მეტნაკლებად მოიხსნა გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა. თუმცა უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ მიუხედავად პჯდ რგოლის განვითარების და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის გაძლიერების მცდელობისა, ჯერ კიდევ დაბალია საზოგადოების ნდობა და პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ათვისების მაჩვენებელი, რაც საბოლოოდ ამცირებს პროფილაქტიკური მედიცინის შესაძლებლობას და ტვირთავს ჰოსპიტალურ სექტორს.

ასევე დადებითად უნდა შეფასდეს 2014 წლის ასოცირების შეთანხმებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულების ტენდენცია, კერძოდ: გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის მხრივ განხორციელებული ქმედებები, თამბაქოს კონტროლთან დაკავშირებული საკანონმდებლო ცვლილებები და ასოცირების ხელშეკრულებაზე ხელმოწერისა და რატიფიცირების შემდეგ შემუშავებული სამოქმედო ღონისძიებები ((233), (236), (245), (278)) ფაქტობრივად განვითარების პროცესშია.

არაგადამდებ დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის მხრივ მიღწეული შედეგების მიუხედავად, უნდა აღინიშნოს სამომავლო გეგმების ბუნდოვანება: „საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგია 2021-2025 და

2021-2023 წლების სამოქმედო გეგმა“, რომლის პრეზენტაციაც 2021 წლის 15 ივნისს პარლამენტში გაიმართა და ჯერ კიდევ (187), (188) არ არის დამტკიცებული, პროექტი კი ხელმისაწვდომი არ არის დაინტერესებული მხარეებისთვის.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმებთან დაკავშირებით, საქართველოს მიერ ასოცირების ხელშეკრულებით აღებულ ვალდებულებებთან დაკავშირებით აღსანიშნავია გარკვეული ძვრები, მათ შორის სამედიცინო საქმიანობის სახვადასხვა მიმართულების სალიცენზიო-სანებართვო პირობებში შეტანილი ცვლილებები, ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემისა და ელექტრონული რეცეპტების ამოქმედება, თუმცა სისტემური ხარვეზებიდან გამომდინარე ხსენებული ცვლილებების ეფექტურობა არ არის თვალსაჩინო.

საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების რეიტინგში, საქართველოსთვის პროფესიონალიზმთან დაკავშირებით მინიჭებული დაბალი ქულა (22.76) (ცხრილი 191), (212), (200) კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტის მხრივ ქვეყანაში არსებულ გამოწვევებსა და უპკ სისტემის განვითარების საჭიროებას; აღნიშული ასევე დასტურდება ნაშრომში წარმოდგენილი სოციოლოგიური კვლევის შედეგებითაც. წარმოდგენილი რეიტინგის (ცხრილი 191), (212), (200) შედეგებით ნათელია, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას განვითარების მაღალი პოტენციალი გააჩნია და ეფექტური პოლიტიკის გატარების პირობებში უპირობო წარმატების მიღწევა შეუძლია.

ჯანმო-ს მიერ შემუშავებული ჯანდაცვის სისტემის ჩარჩო-სტრუქტურის (სურათი 3), (109) და ნაშრომში წარმოდგენილი საინფორმაციო და პრაქტიკული კვლევის შედეგების მიხედვით, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ანალიზით ნათელია, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სფეროში, ყველა მიმართულებით აქტიურად მიმდინარე ცვლილებების მიუხედავად, ხარვეზები იკვეთება ჯანდაცვის სისტემის „სამშენებლო ბლოკების“ თითქმის ყველა კომპონენტში: მომსახურების მიწოდება, ჯანდაცვის პერსონალი, ინფორმაცია, ვაქცინაცია და სამედიცინო პროდუქტები, დაფინანსება, ლიდერობა და მმართველობა.

მსჯელობას ამყარებს ნაშრომში წარმოდგენილი კვლევის შედეგებიც: სიღრმისეულ ინტერვიუში მონაწილე ექსპერტთა მიერ, ჯანდაცვის სფეროს და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის შემაფერხებელ გარემოებად სახელდება ჯანდაცვის სისტემის თითოეულ მიმართულებაში არსებული ნაკლოვანებები, რაც ასევე დასტურდება სამედიცინო პერსონალის სოციოლოგიური კვლევის შედეგებითაც. ხსენებული ნაკლოვანებები, ბუნებრივია, ზეგავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების სისტემის ისეთ ასპექტებზე, როგორცაა: ხელმისაწვდომობა, მოცვა, ხარისხი და უსაფრთხოება. შედეგად, რთულდება

სისტემის სტრატეგიული (საერთო) მიზნებისა და შედეგების (ჯანმრთელობის უსაფრთხოება) მიღწევა.

ო. გერზმავას სახელმძღვანელოში - „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი“ - წარმოდგენილი მსჯელობის თანახმად, ჯანდაცვის სისტემის მართვა ხორციელდება ეროვნული, რეგიონალური და ლოკალური მმართველობითი ორგანოების მიერ, სადაც მთავრობის, როგორც მმართველისა და ხელმძღვანელის მთავარ ფუნქციას წარმოადგენს ჯანდაცვის პოლიტიკისა და სტრატეგიის შემუშავება, პრიორიტეტების განსაზღვრა, შესაბამისი რესურსების შეგროვება-მოხილიზება და განკარგვა. (3), (4) საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მმართველობითი ფორმა ეწინააღმდეგება მოცემულ დებულებას, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში სამინისტროს უსაზღვრო ფუნქცია - დაგეგმოს, გადაწყვიტოს, დაარეგულიროს, განკარგოს, შეისყიდოს და აკონტროლოს - ეწინააღმდეგება დემოკრატიული მმართველობის პრინციპებს. სახელმწიფო მმართველობითი სტრუქტურისა და ჯანდაცვის სფეროს ერთპიროვნული მმართველობის ნაკლოვანებებს ხაზს უსვამს სიღრმისეულ ინტერვიუში მონაწილე რესპონდენტთა უმრავლესობაც. მოცემული მსჯელობიდან გამომდინარე, ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ერთ-ერთ შემაფერხებელ ფაქტორს ცენტრალიზებული მმართველობა წარმოადგენს.

ჯანდაცვის სისტემის მართვის პროცესში, პროფესიული გაერთიანებების, საზოგადოებრივი ორგანიზაციებისა და სამედიცინო დაწესებულებების თანამონაწილეობასთან დაკავშირებით, კანონმდებლობით განსაზღვრული დებულებები შაბლონურია და ფორმალურ ხასიათს ატარებს. კანონის უზენაესობით დადგენილ, ზემოაღნიშნულ მოცემულობას ეწინააღმდეგება საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის №473 დადგენილება. დებულების მიხედვით „სამინისტრო ეფუძნება ერთმმართველობის პრინციპს“, „სამინისტრო შეიმუშავებს და განსაზღვრავს სრული და სწორი მონაცემებისა და პროცესების მართვის, ურთიერთკოორდინაციისა და განხორციელების მექანიზმებს“. (237) სამინისტროს მიერ მიღებული გადაწყვეტილებები, რიგ შემთხვევაში არ იზიარებს სამედიცინო სექტორის ან სხვა დაინტერესებული მხარეების ინტერესებს და ხშირად, საზოგადოების მხრიდან განხილვის საგანი ხდება.

მოცემული მსჯელობის გასამყარებლად, არგუმენტად შეიძლება მოყვანილ იქნას დარგის ექსპერტთა და სამედიცინო სექტორის სხვა წარმომადგენელთა რიგი კრიტიკული მსჯელობები და განხილვები მთავრობის №592 დადგენილებისა („2018 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“) თუ პანდემიის მართვის პროცესში

მიღებულ გადაწყვეტილებებთან, განხორციელებულ ქმედებებსა თუ დაშვებულ შეცდომებთან დაკავშირებით.

კორონავირუსის პანდემიის მართვის პროცესში უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო ძირითადად დაკომპლექტებული იყო სამთავრობო სტრუქტურებით და არასამეწარმეო იურიდიულ პირთა მცირე ნაწილით. (8), (241) მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილების მიღების პროცესში თანამონაწილეობის უფლება არ ჰქონდათ კრიტიკული შეხედულების მქონე დარგის სპეციალისტებს, არ ხდებოდა მათი შეფასებებისა და რეკომენდაციების გათვალისწინება. ამასთან, რიგი გადაწყვეტილებებისა არ იყო მიღებული ერთსულოვანი შეთანხმების საფუძველზე. ძირითადად ტარდებოდა მოკლევადიან შედეგზე ორიენტირებული ღონისძიებები. ჯანდაცვის სისტემის მართვის პროცესის ხარვეზებთან დაკავშირებით მოცემულ მსჯელობას ამყარებს ნაშრომში წარმოდგენილი, დარგის ექსპერტებთან სიღრმისეული ინტერვიუს შედეგებიც, სადაც ექსპერტები აკრიტიკებენ სამინისტროს ავტოკრატიულ და ერთპიროვნულ მმართველობას.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის თანახმად, „სტრატეგიის შემუშავების პროცესში“ სამთავრობო და არასამთავრობო უწყებებისა თუ დონორი ორგანიზაციების გარდა „თანამშრომლობა შედგა“ „ჯანდაცვის სექტორის ყველა ძირითად დაინტერესებულ მხარესთან“. (29) მოცემულ დებულებას ეწინააღმდეგება სიღრმისეულ ინტერვიუში მონაწილე ექსპერტთა ნაწილის მიერ წარმოდგენილი მსჯელობა, სტრატეგიული მიმართულებებისა თუ რეფორმების დროს დაინტერესებულ მხარესთან კომუნიკაციის არარსებობისა და მათი აზრის გათვალისწინებლობის შესახებ. მათ შორის ექსპერტი №8, სწორედ რომ ხაზს უსვამს სტრატეგიული განვითარების გეგმის შემუშავების პროცესში ჯანდაცვის სპეციალისტთა ჩაურთველობის საკითხს.

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს 2021 წლის ანგარიშებში, ჯანდაცვის სამინისტროს ერთ-ერთ მიღწევად სახელდება ტარიფიკაციის პროცესის დაწყება, ასევე კლინიკებისადმი დავალიანების და ანგარიშსწორების ვადების მოწესრიგება. (29), (25) მართალია სახელმწიფოს მიერ გარკვეულწილად დაიფარა სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ არსებული დავალიანებები და შემცირდა დაფარვის ინტერვალი, თუმცა ჯერ კიდევ გამოწვევად რჩება ტარიფიკაციის საკითხი, რაც დარგის სპეციალისტთა მხრიდან მწვავე კრიტიკის საგანია, განსაკუთრებით კი, მთავრობის №520 დადგენილების საფუძველზე კარდიოქირურგიულ ოპერაციებზე ტარიფების დაწესება. სამედიცინო სექტორი და დარგის ექსპერტები უარყოფითად აფასებენ კარდიოქირურგიულ ჩარევებზე ტარიფიკაციის ეფექტურობას და აღნიშნავენ, რომ ხსენებული ცვლილება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის

შემაფერხებელი ფაქტორია. აღნიშნული მიდგომა მყარდება ნაშრომში წარმოდგენილი კვლევის შედეგებითაც, სიღრმისეული ინტერვიუს რესპონდენტ ექსპერტთა უმრავლესობა ხაზს უსვამს მთავრობის №520 დადგენილებს ნაკლოვანებებს. სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების ტარიფების საკითხს განიხილავს სოციოლოგიური კვლევის ფარგლებში გამოკითხული სამედიცინო პერსონალიც.

მთავრობის №520 დადგენილებით განსაზღვრული ტარიფების სისტემა ხელს უშლის ხარისხიანი მომსახურების უზრუნველყოფას და შემოსავლების გაზრდის მიზნით, სამედიცინო სექტორს აიძულებს მიმართოს არაკეთილსინდისიერ გზებს. ტარიფების დადგენის შემდეგ დამკვიდრებული მანკიერი პრაქტიკის მიხედვით, პროცედურისთვის საჭირო ფინანსური ხარჯების დაზოგვისა და შემოსავლის გაზრდის მიზნით, სამედიცინო დაწესებულებები მიმართავენ სხვადასხვა „ხრიკებს“, როგორებიცაა: „არჩეული სპეციალისტისთვის დამატებითი საფასურის დაწესება“, „VIP პალატის არჩევის საფასური“ თუ წინასაოპერაციო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების განხორციელება ამბულატორიული სერვისის ფარგლებში (ჯიბიდან გადახდით), რაც განტვირთავს საოპერაციო ხარჯებს და ზრდის კლინიკის შემოსავალს.

სამედიცინო მომსახურებებზე ერთიანი ტარიფების დადგენა გაზრდის თანაბარი ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობას, თუმცა ტარიფიკაცია დაფუძნებული უნდა იყოს მაღალხარისხიანი მომსახურებისა და ტექნოლოგიური შესაძლებლობების რეალურ ღირებულებაზე. რეალურ საჭიროებაზე და ღირებულებაზე დაფუძნებული ტარიფები, ასევე სწორი მარეგულირებელი და კონტროლის მექანიზმები, ერთი მხრივ, აღმოფხვრის სამედიცინო სექტორის მიერ ხელოვნურად შექმნილ საჭიროებებთან დაკავშირებულ დამკვიდრებულ მანკიერ პრაქტიკას და, მეორე მხრივ, შესაძლებელი გახდება სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობისა და მაღალი ხარისხის მიღწევა.

სხვადასხვა სამეცნიერო, ლიტერატურული თუ იურიდიული მასალის შესწავლის საფუძველზე ნათელია, რომ საქართველოში, სამედიცინო სფეროში წესრიგის საფუძველს განსაზღვრავს ჯანდაცვის კანონმდებლობა, კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციები (გაიდლაინები), დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტები (პროტოკოლები), ასევე საერთაშორისო თუ ეროვნული სტანდარტებისა და მტკიცებითი მედიცინის სიახლეების საფუძველზე შემუშავებული დაწესებულების (შიდა), სხვადასხვა სამედიცინო პროგრამების, უცხო ქვეყნების, საერთაშორისოდ აღიარებული სამედიცინო სტანდარტები და სხვა.

როგორც წესი, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლისთვის სხვადასხვა ინსტრუმენტი გამოიყენება. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების კრიტერიუმებიდან აღსანიშნავია - მომსახურების პროცესის შესაბამისობა ეროვნულ და საერთაშორისო სტანდარტებთან, სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესების დაცვა, დაავადების გამოსავალი, პაციენტის უსაფრთხოება, კმაყოფილება და სხვა. საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად, სამედიცინო საქმიანობაზე ზედამხედველობა ხორციელდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და დოკუმენტაციის კონტროლის გზით. (263), (266) უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ინდიკატორები და ხარისხის კონტროლის მექანიზმი არ არის სრულყოფილი და ხასიათდება რიგი ნაკლოვანებებით.

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის თანახმად, სახელმწიფოს ვალდებულებას წარმოადგენს „საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა სახელმწიფოს ნაკისრი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულების ფარგლებში“, ამავე კანონის მიხედვით, სახელმწიფო პასუხისმგებლობას იღებს მხოლოდ „სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე“. (263) კანონმდებლობა არ ითვალისწინებს სახელმწიფო პროგრამებს მიღმა დარჩენილი სერვისების თანაბარი ხელმისაწვდომობის, სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და ხარისხის უზრუნველყოფაზე პასუხისმგებლობის საკითხს. აქედან გამომდინარე, დასაშვებია მსჯელობა, რომ ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების კერძო და სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის საკითხის მიმართ სახელმწიფოს მიდგომა არათანაბარია. სახელმწიფო თანაბრად არ ეკიდება ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის საკითხს.

მთავრობის N177 დადგენილება (228) არეგულირებს სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესებს, განსაზღვრავს სამედიცინო დაწესებულებების პროცედურულ ვალდებულებებს. დადგენილების ძირითადი შინაარსობრივი დატვირთვა ეხება არა სამედიცინო მომსახურების მიწოდების წესებს, არამედ პაციენტის სამედიცინო მომსახურების დაწყებამდე პაციენტის იდენტიფიცირების, შეტყობინების გაკეთების, სამედიცინო დოკუმენტაციის საქმისწარმოების, ანგარიშგებისა და ანაზღაურების პირობებსა თუ პროცედურებს, ასევე მკაფიოდ განსაზღვრულია პროცედურული დარღვევების შემთხვევაში დაფინანსებაზე უარის და ჯარიმების რაოდენობები.

N177 დადგენილებით (228) გათვალისწინებულია მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულების მიერ წარდგენილი „საანგარიშგებო დოკუმენტაციის“ ინსპექტირების საკითხი და ვადები, თუმცა არ არის განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების, მონიტორინგისა და კონტროლის სხვა კომპონენტები. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრული სერვისების შესრულების კონტროლის ფარგლებში, სამედიცინო დოკუმენტაციის რუტინული შემოწმება ვერ იძლევა სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით სრულყოფილ სურათს, ვინაიდან სამედიცინო დოკუმენტაციის კონტროლი, ხარისხის კონტროლის მნიშვნელოვანი, თუმცა მხოლოდ ერთ-ერთი კომპონენტია. აღნიშნულიდან გამომდინარე, დასაშვებია მსჯელობა, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მიმართ მიდგომა ფრაგმენტულია, აქცენტი ძირითადად სამედიცინო დოკუმენტაციის ხარისხზე კეთდება და უგულებელყოფილია მომსახურების პროცესის ხარისხი.

ასეთი მიდგომა ხსნის სოციოლოგიური კვლევის შედეგად მიღებულ მონაცემებსაც, რომელთა მიხედვითაც, მკაფიოდ გამოიკვეთა სამედიცინო პერსონალის გულგრილი დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხების მიმართ. რაც ამყარებს ნაშრომში წარმოდგენილ მსჯელობას, სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემასთან დაკავშირებით, რომ დაწესებულებები ძირითადად სამედიცინო დოკუმენტაციის კანონმდებლობასთან შესაბამისობაში მოყვანით არიან დაკავებულები.

სამედიცინო დაწესებულების სანებართვო პირობებთან შესაბამისობის კონტროლის მექანიზმი არ არის გამართული, კანონმდებლობით განსაზღვრულ რისკზე ან საანგარიშო დოკუმენტზე დაფუძნებული შემთხვევითი შერჩევის გზით შემოწმების პროცედურა არ ატარებს რუტინულ ხასიათს, ფაქტობრივად არ ხდება სამედიცინო აპარატურისა და სხვა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის ექსპლუატაციის ხარისხის კონტროლი. რეგულირების სააგენტო გარკვეულწილად დამოკიდებულია სამედიცინო დაწესებულების კეთილსინდისიერებაზე, ანგარიშგების დროს სწორი მონაცემების დაფიქსირებასთან დაკავშირებით.

საქართველოში დღემდე არ არსებობს ზუსტი სტატისტიკა სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და საექიმო შეცდომებთან დაკავშირებით, მიზეზი კი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების შესაბამისი კრიტერიუმებისა და კონტროლის მექანიზმების არარსებობაა. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონის განსაზღვრა ხდება პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ, სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული განცხადება-საჩივრების

განხილვის საფუძველზე დადგენილი, პროფესიული პასუხისმგებლობების რაოდენობის მიხედვით. რაც, ბუნებრივია, ვერ იძლევა რეალურ სურათსა და ზუსტ ინფორმაციას სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან და საექიმო შეცდომების რაოდენობასთან დაკავშირებით.

2019 წელს, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროში განხორციელებული სტრუქტურულ-ფუნქციური ცვლილებების მიუხედავად, კვლავ გამოწვევად რჩება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის მექანიზმის ეფექტური განხორციელებისთვის ფუნქციათა გადანაწილების საკითხი: სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებული, რეგულირების სააგენტოს მიერ ცენტრალიზებულად განხორციელებული მმართველობითი, მარეგულირებელი და კონტროლის აღსრულების მექანიზმები არ არის ეფექტური, სისტემა ვერ უზრუნველყოფს სამედიცინო სექტორში არსებული პრობლემების დროულ იდენტიფიცირებასა და აღმოფხვრას. ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემის გამოვლენა მეტწილად დამოკიდებულია არა რუტინულ მონიტორინგზე, არამედ „გახმაურებულ მოვლენაზე“, როგორებიცაა: პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების ან სიკვდილის შედეგად სამედიცინო დაწესებულების ან ექიმის წინააღმდეგ დაწერილი საჩივარი და სხვა. რაც, როგორც წესი, დაწესებულებიდან სამედიცინო დოკუმენტაციის გამოთხოვით და, შემდგომ, დოკუმენტაციის მოკვლევით ხორციელდება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და სამედიცინო დოკუმენტაცია ერთმანეთთან მჭიდროდ დაკავშირებული, თუმცა არსებითად განსხვავებული მცნებებია, რომელშიც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისას სამედიცინო დოკუმენტაცია ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ინსტრუმენტს წარმოადგენს. სამწუხაროდ, სამედიცინო დოკუმენტაციის ადეკვატურად წარმოება ექიმებს მეტად ბიუროკრატიულ და რუტინულ საქმიანობად (სამედიცინო საზოგადოებაში გავრცელებული მიდგომის თანახმად, „ისტორია იწერება პროკურორისთვის“) მიაჩნიათ და, რიგ შემთხვევებში მარეგულირებელი ორგანოს მხრიდან სანქციის საფუძველი ხდება.

სამედიცინო დოკუმენტაციის კონტროლი, როგორც სახელმწიფო ზედამხედველობის ერთ-ერთი კომპონენტი, საქართველოში ძირითადად დამსჯელობითი მიზნით გამოიყენება და საჯარიმო სანქციებზეა გათვლილი. სამწუხაროდ, მარეგულირებელი ორგანოს მიერ არ ხდება ძირეული პრობლემების შესწავლა და ანალიზი.

სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებასთან დაკავშირებით განსაზღვრული მოთხოვნების მხრივაც იკვეთება რიგი ნაკლოვანებები: ელექტრონული მმართველობისა და ელექტრონული

საქმისწარმოების ერაში, თანამედროვე ტექნოლოგიების საშუალებით ელექტრონული ხელწერის შესაძლებლობის მიუხედავად, სამედიცინო დოკუმენტაციის შემოწმების პროცესში სამედიცინო დოკუმენტაცია ვალიდურად არ ითვლება თუ ის არ არის „სველი ხელწერითა“ და ბეჭდით დამოწმებული. მართალია, საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით დაშვებულია სამედიცინო დოკუმენტაციის ელექტრონულად წარმოება; გარდა ამისა, მოქმედებს ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების სავალდებულო სისტემა და დაწესებულებების უმრავლესობას დანერგილი აქვს სამედიცინო დოკუმენტაციის მართვის ელექტრონული სისტემები, თუმცა, სამედიცინო დოკუმენტაციის შემოწმების პროცესში, „სველი ხელწერისა“ და ექიმის შტამპის არარსებობა, როგორც წესი ხდება საჯარიმო სანქციის მიზეზი. კანონმდებლობის მხრივ, მნიშვნელოვანი ლაფსუსია „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ კანონით განსაზღვრული ვალდებულება: „სამედიცინო ჩანაწერის ყოველი ახალი ნაწილი“ უნდა დამოწმდეს ექიმის „მკაფიო ხელმოწერით“. (266) დასახვეწია სამედიცინო დოკუმენტაციის წესი. იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო დოკუმენტაციის შესრულება ხდება ელექტრონულად, ინფორმაციული ტექნოლოგიების გამოყენებით, მნიშვნელოვანია ტექნოლოგიების შესაძლებლობების ათვისება, ელექტრონული ხელწერის დაშვებისა და აღიარების უფლების მინიჭება. სველი ხელმოწერის აუცილებლობა კი უნდა ვრცელდებოდეს მხოლოდ მექანიკურად, ქაღალდის მატარებელზე წარმოებულ სამედიცინო ჩანაწერებზე.

მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულია სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციური კონტროლის ფუნქციონირების წესი და შესაბამისი შეფასების ინსტრუმენტი. (302), (250), (305) თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ მარეგულირებელი სისტემა არ ითვალისწინებს სამედიცინო დაწესებულებების შემოწმების პერიოდულობას, რაც განაპირობებს არსებული რეგულაციის ფორმალურობასა და აღსრულების უფულებელყოფას.

გარდა ამისა, სახელმწიფო პროგრამის მიმწოდებელი სტაციონარული დაწესებულებებისთვის ცალკე, საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის ინდივიდუალური სამართლებრივი აქტით დამტკიცებულია სახელმწიფო პროგრამის განმახორციელებელ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში ინფექციური კონტროლის ფუნქციონირების წესი და შესაბამისი შეფასების ინსტრუმენტი, (312) რაც ორმაგი რეგულაციის საფუძველს ქმნის ინფექციური კონტროლის მიმართულებით. თუმცა აქაც, როგორც წინა შემთხვევაში, არ არის გათვალისწინებული მონიტორინგის განხორციელების ვადები, რაც ასევე სამედიცინო დაწესებულების მხრიდან ხშირ შემთხვევაში მარეგულირებელი პრინციპების უფულებელყოფის მიზეზი ხდება.

ინფექციური კონტროლის მხრივ, ერთმანეთის მსგავსი ორი შეფასების ინსტრუმენტი, რომლის მაკონტროლებელსაც ერთი სახელმწიფო უწყების ორი სტრუქტურა წარმოადგენს

(რეგულირების სააგენტო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი), გარდა იმისა, რომ ქმნის ზედმეტ ბიუროკრატიულ ბარიერს და საქმიანობის მიმართ წაყენებული მოთხოვნები გაფანტულია სხვადასხვა სამართლებრივ აქტში, ასევე იწვევს დაბნეულობას ჯანდაცვის სექტორისთვის. უპრიანია, არსებობდეს ინფექციური კონტროლის ფუნქციონირების ერთიანი წესი, რომელიც გავრცელდება როგორც სახელმწიფო პროგრამების მიმწოდებელ, ისე კერძო პრაქტიკის განმახორციელებელ სამედიცინო დაწესებულებებზე.

ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ინფექციური კონტროლის მიმართ მოთხოვნები ზოგადი და მინიმალურია. სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებებისგან განსხვავებით, ამბულატორიული დაწესებულებებისთვის არ არის განსაზღვრული კონკრეტული მოთხოვნები და შეფასების ინსტრუმენტი. ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციური კონტროლის მონიტორინგი ფაქტობრივად არ ხორციელდება.

ქვეყანაში არ არსებობს ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების სრული ბაზა. ამბულატორიული საქმიანობის დაწყებისთვის ძირითად სავალდებულო მოთხოვნას, ჯანდაცვის სამინისტროსთვის მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/საქმიანობების შესახებ შესაბამისი შეტყობინების გაგზავნა წარმოადგენს, რომელიც შემდგომში უნდა აისახოს ჯანდაცვის სამინისტროს საინფორმაციო პორტალზე.

აღსანიშნავია, რომ პორტალზე არსებული ინფორმაცია არ არის სრულყოფილი და ფიქსირდება რიგი უზუსტობები, მათ შორის უკვე ასახულ სამედიცინო დაწესებულებებზე შეცდომით მითითებული მისამართები. გარდა ამისა, ბაზიდან არ არის ამოღებული უკვე უფუნქციო ან გაუქმებული სამედიცინო დაწესებულებები, ხარვეზებია ახალი რეგისტრირებული ამბულატორიული დაწესებულებების ასახვის თვალსაზრისით და სხვა. ასევე პრობლემას წარმოადგენს სტომატოლოგიური დაწესებულებების რეალური რაოდენობის მიგნების საკითხიც.

აღსანიშნავია, რომ 2021 წელს, ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში, პროექტის - „ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის გაძლიერება საქართველოს ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში“ ფარგლებში, მნიშვნელოვანი ღონისძიებები განხორციელდა. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს საინფორმაციო პორტალზე არსებული ბაზიდან, შემთხვევითი შერჩევით ამორჩეულ სამედიცინო დაწესებულებებში, განხორციელდა ხსენებული პროექტის ფარგლებში შექმნილი ინსტრუმენტის პილოტირება - „ინფექციური კონტროლის მონიტორინგი საპილოტე ინსტრუმენტის საშუალებით“. მონიტორინგის საფუძველს წარმოადგენდა ჯანდაცვის სამინისტროს ოფიციალური წერილი სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელებისთვის. (დანართი 5)

ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების კონტროლის ინსტრუმენტის ამოქმედება, თუნდაც საპილოტე რეჟიმში, წინადადებული ნაბიჯია სისტემის განვითარებისა და მაღალი რისკის შემცველ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციური კონტროლის სისტემის ეფექტური ფუნქციონირებისთვის, თუმცა სამწუხაროა, რომ პილოტირების შემდეგ პროცესს განვითარება არ მოჰყოლია და რეგულაციის დონეზე ამ მხრივ ცვლილებები არ განხორციელებულა. რაც შეეხება ხსენებული მონიტორინგის პროცედურულ ხარვეზებს, მიუხედავად იმისა, რომ მონიტორინგი დარღვევებზე რეაგირებას არ ითვალისწინებდა და გარკვეულწილად საკონსულტაციო ხასიათს ატარებდა, უნდა აღინიშნოს, რომ იგი განხორციელდა სამედიცინო დაწესებულებების წინასწარი, წერილობითი ინფორმირების გარეშე. აუდიტორების მიერ, სამინისტროს წერილობითი მიმართვის სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელებს გადაეცათ უშუალოდ მონიტორინგის დაწყებისას. აღნიშნული ამყარებს ნაშრომში, არაერთგზის წარმოდგენილ მსჯელობას, სახელმწიფოსა და ჯანდაცვის სექტორს შორის არაჯანსაღ ურთიერთობებთან დაკავშირებით.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ინსტრუმენტს წარმოადგენს სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების ხარისხის მართვის სისტემის სტრუქტურულ ერთეულზე დაკისრებული ვალდებულება სამედიცინო საქმიანობის დროს დაშვებული შეცდომებისა და პოლიფარმაციის შემთხვევებზე რეაგირებასთან დაკავშირებით. (315) სამწუხაროდ, ხარისხის მართვის სისტემის სტრუქტურულ ერთეულებში მოცემული ფუნქციის შესრულება ეფექტურად ვერ ხორციელდება. შესაბამისად, შედეგიც არასახარბიელოა. სახელმწიფო მარეგულირებელი სისტემის ნაკლოვანებების მსგავსად, სამედიცინო დაწესებულებებშიც ნაკლებად ხდება შემთხვევების ანალიზი და პრობლემის იდენტიფიცირება. როგორც წესი, პროცედურა მხოლოდ დოკუმენტაციის მოწესრიგებითა და კანონმდებლობით დადგენილ ნორმებთან შესაბამისობის უზრუნველყოფით შემოიფარგლება. პოლიფარმაციის პრობლემაზე და სამედიცინო დაწესებულებების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის ნაკლოვანებებზე საუბრობენ ექსპერტებიც. მათ შორის ექსპერტი №7, პოლიფარმაციას, მნიშვნელოვან პრობლემურ საკითხად განიხილავს და თვლის, რომ სახელმწიფოს მიერ აუცილებელია კონტროლის გამკაცრება. ექსპერტი №2 კი საუბრობს სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემის ეფექტური ფუნქციონირების მნიშვნელობაზე, ხაზს უსვამს „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“ მინისტრის №01-63/ნ ბრძანების, როგორც მნიშვნელოვანი სახელმძღვანელო ინსტრუმენტის არსებობას და მიუთითებს განსაზღვრული ვალდებულების

აღსრულების ნაკლოვანებებზე. კანონმდებლობით განსაზღვრული რეგულაციების აღსრულების ნაკლოვანებებზე მიუთითებს ექსპერტთა უმრავლესობაც.

სამედიცინო დაწესებულების ხარისხის მართვის სისტემაზე, 2012 წელს საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით (№01-63/5) დაკისრებული ვალდებულება - ინფორმაციის სტაციონარული დაწესებულების ანგარიშგების ფორმაში ასახვასთან დაკავშირებით (315) გაუქმდა 2019 წელს (ბრძანება №01-40/5). (255) მიუხედავად იმისა, რომ ანგარიშგების პროცედურა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ფორმალურ-ბიუროკრატიულ საკითხად აღიქმება და ძირითადად ვალის მოხდის მიზნით, დადგენილ ვადებში შაბლონური ინფორმაციის გაგზავნის პროცედურებთანაა დაკავშირებული, ზემოთხსენებული ვალდებულების გაუქმება კიდევ უფრო ამცირებს სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის ისედაც სუსტ მექანიზმს.

ნაშრომში წარმოდგენილი კვლევის შედეგებით ნათელია, რომ სახელმწიფო პროგრამების უცვლელი მიზნის მიუხედავად, უზრუნველყოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება, უგულებელყოფილია მიღებული შედეგების ხარისხობრივი მახასიათებლების შესაბამისობა სახელმწიფო დანახარჯებთან. ნაკლები ყურადღება ეთმობა ჯანდაცვის სფეროში მართვის სისტემის ისეთ მნიშვნელოვან ელემენტებს, როგორებიცაა: სწორი და მიზანმიმართული რეგულაცია, აღსრულების კონტროლი, პრობლემის იდენტიფიცირება და ანალიზი, ანალიზზე დაფუძნებული მაკორექტირებელი ქმედებების დაგეგმვა-განხორციელება და სხვა.

Rothgang H.-სა და სხვების (164) მიერ შემუშავებული ჯანდაცვის სისტემის ჩარჩო-სტრუქტურაში (სურათი 2) რეგულირების მექანიზმი განსაზღვრულია, როგორც სისტემის „სახურავი“ და მინიჭებული აქვს მძლავრი ხარისხობრივი მნიშვნელობა. ნაშრომში წარმოდგენილი კვლევის შედეგების, Rothgang H.-სა და სხვების მიერ შემუშავებული ჯანდაცვის სისტემის ჩარჩო-სტრუქტურისა და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის შედარებითი ანალიზი კიდევ ერთხელ ამყარებს მსჯელობას სისტემის მმართველობით სტრუქტურაში რეგულირების მექანიზმის სისუსტეზე. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების 30 წლიანი ისტორია და ჯანდაცვის სისტემა ძირითადად ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზეა ორიენტირებული, მარეგულირებელი და მაკონტროლებელი პროცესებიც ძირითადად ფინანსური ბერკეტების გამოყენებასთანაა დაკავშირებული; შესაბამისად, სისტემის ეფექტურობაც ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების მოცულობით იზომება.

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს 2021 წლის ანგარიშების თანახმად, 2018-2020 წლებში რეგულირების ინსტრუმენტის შემუშავების მხრივ სახელმწიფოს მიერ გარკვეული ღონისძიებები განხორციელდა. 2018-2020 წლებში განახლდა და გარკვეულწილად გაფართოვდა სამედიცინო დაწესებულებების სანებართვო პირობები, მათ შორის კარდიოქირურგიისა და ემერჯენსის სერვისების მიმწოდებლებისთვის დადგინდა ახალი სანებართვო მოთხოვნები, შემუშავდა ინფექციური კონტროლის შეფასების ახალი ინსტრუმენტი, დაიწყო GDP სერტიფიკატების გაცემის პროცესი, ასევე შეიქმნა და დაიწყო შშმ პირთა სტატუსის დადგენის ფსიქო-სოციალური მოდელის დანერგვა. (180), (26) აღნიშნული დადებითი ტენდენციის მახასიათებელია და პასუხობს ასოცირების ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების ნაწილობრივ შესრულებას. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ პრევენციაზე დაფუძნებული, გრძელვადიანი პოლიტიკისა და სტრატეგიული გეგმის გარეშე, წერტილოვნად განხორციელებული, თუნდაც დადებითი ცვლილებები, არის დროებით გამოსავალი და ვერ შექმნის ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის გაუმჯობესების საფუძველს.

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროსა და რეგულირების სააგენტოს ანგარიშების (180), (26), (34) თანახმად, 2021 წლის მნიშვნელოვან მიღწევად სახელდება „სერვისების ხარისხზე მონიტორინგის მიზნით“ სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებების კონტროლის ღონისძიებების გაძლიერება, ასევე გაძლიერებული ბრძოლა „სააფთიაქო ნარკომანიისა და ფსიქოტროპული მედიკამენტების უკანონო რეალიზაციის წინააღმდეგ“. ანგარიშებში ხაზგასმულია გამოვლენილი შეუსაბამობების საფუძველზე გატარებული ღონისძიებების, სანქციებისა და ადმინისტრაციული სამართალდარღვევის ოქმების რაოდენობა. ანგარიშის საპრევენტაციო დოკუმენტი არ მოიცავს ინფორმაციას გამოვლენილი დარღვევების ფაქტების ღრმა ანალიზისა და მიზეზების კვლევის შესახებ. სახელმწიფოს მიდგომა უფრო მეტად ორიენტირებულია დარღვევების ფაქტების გამოვლენასა და დამსჯელობითი ღონისძიებების გატარებაზე, ვიდრე პრობლემის ანალიზსა და მაკორექტირებელი ქმედებების დაგეგმვა-განხორციელებაზე.

2020-2021 წლებში სააფთიაქო ნარკომანიისა და ფსიქოტროპული მედიკამენტების უკანონო რეალიზაციის წინააღმდეგ განხორციელებული ღონისძიებების შედეგად გამოვლენილი ფაქტების რაოდენობა მიუთითებს სექტორში არსებულ პრობლემაზე და როგორც მარეგულირებელი, ისე კონტროლის მექანიზმის სისუსტეზე. მოქმედი პრაქტიკით, უკანონობის გამოვლენის ფაქტებზე განხორციელებული სამართლებრივი ქმედება არ ცვლის მოცემულობას და მითუმეტეს არ ამცირებს უკანონო რეალიზაციის ფაქტებს. მხოლოდ ფაქტების გამოვლენა და „დასჯა“ არ არის საკმარისი მაკორექტირებელი ქმედება, მნიშვნელოვანია სიტუაციის კრიტიკული ანალიზი, სუსტი რგოლის გამოვლენა,

სახელმძღვანელო და სამოქმედო სტანდარტის შემუშავება-დანერგვა და მხოლოდ ამის შემდგომ კონტროლის მექანიზმის ამოქმედება.

დადებითად უნდა შეფასდეს ჯანდაცვის სამინისტროს სამომავლო ხედვა საქართველოში ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით სტანდარტიზაციის, საერთაშორისო აკრედიტაციის მექანიზმების ამოქმედებაზე, საკანონმდებლო ცვლილებების განხორციელებასა თუ სელექტიურ კონტრაქტირებაზე გადასვლასთან დაკავშირებით. ეს სწორედ ის მნიშვნელოვანი საკითხებია, რასაც მიეძღვნა წინამდებარე ნაშრომის მნიშვნელოვანი ნაწილი. მიუხედავად სამომავლო ხედვის დადებითი ტენდენციისა, უნდა აღინიშნოს, რომ გრძელვადიანი პოლიტიკის, შესაბამისად ეფექტური სტრატეგიული და სამოქმედო გეგმის გარეშე, მხოლოდ თეორიული წამოწყებაა და განვითარება არ ელის.

ნაშრომში წარმოდგენილი კვლევის შედეგების ანალიზით იკვეთება, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულისა თუ ეთიკის კომისიის არსებობა ძირითადად ფორმალურ ხასიათს ატარებს, საქმიანობა ძირითადად დოკუმენტაციის მოწესრიგებითა და მათი კანონმდებლობასთან შესაბამისობით შემოიფარგლება. ასეთი მიდგომა ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და რეგულირების ხარვეზებთან არის დაკავშირებული. იქიდან გამომდინარე, რომ სახელმწიფოს ძირითად ინტერესს სამედიცინო დოკუმენტაციის კონტროლი და დარღვევაზე რეაგირება წარმოადგენს, სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციაც დოკუმენტების მოწესრიგებაზეა ორიენტირებული.

სამედიცინო დაწესებულებებში არაეფექტურია ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემა, ნაკლები ყურადღება ეთმობა სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული პროცესების მართვას, შეუსაბამობების აღმოჩენასა და მაკორექტირებელი ქმედებების განხორციელებას, არ ხორციელდება მნიშვნელოვანი და ფუნდამენტალური ძვრები. რაც საბოლოოდ, უარყოფით ზეგავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე და თითოეული პაციენტისთვის ზიანის მომტანია.

აქვე უნდა აღინიშნოს ნაშრომში წარმოდგენილი სამედიცინო პერსონალის სოციოლოგიური კვლევის შედეგები. სამედიცინო პერსონალი ნაკლებადაა ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხებში. უფრო მეტიც, სამედიცინო პერსონალის მნიშვნელოვანი ნაწილი მიიჩნევს, რომ ხარისხის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული საკითხები მათ არ ეხებათ და აღნიშნული ადმინისტრაციის პრობლემაა. მოცემული მსჯელობა და კვლევის შედეგები იძლევა არგუმენტირებული დასკვნის საფუძველს, რომ სამედიცინო სექტორის

წარმომადგენელთა შორის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის საკითხების მიმართ ცოდნა და პასუხისმგებლობის დონე დაბალია, რაც თავის მხრივ ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის ერთ-ერთი შემაფერხებელი ფაქტორია.

2020 წლიდან სახელმწიფო კლინიკების „საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგის“, (26), (180), (30) მმართველობის ქვეშ გაერთიანების არსი და კეთილშობილური მიზნები, ახალი სტრუქტურის საჭიროებასთან დაკავშირებით, გარკვეულ კითხვებს აჩენს და განსჯის საგანია, კერძოდ:

➤ „ჯანსაღი კონკურენციის ხელშეწყობა სექტორში“ (26), (180 - ერთმმართველობის პრინციპზე დაფუძნებული, ცენტრალიზებული და ერთპიროვნული მმართველობის პირობებში, როდესაც სახელმწიფო წარმომადგენს ჯანდაცვის სისტემის ყველა რგოლს, როგორცაა მმართველი, შემსყიდველი, მარეგულირებელი, მაკონტროლებელი და შემსრულებელიც, სახელმწიფოს უშუალო დაქვემდებარებაში მყოფი სამედიცინო დაწესებულებების საშუალებით სამედიცინო მომსახურების განხორციელება ვერ უზრუნველყოფს კონკურენტუნარიანობის გაზრდას, პირიქით, ერთი რგოლის მიერ უზრუნველყოფილი ყველა სერვისი, დაკარგავს კრიტიკული განსჯის უნარს და უარყოფითად იმოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე;

➤ „სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სტანდარტის შექმნა, რომელიც მთლიანად სექტორში ხარისხის გაუმჯობესების ერთ-ერთი შესაძლებლობაა“ (26), (180) - კანონმდებლობით განსაზღვრული დებულებების თანახმად, სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების შექმნა-დანერგვის ვალდებულება რეგულირების სააგენტოსა და პროფესიულ ასოციაციებს შორის ნაწილდება. მიუხედავად იმისა, რომ გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შექმნა-დანერგვის პროცესი დღემდე ხარვეზებით და ფრაგმენტულად მიმდინარეობს, სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების შექმნის მიზეზით ახალი სტრუქტურის შექმნა არ წარმომადგენს ლეგიტიმურ საფუძველს და პირიქით, ქმნის დამატებით, ბიუროკრატიულ უსარგებლო რგოლს. უპრიანია თავდაპირველად სტანდარტების შექმნაზე პასუხისმგებელი რგოლების გამლიერება და პროცესების გაუმჯობესება.

➤ „მოსახლეობისთვის სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა“ (26), (180) - სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურებას შეისყიდის როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო სამედიცინო დაწესებულებებისგან, ამასთან სამინისტროს 3 წლიანი მუშაობის ანგარიშში ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მიღწევად ფასდება სახელმწიფო „სამედიცინო მომსახურებებზე ერთიანი ტარიფების დადგენის“ პროცესის დაწყება. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული სამედიცინო სექტორისა და დარგის სპეციალისტების მხრიდან განხილვის საგანია და უარყოფითი შეფასებით ხასიათდება, მხოლოდ ხელმისაწვდომობის გაზრდის მოტივი ვერ

ქმნის სამედიცინო ჰოლდინგის ლეგიტიმური არსებობის საფუძველს. ვინაიდან ადეკვატური ტარიფიკაციისა და სამართლიანი სელექტიური კონტრაქტირების საშუალებით, ჰოლდინგის გარეშე, სავსებით შესაძლებელია როგორც ხელმისაწვდომობის, ისე ხარისხობრივი კომპონენტის უზრუნველყოფა. მნიშვნელოვანია, აქცენტი გაკეთდეს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გაუმჯობესებასა და პრევენციულ მიდგომაზე.

➤ „სამედიცინო პერსონალისთვის ღირსეული სამუშაო გარემოს შექმნა“ (26), (180) - სამედიცინო პერსონალისთვის ღირსეული გარემოს შექმნა მხოლოდ სამედიცინო ჰოლდინგის დაქვემდებარებაში მყოფ სამედიცინო დაწესებულებებში, არასამართლიან მიდგომას წარმოადგენს სხვა, კერძო სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის მიმართ. არსებული მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, უპრიანია, აქცენტის გაკეთდეს საკანონმდებლო ცვლილებებზე, მარეგულირებელი გარემოს გაუმჯობესება-გამდიერებასა და ვალდებულებების განსაზღვრაზე, რაც რეალურად ზეგავლენას მოახდენს სრულიად სექტორზე.

➤ „სახელმწიფო კლინიკების, როგორც უმსხვილეს სასწავლო ბაზად ფორმირება“ - საუნივერსიტეტო კლინიკების არსებობა უმნიშვნელოვანესი ინსტრუმენტია ხარისხიანი სამედიცინო განათლების უზრუნველსაყოფად. არსებული პრაქტიკით, სამედიცინო დაწესებულებების უმრავლესობა სხვადასხვა უნივერსიტეტის სასწავლო ბაზას ისედაც წარმოადგენს. უნდა აღინიშნოს, რომ სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალად ჩამოყალიბებასთან დაკავშირებით სამომავლო გეგმა არ არის გამჭვირვალე.

ნაშრომში წარმოდგენილი თეორიული მასალისა და განხორციელებული კვლევის შედეგების საფუძველზე გამოიკვეთა, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა ხასიათდება ჭარბი ძალაუფლებითა და ერთპიროვნული მმართველობისთვის დამახასიათებელი ნაკლოვანებებით. რაც ეწინააღმდეგება დემოკრატიული სახელმწიფოს პრინციპებს და მნიშვნელოვნად აფერხებს სისტემის განვითარებას. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა საჭიროებს სახელმწიფოს როლის მკაფიო გამიჯვნას „ყოვლისმომცველი ძალაუფლებისგან“. სისტემის გაუმჯობესების მიზნით, აუცილებელია გლობალური ჯანდაცვის, მმართველობის მნიშვნელოვანი პრინციპების გაზიარება, მულტისექტორული მიდგომით მმართველობითი იერარქიული სტრუქტურის გაფართოება და ფუნქციათა დელეგირება, მათ შორის ზედამხედველობის ფუნქციისა და პასუხისმგებლობის გაზიარება რეგიონულ დონეზე. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისთვის დამახასიათებელი „დაგეგმვა-რეგულირება-დაფინანსება-შესყიდვა-მიწოდება-კონტროლი“-ს „ექსკლუზიური მმართველობითი ციკლის“ დარღვევა და სრული ტრანსფორმაცია.

სისტემის დეცენტრალიზაცია, მართვის პროცესში სხვადასხვა დაინტერესებული მხარის ჩართულობა, თანამშრომლობაზე და ანგარიშვალდებულებაზე დაფუძნებული, პროცესების დაგეგმვა-განხორციელებასა და ხარისხის უზრუნველყოფაზე ორიენტირებული მმართველობა კი განაპირობებს დემოკრატიული, მიუკერძოებელი, თანასწორობაზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას.

ბოლო წლების განმავლობაში, სახელმწიფო სამსახურების საქმიანობის გამჭვირვალობის შესახებ, კანონმდებლობით განსაზღვრული ვალდებულება, გარკვეულწილად ფორმალურ ხასიათს ატარებს. მაგალითისთვის შეიძლება მოყვანილ იქნას საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ვებ. გვერდზე განთავსებული ანგარიშების ფრაგმენტულობა, ან ანგარიშების განთავსება პრეზენტაციების სახით, რაც ართულებს შინაარსობრივი აღქმის შესაძლებლობას. ილუსტრირებულ მასალას ძირითადად არ მოჰყვება ქვეტექსტი, შინაარსობრივი განხილვა და თვლადი მაჩვენებლები. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროსა და სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებული სააგენტოების ვებ. გვერდებზე განთავსებული საქმიანობის ანგარიშების პრეზენტაციები ძირითადად ზოგადი ხასიათისაა, მოკლებულია შესრულებული სამუშაოსა და მიღწევების დეტალურ აღწერილობას. ამასთან, ანგარიშებში ყურადღება ძირითადად გამახვილებულია სამომავლო გეგმებზე, ვიდრე უკვე მიღწეული შედეგების ეფექტურობის ანალიზზე.

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროსა და სხვა საჯარო უწყებების ვებ. გვერდებზე პრეზენტაციების სახით წარმოდგენილი, 2021 წლის ანგარიშების შინაარსის დეტალური შესწავლისა და ანალიზის მიზნით, ოფიციალური მიმართვის საფუძველზე, (დანართი 6, დანართი 7) სამინისტროდან გამოთხოვილ იქნა ის საანგარიშო დოკუმენტები, რომელთა საფუძველზეც შემუშავებულია ხსენებული პრეზენტაციები. სამინისტროს პასუხის თანახმად, სამინისტროსა და მის კონტროლს დაქვემდებარებული სააგენტოების ანგარიშები, წინა წლების მსგავსად, 2021 წელსაც მომზადებულია პრეზენტაციის სახით და განთავსებულია ვებ. გვერდზე, ხოლო დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის ანგარიში მომზადებულია განსხვავებული ფორმატით, რომლიც ასევე განთავსებულია ცენტრის ვებ. გვერდზე. (დანართი 8, 9, 10)

ზემოაღნიშნული ანგარიშების შინაარსობრივი და სტრუქტურული შედარების საფუძველზე უნდა აღინიშნოს და დადებითად შეფასდეს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის 2021 წლის წლიური ანგარიშის სტრუქტურა და ფორმატი. ანგარიში საკმაოდ ინფორმაციულია, სტრატეგიული მიმართულებების მიხედვით მოიცავს შესრულებული სამუშაოების აღწერას და იძლევა დაგეგმილი ღონისძიებებისა და მიღწეული შედეგების

შედარების საშუალებას. რაც შეეხება სამინისტროსა და მის დაქვემდებარებაში მყოფი სხვა სააგენტოების ანგარიშების საპრეზენტაციო დოკუმენტებს, არის ბუნდოვანი, მოიცავს მხოლოდ ზოგად ფაქტებს და არ იძლევა შედარებისა და კრიტიკული ანალიზის საშუალებას, უცნობია თუ რომელ საანგარიშო დოკუმენტს ეფუძნება და სხვა.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების გეგმის პრეზენტაცია გაიმართა 2021 წლის 7 ივლისს, რომელშიც 2019-2021 მიღწევებთან ერთად, წარმოდგენილი იყო „სამინისტროს განვითარების 10 წლიანი ხედვა“, (25) პრეზენტაცია ინფორმაციული და მრავლისმომცველია. გეგმის დეტალური გაცნობისა და ანალიზის მიზნით, 2022 წლის იანვარში, ოფიციალური მიმართვის საფუძველზე სამინისტროდან გამოთხოვილ იქნა განვითარების 10 წლიანი გეგმის ოფიციალური დოკუმენტი. (დანართი 6, 7) სამინისტროს ოფიციალური პასუხის თანახმად, 10 წლიანი გეგმა წარმოადგენს „საქართველოს მთავრობის გეგმის ნაწილს, შესაბამისად, ინფორმაცია გამოთხოვილ უნდა იქნას საქართველოს მთავრობის ადმინისტრაციიდან.“ (დანართი 8) ანალოგიურ მოთხოვნაზე (დანართი 11) მთავრობის ადმინისტრაციის კორესპონდენციის თანახმად, „მიმდინარეობს ქვეყნის განვითარების 10 წლიანი გეგმის საბოლოო ტექსტზე მუშაობა“ და რომლის „ერთ-ერთ შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს“ ჯანდაცვის მიმართულება. (დანართი 12) ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს გარემოება, რომ განვითარების გეგმის პრეზენტაციის წარდგენიდან 6 თვის შემდეგაც, დოკუმენტი დასრულებული არ არის, საზოგადოებისთვის უკვე ნაცნობი გეგმის რელევანტურობა და სანდოობა კითხვის ნიშნის ქვეშ დგება.

2021-2024 წლის სამთავრობო პროგრამა, მათ შორის ჯანდაცვის მიმართულების ნაწილი მეტად შაბლონური და ზოგადია, მოცემულია ზოგადი დებულებები, 2024 წლამდე ჯანდაცვის სფეროში დაგეგმილ თუ განსახორციელებელ ღონისძიებებთან დაკავშირებით. მიუხედავად „დიადი მიზნებისა“, ისევე როგორც სტრატეგიული ხედვის საპრეზენტაციო დოკუმენტში, ვერც აღნიშნულ პროგრამაში ვხვდებით დადგენილი მიზნების სამოქმედო, დროში გაწერილ გეგმასა და შესრულების ვადებს. უნდა ითქვას, რომ ისევე როგორც სისტემის სხვა სტრატეგიულ დოკუმენტებში, არც სამოქმედო გეგმაში მკაფიოდ არ არის განსაზღვრული აღსრულების მექანიზმი, სტრატეგიისა და საოპერაციო გეგმის გარეშე კი გეგმის შესრულება შეუძლებელია.

2022-2030 წლების ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიული განვითარების დოკუმენტის თანახმად, დოკუმენტი ასახავს „სისტემის განვითარების ხედვას“. სტრატეგიული გეგმა ეფუძნება ჯანდაცვის სექტორის განვითარების ძირითად პრინციპებს: „უნივერსალიზმი, მდგრადობა, ხარჯთ-ეფექტური დაფინანსების სისტემა, გამჭვირვალე

მმართველობა და ჯანდაცვის მიზნებისათვის უწყებათაშორისი თანამშრომლობის გაძლიერება.“ (29), (248) აღსანიშნავია, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების გეგმის ძირითად პრინციპებად აღებულია სისტემის ყველაზე პრობლემური საკითხები, რაც, რა თქმა უნდა დადებით კონტექსტში უნდა იქნას განხილული და აღსრულების შემთხვევაში წინ გადადგმული ნაბიჯი იქნება ასოცირების შეთანხმებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულების მხრივ.

2022-2030 წლების სტრატეგიული ხედვა წარმოადგენს 2014-2020 წლის ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის (230) გაგრძელებას, (ცხრილი 197) რომლის პრიორიტეტული მიმართულებებიც 2022 წლის მოცემულობით სრულყოფილად არ არის შესრულებული. ჯერ კიდევ პრობლემად რჩება ისეთი მნიშვნელოვანი კომპონენტები, როგორებიცაა: სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, ხელმისაწვდომობა, რეგულირების ეფექტურობა და სხვა. 2022-2030 წლების სტრატეგიული გეგმისა და 2014-2020 წლის ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის (230) მიზნებისა და მიღწეული შედეგების შედარებითი ანალიზით, კიდევ ერთხელ იკვეთება სისტემისთვის დამახასიათებელი ნიშან-თვისება - აღსრულების მექანიზმის სირთულეებთან დაკავშირებით. მოცემულიდან გამომდინარე კი რთულია მიმდინარე გეგმის სამომავლო ეფექტურობის წარმოდგენა.

2022-2030 წლების ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიის დოკუმენტი (29), (248) მოიცავს 7 სტრატეგიულ მიზანს, მიზნების შესრულებისთვის კი გაწერილია 3 წლიანი (2022-2024) სამოქმედო გეგმა. განვითარების 8 წლიანი სტრატეგია, მხოლოდ სამწლიანი სამოქმედო გეგმის განხორციელებისთვის საჭირო ბიუჯეტს ($\approx 43,5$ მლნ ლარი) ითვალისწინებს, ბიუჯეტი დაგეგმვის ეტაპზევე $\approx 18,2$ მილიონი ლარის დეფიციტითაა დათვლილი. დაგეგმვის ეტაპზევე, არასრული ვადის დეფიციტური რესურსი ნაკლებად იწვევს ნდობას და კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს გეგმის წარმატებით განხორციელების შესაძლებლობას.

არასრულყოფილად შესრულებული სტრატეგიული გეგმის კიდევ ერთი მაგალითია 2019 წლის მთავრობის №334 დადგენილებით დამტკიცებული საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგია და განხორციელების გეგმა. რომლის თანახმადაც, 2025 წლისთვის იგეგმება სტრატეგიით განსაზღვრული 3 ამოცანის სრულყოფილად შესრულება, რასთან დაკავშირებითაც შემუშავებულია დროში გაწერილი სამოქმედო გეგმაც. (239) უნდა აღინიშნოს, რომ სამოქმედო გეგმით განსაზღვრული, 2021 წელს დასასრულებელი მნიშვნელოვანი ღონისძიებები ფაქტობრივად ჯერ არ შესრულებულა (07/2022), რაც ასევე კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს 2025 წლისთვის გეგმის წარმატებულობით შესრულების საკითხს.

წარმოდგენილი მსჯელობა კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვის ხარვეზებსა და აღსრულების მექანიზმების ბუნდოვანებას. ჯანდაცვის სფეროს განვითარების „იდეალური მიზნების“ ნაწილობრივი ან სრული შეუსრულებლობა და შემდგომში განახლებული სახით წარმოდგენა მანკიერ პრაქტიკად იქცა პოლიტიკური და შიდაპოლიტიკური ცვლილებების პარალელურად.

ჯანდაცვის სფეროს განვითარებისთვის მნიშვნელოვანია ერთიანი, საყოველთაოდ შეთანხმებული, საზოგადოების საჭიროებებზე დაფუძნებული, სახელმწიფოებრივი სტრატეგიული ხედვისა და დეტალური სამოქმედო გეგმის შემუშავება, სამთავრობო ფუნქციების ადეკვატურად გადანაწილება და ეტაპობრივი განხორციელება. მნიშვნელოვანია, რომ სტრატეგიის შემუშავების ეტაპზე მოხდეს შეთანხმება პოლიტიკურ აქტორებს შორის, აუცილებელია საკითხზე შეთანხმება, რომ ხსენებული ჯანდაცვის პოლიტიკა და სტრატეგია არ იქნება დამოკიდებული პოლიტიკურ და სამთავრობო ცვლილებებზე. წარმოდგენილ მსჯელობას ამყარებს ექსპერტთა მოსაზრებებიც.

წარმოდგენილი მსჯელობებიდან გამომდინარე, ქვეყანაში ჯანდაცვის ხარისხის უზრუნველყოფის, კონტროლისა და შემდგომში გაუმჯობესების მხრივ, მნიშვნელოვანია საზედამხედველო ფუნქციის გაფართოება და დელეგირება რეგიონულ დონეზე. ამ მხრივ განსაკუთრებით უნარიანია აჭარა, რეგიონული ჯანდაცვის სამინისტროს არსებობით. აჭარის შემთხვევაში, რუტინული მონიტორინგის ფუნქციის აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროზე დელეგირება და საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მიმართ ანგარიშვალდებულების წარმოქმნა დადებით შედეგს გამოიღებს რეგიონში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მხრივ.

ნაშრომში წარმოდგენილი თეორიული და პრაქტიკული კვლევის ძირითადი საკითხია საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის მმართველობისა და რეგულირების ფუნქციების დელეგირების საჭიროება. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მმართველობითი და მარეგულირებელი ფუნქციები ძირითადად გადანაწილებულია საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს სისტემაში შემავალ საჯარო სამართლის პირებზე. აღნიშნული დაქვემდებარება, ბუნებრივია, ვერ უზრუნველყოფს სრულ მიუკერძოებლობას. მაგალითისთვის თუ განვიხილავთ მარეგულირებელ და საფინანსო სტრუქტურებს (რეგულირების და ჯანდაცვის ეროვნული სააგენტოები), ორივე სტრუქტურა ანგარიშვალდებულია საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს წინაშე, შესაბამისად მოქმედებს სამინისტროს მიერ განსაზღვრული პოლიტიკით. აქედან გამომდინარე, თუ სამინისტროს ძირითადი ორიენტირი იქნება ხარჯების შეკავებით ოპტიმალური ხარისხის მიღება, აღნიშნული ხელს შეუშლის ხარისხის

გაუმჯობესებას და რეგულირების სააგენტო ვერ შეძლებს მიუკერძოებელი გადაწყვეტილების მიღებასა და ხარისხობრივი პოლიტიკის გატარებას. აღნიშნული კი სისტემის განვითარებას აფერხებს.

უწყვეტი პროფესიული განვითარება

საბაზისო სამედიცინო ცოდნა, კვალიფიკაციის ამაღლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების შესაძლებლობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მნიშვნელოვანი განმაპირობებელი ფაქტორია - ეს ის ფუნდამენტია, რომელზეც დგას მედიცინა და მისი გამოსავლები. სამედიცინო დაწესებულებებში შექმნილი მაღალტექნოლოგიური კვლევების შესაძლებლობა და სხვა ინფრასტრუქტურული შესაძლებლობები არაფრის მომტანია, თუ ცოდნა, პროფესიონალიზმი და პრაქტიკული უნარ-ჩვევები არ იძლევა ადეკვატური დიაგნოზის დასმის საშუალებას.

კანონმდებლობით განსაზღვრული დებულების თანახმად, „სახელმწიფო ქმნის პირობებს სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ცოდნის გაღრმავებისა და, შესაბამისად, პროფესიული სტატუსის ამაღლების უზრუნველსაყოფად“. (263) სახელმწიფო იღებს პასუხისმგებლობას („იძლევა გარანტიას“), რომ ცალკეულ სპეციალობაში სახელმწიფო სერტიფიკატის მფლობელი ექიმი-სპეციალისტი აკმაყოფილებს მისთვის წაყენებულ მოთხოვნებს და სამედიცინო საქმიანობას ახორციელებს ქვეყანაში აღიარებული პროფესიული სტანდარტების შესაბამისად. (263) კანონმდებლობით ასევე განსაზღვრულია უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტის მნიშვნელობა, რასთან დაკავშირებითაც „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ კანონში ვხვდებით ჩანაწერს - „დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს შეუძლია მონაწილეობა მიიღოს უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაში, თავისი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა მიუსადაგოს თანამედროვე მედიცინის მიღწევებს და გააუმჯობესოს ამ საქმიანობის ყველა ასპექტი.“ (266) იქიდან გამომდინარე, რომ არ არსებობს უწყვეტი პროფესიული განვითარების სავალდებულო კომპონენტი, აღნიშნული დამოკიდებულია ექიმის კეთილ ნებასა და შესაძლებლობებზე - გაიღრმავოს ცოდნა და აიმაღლოს კვალიფიკაცია შესაბამის სპეციალობაში. დაბალი ანაზღაურების პირობებში, განსაკუთრებით კი ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებელი სამედიცინო პერსონალისთვის თვითგანვითარებაზე ზრუნვა გამოწვევას წარმოადგენს.

უპკ საჭიროება და უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით სახელმწიფოს მიერ პასუხისმგებლობის აღების საჭიროება, დარგის ექსპერტთა მხრიდან მუდმივი განხილვის საგანია, რაც ასევე დასტურდება ნაშრომში წარმოდგენილი კვლევის შედეგებითაც. სიღრმისეულ ინტერვიუში მონაწილე ექსპერტთა შეფასებით, აღნიშნული წარმოადგენს

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაბალი დონის განმაპირობებელ ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს. ხოლო სამედიცინო პერსონალის სოციოლოგიური გამოკითხვის შედეგებით დგინდება, რომ თავად სამედიცინო პერსონალი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პრობლემურ საკითხად განიხილავს განათლების სისტემის ხარვეზებსა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სახელმწიფო სისტემის არარსებობას. ისევე როგორც რესპონდენტი ექსპერტები, გამოკითხული სამედიცინო პერსონალის მნიშვნელოვანი ნაწილიც მიიჩნევს, რომ უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემის განვითარება სახელმწიფოს ვალდებულებაა. (დიაგრამა 15)

წარმოდგენილი მსჯელობებიდან გამომდინარე, ექიმის შესაძლებლობებთან დაკავშირებით სახელმწიფოს „გარანტია“ შეიძლება ითქვას რომ ზოგადი, ფორმალური ხასიათისაა და დროთა განმავლობაში, მედიცინის განვითარებისა და მტკიცებითი მედიცინის სიახლეების პროპორციულად ვერ განვითარდება (უფრო მეტად დაშორდება ერთმანეთს).

აქვე უნდა აღინიშნოს კანონმდებლობით განსაზღვრული ვალდებულება ინტერესთა შეუთავსებლობის ნორმების დაცვასთან დაკავშირებით: ექიმს ეკრძალება სამედიცინო დაწესებულებასთან ან ფარმაცევტულ კომპანიასთან გარიგებაში შესვლა, კომერციული სარგებლის ან პირადი კომერციული ინტერესების სანაცვლოდ. (263) სამწუხაროდ, ფარმაცევტული კომპანიების წარმომადგენლებსა და სამედიცინო პერსონალს შორის გარიგებები ქვეყანაში დამკვიდრებული მანკიერი პრაქტიკაა. ხშირია ფარმაცევტული კომპანიების ფინანსური თანამონაწილეობა სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარების მიმართულებით. რიგ შემთხვევებში, ფარმაცევტული კომპანიები უზრუნველყოფენ მათთან თანამშრომლობაში მყოფი სამედიცინო პერსონალის, სხვადასხვა კონფერენციაში მონაწილეობისა თუ სხვადასხვა პროფესიული აქტივობის დაფინანსებას. ერთი შეხედვით, ხსენებული ფაქტის უვნებლობის მიუხედავად, ასეთი მიდგომა ექიმებს უქმნის ფარმაცევტულ კომპანიებთან ანგარიშვალდებულების საფუძველს, იზრდება პოლიფარმაციისა და პოლიპრაგმაზიის რისკი, რაც პაციენტისთვის საზიანოა. ირდევ საექიმო საქმიანობის ერთ-ერთი მთავარი სავალდებულო პრინციპი - იყოს მიუკერძოებელი და გამოდიოდეს პაციენტის საუკეთესო ინტერესებიდან. პოლიფარმაციისა და პოლიპრაგმაზიის თავიდან აცილების მიზნით, მნიშვნელოვანია პრობლემის აღმოფხვრის ეფექტური ქმედებების განხორციელება. წარმოდგენილ მსჯელობას ამყარებს სიღრმისეული ინტერვიუს კვლევის შედეგებიც.

უცხო ქვეყნის სპეციალისტისთვის, საქართველოში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელება გარკვეულ ბიუროკრატიულ პროცედურებთანაა დაკავშირებული.

სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების ერთჯერადი ან დროებითი უფლების მინიჭება დამოკიდებულია პროფესიული ასოციაციების მიერ გაცემულ რეკომენდაციაზე. ჯანდაცვის სამინისტრო და პროფესიული ასოციაციები, კანონმდებლობით მინიჭებული უფლებამოსილების შესაბამისად, განსაზღვრავენ საექიმო სპეციალობების ნუსხას, თუ რომელი უცხო ქვეყნის სპეციალისტის მოწვევაა „მიზანშეწონილი“ ქვეყნისთვის. (266), (254) ასეთი მიდგომა ქმნის მიკერძოებულობისა და კორუფციის საფრთხეს. კონკურენციის გაზრდისა და პაციენტის დაკარგვის შიშთან დაკავშირებულმა, პროფესიული ასოციაციის შესაძლო არაკეთილსინდისიერმა განწყობამ (შესაძლო მიზეზი: კონკურენციის გაზრდა და პაციენტის დაკარგვის შიში) შეიძლება გამოიწვიოს მაღალი კვალიფიკაციისა და გამოცდილების მქონე უცხო ქვეყნის სპეციალისტის „დაბლოკვა“. წარმოდგენილი მსჯელობის გასამყარებლად შეიძლება მოყვანილ იქნას ნაშრომში წარმოდგენილი სიღრმისეული ინტერვიუს შედეგებიც. ქვეყანაში მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის, ხარისხის გაუმჯობესებისა და პროფესიული გამოცდილების გაზიარების მიზნით, მნიშვნელოვანია მაღალკვალიფიციურ სპეციალისტთათვის საქართველოში სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების ხელშეწყობა, განსაკუთრებით იმ პირობებში, როდესაც საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით უკვე განსაზღვრულია ისეთი ქვეყნების ნუსხა, (301) რომელთა მიერ გაცემული დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დამადასტურებელი სახელმწიფო მოწმობა აღიარებულია ჩვენი ქვეყნის მიერ.

2021-2024 წლების სამთავრობო პროგრამის დოკუმენტის თანახმად, „დიპლომისშემდგომი და უწყვეტი პროფესიული განათლების გაუმჯობესების მიზნით, 2021-2024 წლებისთვის განსაზღვრულია სამედიცინო განათლების სისტემური რეფორმის განხორციელება, რაც გულისხმობს უწყვეტი სამედიცინო განათლების სავალდებულო სისტემის ეტაპობრივ შემოღებასა და დარგობრივი ასოციაციების/პროფესიული ორგანიზაციების აღიარების ეფექტიანი მექანიზმების ამოქმედებას. (24) დიპლომისშემდგომი განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების გამოწვევებთან დაკავშირებით მსჯელობა მუდმივად მიმდინარეობს ბოლო 2 ათწლეულის განმავლობაში. სამწუხაროდ, 2008 წელს, სავალდებულო სისტემების გაუქმების შემდეგ, საკითხი „მუდმივი გეგმის“ რეჟიმში რჩება და ღირებული ცვლილებები ჯერჯერობით არ განხორციელებულა. მოცემული საკითხის აქტუალობას ხაზს უსვამს ნაშრომში წარმოდგენილი სოციოლოგიური კვლევის შედეგებიც, სადაც როგორც რესპონდენტი ექსპერტები, ისე გამოკითხული პერსონალის უმრავლესობა უწყვეტი პროფესიული განვითარების საკითხს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მნიშვნელოვან შემაფერხებელ ფაქტორად განიხილავს. ექსპერტთა მნიშვნელოვანი ნაწილი ასევე ხაზს უსვამს

ასოციაციების როლის გაძლიერების საჭიროებასა და, ეტაპობრივად, მათთვის მარეგულირებელი ფუნქციის დელეგირებას.

პროფესიული ასოციაციებისთვის, უპირობოდ აღიარების მექანიზმის მინიჭების უფლება, წინასწარი, მოსამზადებელი და საიმპლემენტაციო ქმედებების გარეშე, გარკვეულ რისკებთანაა დაკავშირებული. წინასწარ განსაზღვრული, მყარი იერარქიული სტრუქტურისა და შესაბამისი ფუნქცია-მოვალეობების დეტალური განსაზღვრის გარეშე, „გადაჭარბებული უფლებების“ მინიჭებამ შეიძლება არსებული პრობლემის კიდევ უფრო გამწვავება გამოიწვიოს. აღნიშნულის მაგალითად შეიძლება მოყვანილ იქნას, პროფესიული ასოციაციებისთვის კანონმდებლობით განსაზღვრული უფლებამოსილება - უცხოელი სპეციალისტისთვის დროებითი სამუშაო უფლების მინიჭებასთან დაკავშირებით. ბოლო დროის პრაქტიკის მიხედვით, მიმართვის შემთხვევაში ასოციაციები ხშირად უარს აცხადებენ უცხოელი სპეციალისტებისთვის რეკომენდაციის მიცემაზე. უარის დასაბუთებული მიზეზი სხვადასხვაა, მათ შორის, ადგილობრივ ბაზარზე ანალოგიური სერვისების არსებობიდან გამომდინარე, „ვერ ხედავენ საჭიროებას“ ან არ მიაჩნიათ „მიზანშეწონილად“. მსგავსი პრაქტიკის არსებობიდან გამომდინარე, სერტიფიცირების მინიჭებისა და სხვა მარეგულირებელი ბერკეტის არარსებობის შემთხვევაში, პროფესიული ასოციაციისთვის თუ დარგობრივი ორგანიზაციისთვის ერთპიროვნული გადაწყვეტილების მიღება პროფესიულ სერტიფიცირებასთან დაკავშირებით რისკების შემცველია. კონკურენციის გაზრდის თავიდან აცილების მიზნით, სავსებით შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს სამედიცინო ასოციაციის მხრიდან კვალიფიციურ სპეციალისტთათვის სერტიფიცირებაზე უარის თქმის ფაქტებს, რაც სამედიცინო ბაზარზე კვალიფიციური კადრების შემცირებასა და, შესაბამისად დაბალ კონკურენციასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუარესებას განაპირობებს.

საკანონმდებლო და სხვა ტერმინოლოგიასთან დაკავშირებული ნაკლოვანებები

გზირიშვილი, თალაკვაძე და სხვები ჯერ კიდევ 2011-2012 წლების პუბლიკაციებში მიუთითებდნენ ჯანდაცვის სფეროში ისეთ საკანონმდებლო ხარვეზებზე, როგორცაა: კონცეპტუალური მთლიანობა და სხვა ტექნიკური თუ სამართლებრივი ხარვეზები. (5), (14) მსგავსი ხარვეზები კვლავაც აქტუალურია მოქმედი საკანონმდებლო ბაზისთვის, რაც ასევე დასტურდება ნაშრომში წარმოდგენილი სამეცნიერო-თეორიული მასალისა და სოციოლოგიური კვლევის შედეგებითაც:

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის თანახმად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა განისაზღვრება, როგორც სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემა და ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული ღონისძიებები. საქართველოში მოქმედი, ჯანდაცვის სფეროს

მარეგულირებელი კანონმდებლობა, რომლის ძირითად მიზანსაც მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა და გაუმჯობესება წარმოადგენს, არ ითვალისწინებს ისეთ მნიშვნელოვან ცნებათა დეფინიციებს, როგორებიცაა: „ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა“, „ჯანმრთელობის დაცვა“, „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა“ და სხვა.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონში (263) ცნება „სამედიცინო საქმიანობა“ გაიგივებულია ცნებასთან „სამედიცინო მომსახურება“, დეფინიცია კი სამკურნალო პროცედურების გარდა მოიცავს პროფილაქტიკის, გაჯანსაღების, ჯანმრთელობის შენარჩუნება-აღდგენისა თუ სხვა პროცედურებს. შინაარსობრივი მსგავსების მიუხედავად, უნდა აღინიშნოს, რომ „სამედიცინო საქმიანობა“ და „სამედიცინო მომსახურება“ ერთმანეთთან მჭიდროდ დაკავშირებული, თუმცა თვისებრივად განსხვავებული ცნებებია, რაც საერთაშორისო პრაქტიკითაც დასტურდება. მაგალითად: „კემბრიჯის ლექსიკონის“ თანახმად, ტერმინები გამიჯნულია შემდეგნაირად: „Healthcare” - „ჯანმრთელობის დაცვის საქმიანობა“, იგივე სამედიცინო საქმიანობა არის „სამედიცინო მომსახურების მიწოდების საქმიანობა ან ბიზნესი“, (196) და გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებას ან პიროვნებას, (69) ხოლო „Health care“ - „ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურება“, იგივე სამედიცინო მომსახურება არის „სახელმწიფოს ან ორგანიზაციის მიერ გაწეული მომსახურება, რომელიც გულისხმობს ადამიანების ჯანმრთელობაზე ზრუნვასა და დაავადებული ადამიანების მკურნალობას“. (195), (69)

რიგ საკანონმდებლო და მარეგულირებელ აქტებში, ტერმინი „სამედიცინო დახმარება“ გამოყენებულია, როგორც „სამედიცინო მომსახურების“ სინონიმი. (263), (214), (299), (298) რაც შეეხება „სამედიცინო დახმარების“ ტერმინის დეფინიციას, კანონმდებლობით მხოლოდ „გადაუდებელი დახმარების“ ცნება განისაზღვრება, როგორც: „სამედიცინო დახმარება, რომლის გარეშეც გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის სერიოზული გაუარესება“. (263)

ცნება „დახმარება“ თავისი შინაარსით და საზოგადო აღქმით, ერთი სუბიექტის მიერ მეორე სუბიექტის საკეთილდღეოდ განხორციელებულ უანგარო ქმედებას უკავშირდება. ხოლო სამედიცინო საქმიანობა კი მომსახურების სფეროს ბიზნესს მიეკუთვნება და სამედიცინო მომსახურების გაწევის სანაცვლოდ, გარკვეული მატერიალური სარგებლის მიღებაზეა ორიენტირებული. სამედიცინო საქმიანობა რეგულირებად სფეროს წარმოადგენს, შესაბამისად არსებობს რიგი მარეგულირებელი და საზომი კრიტერიუმები, რომელთა შეუსრულებლობის ან გადაცდომის შემთხვევაში, შესაძლოა დადგეს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულების ან ექიმის პასუხისმგებლობის საკითხი. რაც

შეეხება „დახმარებას“, თავისი შინაარსიდან გამომდინარე, ის წარმოადგენს ნებაყოფლობით პროცესს, შესაბამისად, შეუძლებელია „დახმარების“, როგორც პროცესის რეგულირება და მისი ხარისხობრივი გაზომვა თუ კონტროლი. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია ამ ორი ტერმინის გამიჯვნა და საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე აქტებში ტერმინის „სამედიცინო დახმარების“ (გარდა „გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება“) ჩანაცვლება ტერმინით „სამედიცინო მომსახურება“.

სამეცნიერო-თეორიული მასალისა და წარმოდგენილი მსჯელობიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ტერმინოლოგიის სრულყოფის მიზნით მნიშვნელოვანია ძირითადი სახელმძღვანელო ცნებების (ჯანმრთელობის დაცვა, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, სამედიცინო საქმიანობა, სამედიცინო მომსახურება) გადახედვა და ახლებური ინტერპრეტირება, საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით.

კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (263) მოიცავს განმარტებით დებულებას „მცდარი სამედიცინო ქმედების“ შესახებ, ხოლო „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ კანონით განსაზღვრულია „დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის არასწორად წარმართვისათვის გათვალისწინებული პროფესიული პასუხისმგებლობის სახეები“. (266) უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანდაცვის სფეროს ისეთი უმნიშვნელოვანესი მარეგულირებელი აქტები, როგორებიცაა: კანონი ჯანმრთელობის დაცვის და კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, არ მოიცავს სრულყოფილ ინფორმაციას ცნებების - „სამედიცინო შეცდომისა“ და „სამედიცინო გადაცდომის“ შინაარსის შესახებ. სამედიცინო შეცდომისა და სამედიცინო გადაცდომის ცნებები განსაზღვრულია მთავრობის №177 დადგენილებით - „სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესების დამტკიცების შესახებ“. (228) მსგავსი ხარვეზები დამახასიათებელია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ბაზისთვის, ერთმანეთთან დაკავშირებული ან ერთგვაროვანი ხასიათის დებულებები მიმოფანტულია სხვადასხვა ნორმატიულ აქტში, რაც ინფორმაციულ ბარიერს უქმნის დაინტერესებულ მხარეს.

აქვე აღსანიშნავია „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონით (263) განსაზღვრული, „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციისა“ (გაიდლაინის) და „კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტის“ (პროტოკოლის), ხოლო „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონში (266) წარმოდგენილი „კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური მეთოდური რეკომენდაციისა“ და „კლინიკური პრაქტიკის მეთოდური რეკომენდაციის“ დეფინიციები. ხსენებული დებულებები, როგორც

სახელწოდებით, ასევე შინაარსობრივად ერთმანეთის მსგავსია, თუმცა ბუნდოვანია, ეხება ერთსა და იგივე ცნებას, თუ სხვა რამ მოიაზრება.

კანონმდებლობის თანახმად, „სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების“ დეფინიცია განსაზღვრულია როგორც „უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც გულისხმობს ექიმის კლინიკური საქმიანობის ხარისხისა და გამოსავლის/შედეგების პერიოდულ შეფასებასა და შესაბამისი ინდიკატორების ეტაპობრივ გაუმჯობესებას;“ (კანონი 904, 2001) აღნიშნული განმარტება არ არის სრულყოფილი. „გაუმჯობესება“ თავის მხრივ არანაირად არ მოიცავს „პერიოდულ შეფასებას“, არამედ შეფასების შედეგების ანალიზის შემდგომი პროცესია. გარდა ამისა, უნდა აღინიშნოს, რომ ცნება უფრო ფართო და კომპლექსურია. სამედიცინო მომსახურების ხარისხი არ არის მხოლოდ ექიმის კლინიკური საქმიანობის შედეგი, ამას გარდა ის მოიცავს როგორც სამედიცინო დაწესებულების ინფრასტრუქტურულ და ტექნოლოგიურ შესაძლებლობებს, ასევე დახვეწილ სახელმწიფო პოლიტიკასა და შესაბამის მარეგულირებელ ბაზას.

აღსრულების მექანიზმების ნაკლოვანებებისა და საკანონმდებლო ხარვეზების კიდევ ერთი მაგალითია 2001 წლის საკანონმდებლო ცვლილება, სიტყვა „ინვალიდი“-ს „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი“-თ შეცვლასთან დაკავშირებით. (267) აღმასრულებელ ხელისუფლებებს მოეთხოვათ „ყველა საკანონმდებლო აქტში“ აღნიშნული ტერმინის ჩანაცვლება, თუმცა ტერმინი „ინვალიდი“ ჯერ კიდევ გვხვდება სფეროს მარეგულირებელ ისეთ საკანონმდებლო აქტებში, როგორებიცაა: კანონები „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, (263) „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, (266) „პაციენტის უფლებების შესახებ“ (265) და სხვა. მნიშვნელოვანია მოხდეს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ნორმატივების გადახედვა და არსებული შეუსაბამო ტერმინოლოგიის ჩანაცვლება.

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის კანონმდებლობა სამართლებრივი საკითხია, სამედიცინო პერსონალისთვის აუცილებელია სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო და მარეგულირებელი მოთხოვნების ცოდნა. ჯანდაცვის საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე აქტებში განსაზღვრული დებულებების ბუნდოვანი ხასიათი და, ხშირ შემთხვევაში, ტერმინოლოგიის თუ შინაარსობრივი ხასიათის მცირედი შეუთავსებლობაც კი, საბოლოო ჯამში, სამედიცინო პერსონალის დაბნეულობას განაპირობებს, რაც შემდგომში სხვადასხვა სახის ხარვეზის წარმოქმნის წინაპირობა ხდება და, შედეგად, მოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. სამედიცინო სფეროს მარეგულირებელ ნორმატივებზე უნდა მოქმედებდეს ექიმი-პაციენტის კომუნიკაციის ფორმაზე განსაზღვრული და კანონმდებლობით გამყარებული პრინციპი - ინფორმაციის გასაგებ ენაზე მიწოდებასთან

დაკავშირებით. მოცემულ მსჯელობას ამყარებს სიღრმისეული ინტერვიუს შედეგები, სადაც ექსპერტები ხაზგასმით მიუთითებენ საკანონმდებლო ხარვეზებთან დაკავშირებით არსებულ პრობლემებზე.

3.1.2. აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს ფუნქციურ-სტრუქტურული თავისებურებები

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს დებულების თანხმად, აჭარისა და აფხაზეთის ჯანდაცვის სამინისტროები საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს შემადგენლობაში არიან, თუმცა, ხსენებული დაქვემდებარება არ არის ასახული საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ორგანიზაციულ სტრუქტურაში. გარდა ამისა, აჭარისა და აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკების ჯანდაცვის სამინისტროების დებულებებში ვხვდებით საწინააღმდეგო ხასიათის ჩანაწერს, რომლის მიხედვითაც, როგორც აჭარის, ისე აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტროები პირდაპირ ექვემდებარებიან და ანგარიშვალდებულნი არიან არა საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს, არამედ შესაბამისი ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობების წინაშე. აღნიშნულთან დაკავშირებით საკანონმდებლო დონეზე ვლინდება ფუნქციური შეუსაბამობა. მოქმედი კანონმდებლობით არ განისაზღვრება ა.რ. სამინისტროების, როგორც საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს სისტემის შემადგენელი უწყებების ფუნქციური ვალდებულებები. საქართველოს და ავტონომიური რესპუბლიკების ჯანდაცვის სამინისტროებს შორის არ არსებობს სტრუქტურულ-ფუნქციური კავშირი.

გარდა ამისა, როგორც საქართველოს, ისე აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროების დებულებებით განსაზღვრული აჭარის ა.რ. სამინისტროს ფუნქცია - განახორციელოს „ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკა“ ბუნდოვანია, არ არის განსაზღვრული პოლიტიკის გატარების მექანიზმი და განხორციელების გზები, აღმასრულებლის პასუხისმგებლობა და ანგარიშვალდებულება.

აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს საქმიანობის განხილვისას, ერთი მხრივ, დადებითად უნდა შეფასდეს რეგიონის საჭიროების შესაბამისად დანერგილი ჯანდაცვის რეგიონული პროგრამები და სახელმწიფო პროგრამების დამატებითი ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად განხორციელებული თანადაფინანსების პროგრამები; რაც, მეორე მხრივ, იწვევს სამედიცინო სერვისებზე არათანაბარ ფინანსურ ხელმისაწვდომობას ქვეყნის დანარჩენი მოსახლეობისთვის.

საქართველოსა და აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის საკანონმდებლო თუ კანონქვემდებარე აქტებით და სამინისტროს დებულებით განსაზღვრული ამოცანებით თუ ვიმსჯელებთ, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მნიშვნელოვანი როლი აკისრია მაღალი

ხარისხის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის საკითხებში. თუმცა, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს დებულებით განსაზღვრული ფუნქცია-ვალდებულებების კომპონენტი და სამინისტროს სტრუქტურა ამ მხრივ არ არის სრულყოფილი. აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს ძირითადი საქმიანობა სამინისტროს მიერ დანერგილი პროგრამების მართვა-განკარგვით შემოიფარგლება, რაც გარკვეულწილად აკნინებს სამინისტროს ფუნქციურ შესაძლებლობებს. კანონმდებლობით განსაზღვრული, რიგი კომპეტენციები და ფუნქცია-ამოცანები კი ძირითადად ფორმალურ-ბუნდოვანი ხასიათისაა:

➤ „სამედიცინო დაწესებულებათა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განმტკიცებისა და განვითარების ხელშეწყობა“ (214) - აჭარის ა.რ. ტერიტორიაზე არსებული სამედიცინო დაწესებულებების უმრავლესობა კერძო საკუთრებაა და შედის საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგის ან აჭარის ა.რ. ფინანსთა და ეკონომიკის სამინისტროს დაქვემდებარებაში. აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მმართველობით სისტემაში არ შედის აჭარის რეგიონის არც ერთი სამედიცინო დაწესებულება, შესაბამისად, უცნობია, რა ფორმით ან რა მიზნობრიობით უნდა უზრუნველყოს სამინისტრომ სამედიცინო დაწესებულებების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განვითარების ხელშეწყობა.

➤ „ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე სამედიცინო დახმარების ერთიანი წესების, პირობებისა და ნორმატივების დანერგვისა და გამოყენების ხელშეწყობა“ (214) - საქართველოში სამედიცინო საქმიანობის ერთადერთ მარეგულირებელ ორგანოს წარმოადგენს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო და მის სისტემაში შემავალი რეგულირების სააგენტო. აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროსთვის მსგავსი უფლებამოსილების მინიჭების საკითხი მოქმედი კანონმდებლობით არ განისაზღვრება; ამასთან, მარეგულირებელი სისტემების აღსრულებასთან დაკავშირებით, მკაფიოდ არ არის ჩამოყალიბებული აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს თანამონაწილეობის ფორმა, რასაც თან ერთვის სამინისტროებს შორის სტრუქტურულ-ფუნქციური კავშირის არარსებობა. მოცემული მსჯელობიდან გამომდინარე და იმის გათვალისწინებით, რომ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო დაწესებულებებზე ზეგავლენის ნულოვანი უფლებამოსილება აქვს, ბუნდოვანი და გარკვეულწილად შეუსრულებელი მისიაა, მასზე დაკისრებული, ზემოთ წარმოდგენილი ამოცანის შესრულება.

➤ „სამედიცინო სტატისტიკის წარმოება, სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვება და ანალიზი კომპეტენციის ფარგლებში“ (214) – სამინისტროს სტრუქტურაში არ შედის სტატისტიკისა და ანალიტიკის ან სტატისტიკური მონაცემების დამუშავებასთან დაკავშირებული სხვა სტრუქტურული ერთეული. აქედან გამომდინარე, ბუნდოვანია, თუ როგორ ხდება რეგიონის დონეზე ჯანდაცვის „მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის

პრიორიტეტულ მიმართულებათა განსაზღვრა და მათი განხორციელებისათვის შესაბამისი ღონისძიებების გატარება“. (214) ზოგადად, ქვეყანაში, სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოება ხორციელდება ცენტრალიზებულად და აღნიშნულზე პასუხისმგებელია დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი. ისევე როგორც საქართველოს და აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროებს შორის, არც დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრსა და აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს შორის არ არის განსაზღვრული სტატისტიკური მასალების გაცვლა-დამუშავება-ანალიზთან დაკავშირებული ფუნქციური ურთიერთკავშირი. რეგიონის დონეზე დამოუკიდებელი კვლევები ნაკლებად მიმდინარეობს. აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროსთვის, სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის მხრივ, ხელმისაწვდომია სამინისტროს მიერ უკვე განხორციელებულ პროგრამებთან დაკავშირებული სამედიცინო დოკუმენტაცია. სხვა სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვებას რაც შეეხება, უნდა აღინიშნოს, რომ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს არ აქვს ლეგიტიმური უფლებამოსილება, სავალდებულო ფორმატში, სამედიცინო დაწესებულებას მოსთხოვოს სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაცია და აღნიშნული სამედიცინო დაწესებულების კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული.

➤ „ცხოვრების ჯანსაღი წესის და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებების განხორციელებაში მონაწილეობა“ (214) - ამ მხრივ სამინისტროს აქტივობა ზოგადი ხასიათისაა, აჭარაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებები ძირითადად დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის ინიციატივით ხორციელდება, მათ შორის აჭარის წარმომადგენლობის მონაწილეობითა და ნაკლებად დამოუკიდებელი ინიციატივით.

აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ფაქტობრივად არასდროს განხორციელებულა მისთვის 2003 წელს კანონმდებლობით მინიჭებული და დელეგირებული უფლებამოსილება, როგორცაა: აჭარის ტერიტორიაზე რეგისტრირებულ და ფუნქციონირებად „სამედიცინო და ფარმაცევტულ საქმიანობაზე ლიცენზია-ნებართვების გაცემა“. (284), (311) აღნიშნული, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს დებულების არც ერთი რედაქციით დასტურდება. პრეზიდენტის ბრძანებულებით დელეგირებული უფლებამოსილება ფაქტობრივად ფორმალური ხასიათის იყო. მოცემულ საკითხთან დაკავშირებით საუბრობს თვისებრივ კვლევაში მონაწილე რამდენიმე ექსპერტიც. ექსპერტები (№10 და №11) იხსენებენ, რომ ხსენებულ გადაწყვეტილებას ეწინააღმდეგებოდა „რეგულირების სააგენტოს მაშინდელი ხელმძღვანელობა“, შესაბამისად, „განვითარებაც არ მოჰყოლია“. უმრავლესობისგან განსხვავებული შეფასებით გამოირჩევა ექსპერტი №9, ხსენებული უფლება-მოსილებების განსახორციელებლად აფასებს რა აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს შესაძლებლობებს,

აღნიშნავს, რომ სამინისტროს არ აქვს შესაბამისი ინტელექტუალური რესურსი. ხოლო №10 და №11 მიიჩნევენ, რომ შესაბამისი სტრუქტურის არსებობის შემთხვევაში სამინისტრო სრულიად უნარიანი შეიძლება გახდეს რეგიონის დონეზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის ფუნქციის შესრულების მხრივ.

აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს სტრუქტურაში შემავალი „ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის“ ერთ-ერთ ძირითად ამოცანას მიეკუთვნება ჯანდაცვის სფეროში „სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავებასა და განხორციელებაში მონაწილეობის მიღება“ და აჭარის ტერიტორიაზე ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელების ხელშეწყობა. აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებისა და პოლიტიკის განხორციელების მხრივ, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროსა და შესაბამისად ჯანდაცვის დეპარტამენტის თანამონაწილეობის ფორმა და განხორციელების გზები არ არის განსაზღვრული. რაც შეეხება ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებაში მონაწილეობას, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტრო მასში მონაწილეს მხოლოდ თანადაფინანსების გზით.

„ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტზე“ დაკისრებულ ფუნქციასთან დაკავშირებით, როგორცაა: აჭარის ტერიტორიაზე არსებული სამედიცინო დაწესებულებებისათვის სამედიცინო მომსახურების „შიდა სტანდარტების შემუშავებაში მეთოდური დახმარება“ - უნდა აღინიშნოს, რომ სამინისტრო და, შესაბამისად ჯანდაცვის დეპარტამენტი, ძირითადად განსაზღვრავს სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებული პროგრამების მომსახურების სტანდარტებს, ხოლო, რაც შეეხება სამედიცინო დაწესებულებებისთვის, შიდა სტანდარტების შემუშავებაში მეთოდურ დახმარებას, იგი სამინისტროს მიერ ფაქტობრივად არ ხორციელდება, შესაბამისად, არც არსებობს აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით პასუხისმგებელი პირი ან სტრუქტურული ერთეული. ამასთან, სამინისტროს არ აქვს ლეგიტიმური უფლებამოსილება, ჩაერიოს რეგიონში არსებული სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობაში.

რაც შეეხება სამედიცინო მედიაციის დეპარტამენტს, წარსულში, ხსენებული დეპარტამენტის შექმნის ძირითადი მიზანი, მოქალაქეებს, სამედიცინო დაწესებულებებსა და სადაზღვევო კომპანიებს შორის გართულებული ურთიერთობების მოგვარება იყო. უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანდაცვის დაფინანსების სადაზღვევო მოდელიდან, სამედიცინო სერვისების პირდაპირი შესყიდვის მოდელზე გადასვლის შემდეგ, დეპარტამენტის ფუნქცია ამ მიმართულებით ფაქტობრივად დაკარგულია (დეპარტამენტი ისეთი ფუნქციური დატვირთვით აღარ მუშაობს, როგორც შექმნის მომენტისთვის), თუმცა სამინისტროში ამ მხრივ სტრუქტურულ-ფუნქციური ცვლილება არ განხორციელებულა.

3.2. თვისებრივი კვლევის (სიღრმისეული ინტერვიუ) შედეგების ანალიზი

3.2.1. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვის და რეგულაციის ხარვეზები, სფეროს განვითარების შემაფერხებელი გარემოებები

ექსპერტი №1-ის შეფასებით, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს განვითარებას აფერხებს ფაქტორთა ერთობლიობა, რომელიც კომპლექსურად უნდა იქნას განხილული. „მრავლობითი პრობლემებიდან“ გამოყოფს მიმართულებებს: პირველადი ჯანდაცვა; პოსტდიპლომური განათლება; ხარისხის კონტროლი; სახელმძღვანელო სტანდარტების არარსებობა; „დაფინანსების სქემა-მოდელი“ (საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დაფინანსების ფორმა); ხარისხიან მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობისა და მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პრობლემები.

ექსპერტი №2 კრიტიკულად განიხილავს არსებულ ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკას და აღნიშნავს, რომ „საერთოდ არ არის ანგარიშვალდებულება და პასუხისმგებლობა“. ექსპერტის შეფასებით, ჯანდაცვის სფეროს განვითარების შემაფერხებელ ფაქტორებს წარმოადგენენ: დაფინანსების სისტემა, კერძოდ კი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დაფინანსების ფორმა - ერთი გადამხდელის („single payer“) სქემა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სახელმწიფო პოლიტიკა და პოლიტიკის განმახორციელებელი რგოლის („რეგულირების სააგენტო“) არაეფექტური საქმიანობა.

ექსპერტი №3 განიხილავს სახელმწიფო სისტემის ხარვეზებს და ერთ-ერთ მიზეზად განათლების ხარისხს ასახელებს. ექსპერტის შეფასებით, სახელმწიფო რეგულაციების არასწორად დაგეგმვისა და აღსრულების მიზეზი სახელმწიფო ინსტიტუციებში ინტელექტუალური პოტენციალის არარსებობაა, რომლის შედეგადაც, ხარისხის გაუმჯობესების უზრუნველყოფის ნაცვლად, ინსტიტუცია ხდება „დამაზიანებელი“.

ექსპერტი №4-ის შეფასებით, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა „ზედმეტად პოლიტიზირებული“ და „მონოპოლიზებულია“. ექსპერტი აღნიშნავს, რომ „არ არსებობს ანგარიშვალდებულება“ და მიუთითებს სისტემაში „კონფლიქტთა ინტერესის“ არსებობაზე. ექსპერტის აზრით, აღნიშნული მდგომარეობა ხელს უშლის სტრატეგიული გადაწყვეტილებების მიღებასა და ეფექტური რეფორმების განხორციელებას. ექსპერტი თვლის, რომ ჯანდაცვის სამინისტრო ეფექტურად ვერ ახორციელებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ინფექციური კონტროლის ღონისძიებებს. ექსპერტი მიუთითებს „შიდაჰოსპიტალური ინფექციის“, როგორც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ინდიკატორის მნიშვნელობაზე და აღნიშნავს, რომ საქართველოში შიდა ჰოსპიტალური ინფექციების სტატისტიკური მონაცემები არადამაჯერებელია („არარეალურია“). ექსპერტის

შეფასებით, ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას ყველაზე მეტად აფერხებს „მონოპოლია“ და „კორუფცია“.

ექსპერტი №5 კრიტიკულად აფასებს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას, პრობლემურ საკითხად განიხილავს „მართვის ხარვეზსა“ და „ბაზრის თავისუფლების“ საკითხს. აღნიშნავს, რომ „1995 წლიდან არ ყოფილა ჯანსაღი ურთიერთობა ბაზარსა და სახელმწიფოს შორის“. ექსპერტის შეფასებით, ჯანდაცვის სფეროს განვითარების მთავარ შემაფერხებელ გარემოებას წარმოადგენს არსებული „მართვის მოდელი“ და „ადამიანური რესურსები, რომლებიც მართავენ სისტემას“. ექსპერტი მიიჩნევს, რომ სახელმწიფო არ გამოხატავს ინტერესს არსებული ხარვეზებისა და უარყოფითი შედეგების მიზეზებთან დაკავშირებით („სისტემა არ სვამს კითხვას რატომ“).

ექსპერტი №5 ასევე მიუთითებს პრევენციული მედიცინის არარსებობასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პრობლემებზე, მათ შორის პროფესიონალიზმის ნაკლებობა, „კლინიკური აზროვნების არარსებობაზე“, ჰიპერდიაგნოსტიკასა და სამედიცინო საზოგადოებაში გავრცელებულ „მერკანტილური გამორჩენის“ საკითხებზე და სხვა.

ექსპერტი №6-ს შეფასებით, არსებული ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას აფერხებს არასაკმარისი რესურსი, მათ შორის, საჯარო სექტორში დასაქმებული პერსონალის არასაკმარისი გამოცდილება, რაც „მარეგულირებელი გარემოს“ ეფექტურ ფუნქციონირებას უშლის ხელს. ექსპერტი მიიჩნევს, რომ არ არის ჩამოყალიბებული სისტემის განვითარების ხელშემწყობი პოლიტიკური ამოცანა და ხაზს უსვამს „მკაფიო პოლიტიკური აზროვნების“ ჩამოყალიბების საჭიროებას.

ექსპერტი №7-ის შეფასებით, ჯანდაცვის სფეროს განვითარებას აფერხებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული ისეთი ხარვეზები და ნაკლოვანებები, როგორებიცაა: უწყვეტი პროფესიული განათლება, მკურნალობის სტანდარტები და პროტოკოლები, პოლიფარმაცია, პოლიპრაგმაზია და სხვა. ექსპერტი ასევე კრიტიკულად აფასებს ჯანდაცვის სისტემის მოწყობის მოდელსა და სახელმწიფო დაფინანსების სისტემას („საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა“).

ექსპერტი №8-ის შეფასებით, ჯანდაცვის სფეროს განვითარებას აფერხებს ფაქტორთა ერთობლიობა და სისტემური ხარვეზები. მათ შორის გამოყოფს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების პრობლემებს და მიუთითებს პუდ-ს მნიშვნელოვან როლზე „მეორეული“ და „მესამეული“ დონეების განვითარებაში. ექსპერტი ასევე ეხება ჯანდაცვის სისტემის რეგულაციის ხარვეზებს და ხაზს უსვამს „რეგულირების მექანიზმების

არარსებობას“ და არსებული მექანიზმების „არაეფექტურობას“. ექსპერტი საუბრობს სხვა სისტემურ ხარვეზებზეც, როგორებიცაა: „სელექტიური კონტრაქტირების არარსებობა“; სახელმწიფო პროგრამებში სამედიცინო დაწესებულებების შერჩევის ინდიკატორების არარსებობა; მედიკამენტების ფასთან მიმართებით სახელმწიფო პოლიტიკისა და რეგულირების მექანიზმის არარსებობა; უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის არარსებობა; პირველადი ჯანდაცვის სისტემის „ძალიან სუსტი განვითარება“; დაფინანსების პრობლემები; საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ხარვეზები და პრევენციული მიდგომის არარსებობა.

ექსპერტი №9-ს შეფასებით, წარსულმა გამოცდილებამ და ცვლილებების სიმცირემ განაპირობა გარემოება, სადაც ჯანდაცვის სისტემა არ იყო პაციენტებზე და შედეგზე ორიენტირებული და იქცა „ბიზნესის წყაროდ“. რეგულაციის ხარვეზებთან დაკავშირებით, ექსპერტი განიხილავს ისეთ პრობლემურ საკითხებს, როგორებიცაა: „ფასწარმოქმნის“ მექანიზმის რეგულირება, ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, საყოველთაო ჯანდაცვის ტარიფები და სახელმწიფო რეგულაციების „სისუსტეები“, თუმცა დადებითად აფასებს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მუშაობის აქამდე მიღწეულ შედეგებს არსებული ხარვეზების აღმოფხვრასთან დაკავშირებით. ექსპერტი №9-ს შეფასებით მიმდინარე პერიოდში ჯანდაცვის სისტემის „უფრო მეტად განვითარებას“ აფერხებს „პანდემია“ და ისეთი „გადალახვადი სისუსტეები“, როგორებიცაა: პირველადი ჯანდაცვის განვითარება, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, უკუკავშირი სამედიცინო სექტორთან და სხვა. ექსპერტი აღნიშნავს, რომ „დღეს მოქმედი რეგულაციები არის განვითარების პროცესში“ და ხაზს უსვამს განვითარების 10 წლიანი გეგმის არსებობას, რომლის მიხედვითაც ჯანდაცვა იქნება შედეგზე და პაციენტზე ორიენტირებული. ექსპერტი ასევე დადებითად აფასებს „მოსალოდნელ რადიკალურ“ ცვლილებებსაც.

ექსპერტი №10 ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო რეგულაციის ხარვეზების შეფასებისას ხაზს უსვამს არსებული რეგულაციების აღსრულების საკითხს და ასახელებს პრობლემურ მიმართულებებს: რეგულაციების აღსრულების ბიუროკრატიული მექანიზმი და ფორმალური ხასიათი, ჯანდაცვის კანონმდებლობის ხარვეზები, სუსტი პირველადი ჯანდაცვა, მონოპოლიზებული სამედიცინო ბაზარი, ფარმაცევტული საქმიანობის სუსტი რეგულირების მექანიზმი, საყოველთაო ჯანდაცვა და მიკერძოებული ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც ზრდის კორუფციის შესაძლებლობას და აჩენს ეჭვს.

ექსპერტი №11 მიიჩნევს, რომ „ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო რეგულაცია არ არის ორიენტირებული შედეგზე“, მისი შეფასებით რეგულაციის მექანიზმი უფრო მეტად

მიმართულია „ფაქტების გამოვლენასა და დასჯაზე, ვიდრე პრევენციაზე“. ექსპერტი ჯანდაცვის სფეროს განვითარების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან შემაფერხებელ ფაქტორად მიიჩნევს ქვეყნის „ძალიან ლიბერალურ ეკონომიკურ და ღრმა სოციალურ წყობას“. ექსპერტი ასევე ხაზს უსვამს პირველადი ჯანდაცვისა და რეაბილიტაციის სერვისების სისუსტეს, უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის არარსებობას, სამედიცინო მომსახურების მაღალ ფასს, „ექიმის მიმართ ნდობის დაკარგვის“ გამომწვევ ფაქტორებს და სხვა. ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსებასთან დაკავშირებით, ექსპერტის აზრით, არ ხდება „ხარჯთეფექტურობის დათვლა“. ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვან პრობლემად განიხილავს წლების განმავლობაში სტაციონარულ სერვისებზე დანახარჯების ზრდას და, ამასთან, ამბულატორიული და პჯდ სერვისების განვითარების შეფერხებას.

ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვის საკითხებთან დაკავშირებით ექსპერტთა შეფასებები ძირითადად ურთიერთთანხვედრაშია. ექსპერტები კომპლექსურად განიხილავენ ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და რეგულირების მექანიზმებს, განიხილავენ იმ ძირითად და პრობლემურ საკითხებს, რომლებიც ხელს უშლის სფეროს განვითარებას.

ექსპერტთა უმრავლესობა კრიტიკულად განიხილავს ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის, ჯანდაცვის ადმინისტრირების, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, რეგულირებისა და აღსრულების მექანიზმის ნაკლოვანებებს და სხვა.

ექსპერტთა ინტერვიუს შედეგების ანალიზის საფუძველზე, ექსპერტთა უმრავლესობისგან განსხვავებით, შედარებით დადებითი და ლოიალური შეფასებებით გამოირჩევა ექსპერტი №9. ექსპერტი დადებით კონტექსტში განიხილავს ჯანდაცვის სისტემას, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მუშაობის შედეგებს, არსებული ხარვეზების აღმოფხვრასთან დაკავშირებით მიმდინარე და სამომავლოდ დაგეგმილ ღონისძიებებს, სფეროს განვითარების მთავარ შემაფერხებელ გარემოებად კი კორონავირუსის პანდემიას ასახელებს.

წარმოდგენილ მსჯელობათა ანალიზის საფუძველზე, ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვისა და რეგულაციის ხარვეზებთან დაკავშირებით, გამოიკვეთა შემდეგი მიმართულებები:

- ჯანდაცვის სისტემის მოწყობა და მართვის მოდელი (მიკერძოებული და პოლიტიზირებული ჯანდაცვის სისტემა);
- ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკა და საკანონმდებლო ხარვეზები;
- სამედიცინო მომსახურების რეგულირებისა და ხარისხის კონტროლის სუსტი მექანიზმები;

- არასაკმარისი მატერიალური და არამატერიალური რესურსი;
- არაჯანსაღი ურთიერთობები სახელმწიფოსა და ჯანდაცვის სექტორს შორის;
- ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა და გაზრდილი დანახარჯები სტაციონარულ სერვისებზე;
- სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და პირველადი ჯანდაცვის სუსტი რგოლი;
- კვალიფიკაცია და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემის ნაკლოვანებები;

3.2.2. ჯანდაცვის სისტემის საკანონმდებლო ხარვეზები

ექსპერტები (№1, №3, №6, №10, №11) კრიტიკულად განიხილავენ ჯანდაცვის კანონმდებლობას, ხაზს უსვამენ ნორმატიული მოთხოვნების და აღსრულების მექანიზმის შეუთავსებლობას.

ექსპერტი №3-ის შეფასებით, სახელმწიფოს ვალდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლთან დაკავშირებით საკანონმდებლო დონეზე განსაზღვრულია, თუმცა ბუნდოვანია აღსრულების საკითხი. ექსპერტი ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ აღსრულების მექანიზმი (ინსტრუმენტის დონეზე) კანონმდებლობაში არ არის ასახული. ექსპერტი №10 მიიჩნევს, რომ კანონი უნდა იყოს მარტივი, ყველასთვის გასაგები და „აღსრულებადი“.

ექსპერტი №11-ს შეფასებით, საკანონმდებლო ნორმატივების შემუშავებისას მნიშვნელოვანია საჭიროების დასაბუთება, აღსრულების მექანიზმის განსაზღვრა, აღსრულების მონიტორინგი და კონტროლი. ექსპერტის აზრით, კანონის აღსრულების სირთულე და ამასთან კონტროლის სუსტი მექანიზმი „საზოგადებას უბიძგებს კანონის დარღვევისკენ“.

ექსპერტი №6-ს მიიჩნევს, რომ ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ნებისმიერი ნორმატიული დოკუმენტი არის ერთგვაროვანი შინაარსის და შემუშავებულია „უბრძანე და აკონტროლე“ პრინციპით.

ექსპერტი №10 იზიარებს მოსაზრებას, რომ კანონს ჭირდება მუდმივი განახლება, თუმცა ასევე აღნიშნავს, რომ მრავალრიცხოვანი ცვლილებების განხორციელების შემდეგ, რიგ შემთხვევებში, იკარგება თავდაპირველი შინაარსი და მიუთითებს არსებულ საკანონმდებლო ბაზაში მსგავსი დოკუმენტების სიმრავლეზე, რასაც ხარვეზად მიიჩნევს. ექსპერტი №11 კი აღნიშნავს, რომ ნორმატიულ ბაზებში ცვლილების შეტანის შემთხვევაში, არ ხდება მასთან დაკავშირებული დოკუმენტების სინქრონული განახლება. ის ასევე ხაზს უსვამს ჯანდაცვის კანონმდებლობის ხელმისაწვდომობის საკითხსაც; ხარვეზად მიიჩნევს, რომ „ჯანდაცვის სფეროში მოქმედი ნორმატიული აქტები ერთიანი კრებულის სახით არ არის ხელმისაწვდომი“.

ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმართ განსაკუთრებით კრიტიკული შეფასებით გამოირჩევიან ექსპერტები №2 და ექსპერტი №5:

- ექსპერტი №2 აღნიშნავს, რომ „სანამ არ გვაქვს საფუძველმდებარე კონცეფცია, კანონზე ლაპარაკს აზრი არ აქვს“ და რომ სხვა მხრივ, „ეს არის რაღაც, უბრალოდ უშინაარსო მუხლები გროვა“. ექსპერტი განიხილავს გამოსავალს და მიიჩნევს, რომ ჯერ უნდა განისაზღვროს „ზოგადი ხედვა“ და ამის საფუძველზე უნდა მომზადდეს ახალი კანონპროექტი.
- ექსპერტი №5-ის შეფასებით, „სამართლებრივი აქტების უკან არ დგას აზროვნების მწყობრი სისტემა“ და „ნულოვანია კულტურა სამართალწარმოებისა და, საერთოდ, კანონის უზენაესობის მიმართ“.

ექსპერტი №4 მიუთითებს კანონმდებლობის მხრივ არსებულ გამოწვევებზე, მათ შორის „პრიორიტეტულად“ და „პირველ რიგში გამოსასწორებლად“ მიიჩნევს საქართველოს კანონში „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ ცვლილების შეტანას. ექსპერტის შეფასებით, აღნიშნული ხელს შეუწყობს ქვეყანაში „წამლის დეფიციტის“ თავიდან აცილებას, ფასების დარეგულირებას, ხელმისაწვდომობასა და კონკურენტუნარიანობას. ექსპერტი, ასევე მნიშვნელოვნად მიიჩნევს, კანონმდებლობის დონეზე, სახელმწიფო რეგულაციის საშუალებით, სავალდებულო აკრედიტაციის სისტემის დანერგვის აუცილებლობას.

ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ნორმატიული ბაზის შეფასებისას, ექსპერტები თანხმდებიან საკანონმდებლო დონეზე „გარკვეული რეგულაციების“ არსებობასთან დაკავშირებით, თუმცა ექსპერტთა უმრავლესობა ხაზს უსვამს ნორმატიული მოთხოვნებისა და აღსრულების მექანიზმის არარსებობას ან განსაზღვრულ დებულებათა ურთიერთ შეუთავსებლობას. მიუთითებენ ისეთ პრობლემურ საკითხებზე, როგორებიცაა: კონკრეტული საკანონმდებლო ნორმატივის მიზნობრიობა და საჭიროება (საფუძველი), აღქმის სიმარტივე, აღსრულების შესაძლებლობა და აღსრულების კონტროლი.

სიღრმისეულ ინტერვიუში მონაწილე რესპონდენტთა შორის, საკანონმდებლო სივრცეში არსებულ ხარვეზებთან დაკავშირებით მხოლოდ ერთი რესპონდენტი (№9) გამოიკვეთა განსხვავებული შეფასებით. მართალია, ექსპერტი ნაწილობრივ ეთანხმება უმრავლესობის შეფასებას, ნორმატიული ბაზებში არსებულ პრობლემებთან დაკავშირებით, თუმცა მიუთითებს პრობლემის აღმოფხვრაზე. მისივე შეფასებით, ნორმატიულ ბაზებში არსებული „ბუნდოვანი ხასიათის“, „ურთიერთგამომრიცხავი ჩანაწერები“ უკანასკნელი წლების განმავლობაში „დაკორექტირდა“ და „უფრო ნათელი ხასიათი მიეცა“, ამასთან ექსპერტი აღნიშნავს, რომ „ყოველდღიურ პრაქტიკაში“ კანონმდებელთან უკუკავშირის შედეგად აღმოჩენილი შეუსაბამობების „მცისიერი აღმოფხვრა ხდება“.

ექსპერტთა შეფასებების შედარებითი ანალიზის საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ ექსპერტი №5-ს შეფასება - „ნულოვანია კულტურა სამართალწარმოებისა და, საერთოდ, კანონის უზენაესობის მიმართ“, განპირობებულია ექსპერტი №11-ს შეხედულებით, რომელიც სხვა ექსპერტების მსგავსად (№1, №3, №11) მიუთითებს ჯანდაცვის კანონმდებლობის აღსრულების სირთულისკენ და აღნიშნავს, რომ აღსრულების სუსტი მექანიზმი განაპირობებს საზოგადოების წინასწარ განწყობას კანონდარღვევისკენ.

აღსანიშნავია ექსპერტის №11-ის მსჯელობა, ჯანდაცვის კანონმდებლობის კონსოლიდირებული ვერსიების, ერთიანი კრებულის სახით ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროსა და მის დაქვემდებარებაში არსებული სტრუქტურების ვებ. გვერდებზე განთავსებული ჯანდაცვის მარეგულირებელი საკანონმდებლო და ნორმატიული დოკუმენტაცია სრულყოფილად, ერთიან სივრცეში არ არის განთავსებული და მიმოფანტულია სხვადასხვა ვებ. გვერდის სხვადასხვა მოდულში, რაც მნიშვნელოვნად ართულებს ძიების პროცესს. ამასთან, რიგ შემთხვევებში დაგვიანებით ხდება ძალადაკარგული ნორმატივების განახლებული, კონსოლიდირებული ვერსიებით ჩანაცვლება. რაც შეეხება ფასიან სამიეზო სისტემებს (მაგალითად საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე), აღნიშნული ბაზები მხოლოდ სახელობითი, კონკრეტული ნორმატიული დოკუმენტის ძიების საშუალებას იძლევა. შესაბამისად, არსებული მოცემულობა კიდევ უფრო მეტად ართულებს სამედიცინო პერსონალის წვდომას საკანონმდებლო თუ ნორმატიულ ბაზებთან, როგორც ინფორმაციული, ისე ფინანსური თვალსაზრისით.

მიუხედავად იმისა, რომ ექსპერტთა უმრავლესობის მიერ ხარვეზად არ განიხილება საკანონმდებლო ბაზის მუდმივი განახლების შედეგად თავდაპირველი შინაარსის დაკარგვის პრობლემატიკა, ყურადსაღებია ექსპერტი №10-ის მოსაზრება მოცემულ საკითხთან დაკავშირებით - „მრავალრიცხოვანი ცვლილებების განხორციელების შემდეგ, რიგ შემთხვევებში, იკარგება თავდაპირველი შინაარსი“. არსებული პრობლემატიკის საილუსტრაციოდ მოცემულია ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ ორ მნიშვნელოვან კანონში შეტანილი ცვლილებები:

- 1997 წლიდან მოქმედი საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (263) - დღემდე (ივნისი, 2022) შესულია „46 ცვლილება“ და დიდი რაოდენობა მუხლებისა ამოღებულია;
- 2007 წლიდან მოქმედი კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ (272) - დღემდე (ივნისი, 2022) შესულია “38 ცვლილება“.

არსებული მიდგომა და განახლებული ვერსიების დაგვიანებით ჩანაცვლება, ამასთან, კონსოლიდირებულ ვერსიებზე ხელმისაწვდომობის სირთულეც გარკვეულწილად განაპირობებს სამედიცინო სექტორის, განსაკუთრებით კი კერძო პრაქტიკისა და ამბულატორიული სერვისების, მათ შორის სტომატოლოგიური მომსახურების განმახორციელებელ პირთა არაინფორმირებულობას მარეგულირებელ ნორმატივებთან დაკავშირებით.

წარმოდგენილ მსჯელობათა ანალიზის საფუძველზე, ჯანდაცვის სისტემის საკანონმდებლო ხარვეზებთან დაკავშირებით, გამოიკვეთა შემდეგი მიმართულებები:

- ნორმატიული მოთხოვნებისა და აღსრულების მექანიზმის შეუთავსებლობა;
- კანონმდებლობით განსაზღვრულ დებულებათა ურთიერთ შეუთავსებლობა;
- კონსოლიდირებული საკანონმდებლო ბაზის ხელმისაწვდომობის სირთულეები;
- კულტურა სამართალწარმოებისა და კანონის უზენაესობის მიმართ;

3.2.3. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის ხარვეზები

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის ხარვეზებთან დაკავშირებით ექსპერტთა მოსაზრებები შინაარსობრივი დამუშავების შემდეგ გაერთიანდა თემატურ ჯგუფებში:

3.2.3.1. ჯანდაცვის სფეროს მმართველობითი სისტემა

ექსპერტთა (№1, №2, №4, №8, №10, №11) შეფასებით, არ არსებობს ჯანდაცვის სისტემის ერთიანი სახელმწიფო კონცეფცია, გრძელვადიანი სტრატეგიული გეგმა, ერთიანი სტანდარტები ან ხარისხის საზომი კრიტერიუმები. ექსპერტი №11 მიიჩნევს, რომ „სტრატეგიულ გეგმას უნდა ჰქონდეს არა მხოლოდ რაოდენობრივი, არამედ ხარისხობრივი მაჩვენებელი“. ექსპერტი №8 კი აღნიშნავს, რომ „სტრატეგიულ გეგმაზე“ მუშაობა არ არის გამჭვირვალე, სახელმწიფოს მიერ არ ხდება სპეციალისტთა და ექსპერტთათვის ინფორმაციის გაზიარება და მოსაზრების გათვალისწინება.

ექსპერტთა უმრავლესობა (გარდა ექსპერტი №9) უარყოფითად აფასებს ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვის მოდელსა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის სისტემას. ექსპერტები კრიტიკულად განიხილავენ სახელმწიფოს „ავტორიტარულ“ მიდგომას, მათივე შეფასებით, სახელმწიფო ერთპიროვნულად მართავს და განკარგავს სფეროს. „თვითონ არის ყველაფრის განმკარგავი, დამფინანსებელი, შემფასებელი, გადამხდელი და სხვა“ - აღნიშნავს ექსპერტი №11, „სახელმწიფო არ უნდა იყოს ყველაფრის განმკარგავი“ - ხაზს უსვამს ექსპერტი №10.

„სახელმწიფო არის პოლიტიკის განმსაზღვრელი და მარეგულირებელი, სახელმწიფო ადმინისტრატორი არ უნდა იყოს“ - აღნიშნავს ექსპერტი №7 და თვლის, რომ ადმინისტრირება და პროცესების მართვა „კერძო ბიზნეს უკეთესად გამოსდის“, ვიდრე სახელმწიფო სტრუქტურას. ექსპერტი №10 მიიჩნევს, რომ ჯანდაცვის სისტემის ადმინისტრირების ფუნქციის შემსრულებელი რგოლი უნდა იყოს სამინისტროსგან დამოუკიდებელი ორგანო, რომლის მაკონტროლებელ რგოლსაც უნდა წარმოადგენდეს „ანტიკორუფციული“ და „უსაფრთხოების“ სამსახურები.

ექსპერტი №10-ს შეფასებით, სახელმწიფოს არსებული ავტორიტარული მართვის ფორმა, რომელშიც სახელმწიფო თავად „ხარჯავს თანხებს“, „განსაზღვრავს პროგრამებს და დაფინანსების წესს“, არის „შემმოწმებელი“ და აღმოჩენილ დარღვევებზე გადაწყვეტილების მიმღებიც - არის მიკერძოებული, შესაბამისად, ვერ იქნება ეფექტური. აღნიშნულ გარემოებასთან დაკავშირებით ექსპერტი ასევე ხაზს უსვამს „კორუფციის მაღალ შესაძლებლობას“ და მის მიმართ არსებულ „ცდუნებას“.

ექსპერტი №6 უარყოფითად აფასებს ჯანდაცვის სისტემის მართვის ფორმას და აღნიშნავს, რომ სისტემას არ აქვს „მარეგულირებლისთვის“ საჭირო, ისეთი ინსტრუმენტები, როგორცაა: „კონტრაქტირება“ და „კონტრაქტზე ზედამხედველობა“. ექსპერტი ხაზს უსვამს „ნორმატიული ბაზის განვითარებისა“ და „ხარისხის სტანდარტების დადგენის“ საჭიროებას. ექსპერტი №6 შეფასებით, მარეგულირებელი გარემო არის „პოლიტიკის ნაწილი“, რომლის თანმიმდევრულად განხორციელება საქართველოს მუდმივ პრობლემას წარმოადგენს. ექსპერტი აღნიშნავს, რომ „ახალი საავადმყოფოების გახსნის პერიოდში“ (2000-იანი წლების დასაწყისი) სახელმწიფომ შეცდომა დაუშვა, რადგან არ გააძლიერა სახელმწიფოს როლი რეგულაციების მიმართულებით, აღნიშნულმა კი ბაზარზე „ადვილი ფულის“ შოვნის მოტივაცია გააჩინა. ექსპერტის შეფასებით, „სამინისტრომ ვერ მოახერხა საბაზრო პირობებში ამ (სამედიცინო) სექტორის მართვა და მისი შესაფერისი რეგულაციების განვითარება“.

ექსპერტი №7 შეფასებით, „ჯანდაცვის სისტემის მოწყობას გააჩნია სერიოზული პრობლემა, იმიტომ რომ, არ არსებობს არანაირი ლოგიკური არგუმენტი იმისა, რომ ასეთი ურგენტული სტატისტიკა იყოს საქართველოში“. ექსპერტი მიიჩნევს, რომ ჯანდაცვის სისტემის მოწყობის არსებულმა მოდელმა „ცუდი გავლენა იქონია ჯანდაცვის სისტემაზე“ და გამოიწვია სამედიცინო სექტორის „გაუკუღმართებული“ მიდგომა. ექსპერტის შეფასებით, სამედიცინო სექტორი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას ახორციელებს არსებული ჯანდაცვის სისტემის მოწყობის მოდელიდან გამომდინარე.

ექსპერტი №7 შეფასებით, დღეისათვის სახელმწიფო არის სამედიცინო სერვისების „ყველაზე დიდი შემსყიდველი“, რომელიც სამედიცინო სექტორს მომსახურების გაყიდვის „ისეთ წესებსა და პირობებს“ „კარნახობს“, რაც, საბოლოო ჯამში არც ერთ მხარეს (სახელმწიფო, სამედიცინო სექტორი, პაციენტი) არ აკმაყოფილებს. ექსპერტი ასევე ხაზს უსვამს გარემოებას, სადაც „ბიუჯეტის ყველაზე დიდი წილი მოდის ჰოსპიტალზე“ და მინიმალური ხარჯი კი - ისეთ მნიშვნელოვან მიმართულებაზე, როგორცაა პირველადი ჯანდაცვის რგოლი. პრევენციული მიდგომისა და პირველადი ჯანდაცვის საჭიროებებზე საუბრობს ექსპერტთა სრული უმრავლესობა. აღნიშნულთან დაკავშირებით ექსპერტი №2 მიიჩნევს, რომ სისტემა ორიენტირებული უნდა იყოს ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე და არა მკურნალობაზე.

ექსპერტი №5 ხაზს უსვამს ჯანდაცვის სფეროს პოლიტიზირების საკითხს და აღნიშნავს, რომ „ხელისუფლების“ ინტერესს წარმოადგენს „ძალაუფლებაში მოსვლის ან დარჩენის ამოცანა“ და „ამომრჩევლის გულის მოგება“, რომელშიც აქცენტი გაკეთებულია არა „ჯანმრთელ“, არამედ „ბედნიერ“ ამომრჩეველზე. ექსპერტის შეფასებით, „ცნება ჯანმრთელი ჩაანაცვლა ხელმისაწვდომმა ჯანდაცვამ“. ექსპერტი ასევე ეხება საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის საკითხებსაც და „საზოგადოებაში ჯანმრთელობის მიმართ დამოკიდებულებას“, ხაზს უსვამს სახელმწიფოს „უმოქმედობას“.

ექსპერტი №6 აღნიშნავს, რომ სამინისტროში არ არსებობს „ინსტიტუციური მეხსიერება“, მისი შეფასებით, „ყოველი არჩევნების შემდეგ“, თავიდან იწყება „რადაცის მშენებლობა“, ეს კი აფერხებს „უწყვეტ და თანმიმდევრულ განვითარებას“. ექსპერტის შეფასებით, „ადამიანების წასვლასთან ერთად მიდის მეხსიერების ნაწილი, მისი „დოკუმენტალიზაცია“, მისი განვრცობა, ეს უწყვეტობა არ არის დაცული....“ ინსტიტუციურ მეხსიერებაზე საუბრობს ექსპერტი №10-იც და აღნიშნავს, რომ „ჩვენ არ ვცემთ პატივს ჩვენი წინამორბედის შრომას“. მისი შეფასებით არც ერთი ახალი მმართველი გუნდი არ იზიარებს წინამორბედის შრომასა და წარმატებას.

ჯანდაცვის პოლიტიზირების საკითხს განიხილავს ექსპერტი №8 და მიიჩნევს, რომ უმოქმედობა „ფარმაცევტული ინდუსტრიისა“ და დაინტერესებული პირების განაწყენების თავიდან არიდების მიზნით, აფერხებს სახელმწიფო რეფორმებს. ექსპერტი №8-ის შეფასებით, ქვეყანაში არ არსებობს „გრძელვადიანი სტრატეგიული გეგმა“. როგორც ექსპერტი მიიჩნევს, „არავის არ აინტერესებს გრძელვადიანობა“ და „არჩევნებიდან არჩევნებამდე“ ძალაუფლების შესანარჩუნებლად გამოიყენება „მოკლევადიანი გეგმები“. ექსპერტი №10 იზიარებს სტრატეგიული გეგმის არარსებობას და აღნიშნავს, რომ სახელმწიფოს მიერ უმეტესწილად გამოიყენება „ოპერატიული“ ან „საშუალო ვადიანი სამოქმედო გეგმა“.

ექსპერტი №10 განიხილავს ჯანდაცვის სფეროს პოლიტიზირებისა და არჩევნებზე ხმების მობილიზების საკითხს, კრიტიკულად აფასებს სოციალურად დაუცველი ოჯახებისა და სიღატაკის ზღვარს მიღმა არსებული მოსახლეობის რაოდენობას, რომელიც ასევე „უზარმაზარ შრომით რესურსს“ წარმოადგენს. ექსპერტის შეფასებით, სახელმწიფოს მიერ ამ ადამიანური რესურსის ადეკვატურად გამოყენების ნაცვლად, ადამიანებს შეუქმნა „სიზარმაცის მოტივაცია“.

ექსპერტები (№1, №5, №6, №11) უარყოფითად აფასებენ სახელმწიფოსა და სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლებს შორის კომუნიკაციის ფორმებს. მათი შეფასებით ურთიერთობა არ არის დაფუძნებული თანამშრომლობაზე და რომ „სამინისტრო იყენებს „დამსჯელ“ და „შანტაჟის“ მექანიზმებს. კერძოდ, სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლების მიერ უკმაყოფილების გამოთქმის შემთხვევაში, სამინისტრო დასჯის მიზნით იყენებს ისეთ ბერკეტებს, როგორიცაა: თანხის გადარიცხვის შეკავება-გაჩერება ან სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსებით შესრულებული სამუშაოების შემოწმების მიზნით, „კომისიის შესვლა სამედიცინო დაწესებულებაში“. ექსპერტი №1 მიიჩნევს, რომ მოცემული მდგომარეობა „კორუფციის სქემების აგებას უწყობს ხელს“ და „კითხვის ნიშნებს აჩენს...“ და აქვე მიუთითებს არსებულ დაფინანსების მოდელის მანკიერებაზე.

ექსპერტი №5-ს შეფასებით, ჯანდაცვის სისტემა არის „გაუწონასწორებელი“, სადაც არც ერთი მხარე (სახელმწიფო და სამედიცინო სექტორი) არ ცდილობს „დაბალანსებას“. ექსპერტის აზრით, სახელმწიფოსა და სამედიცინო ბაზარს შორის ურთიერთობა „არ არის ჯანსაღი“, ხაზს უსვამს სამინისტროს არასამართლიან გადაწყვეტილებებზე სამედიცინო საზოგადოების „უპირობო მორჩილების“ საკითხს (ფინანსური ბერკეტების თავიდან აცილების მიზნით) და აქედან გამომდინარე, მიიჩნევს რომ სახელმწიფოს მხრიდან „ყოველთვის იქნება ცდუნება ბოროტად გამოიყენოს ასიმეტრიული ძალაუფლება“.

ექსპერტი №6 ხაზს უსვამს სახელმწიფოს მიერ შექმნილ არათანაბარ პირობებს სახელმწიფოსა და კერძო სექტორს შორის. აღნიშნავს, რომ ჯანდაცვის სისტემის არსებული მართვის მოდელით („საშინელი მართვის მოდელი“) და არათანაბარი მიდგომით „ხდება კერძო სექტორის მარგინალიზაცია და ხარისხი ყველგან უარესდება“

ექსპერტი №11-ის მიიჩნევს, რომ რადგან სახელმწიფო სამედიცინო სექტორის მიმართ არ არის კეთილგანწყობილი, სამედიცინო დაწესებულებებს მუდმივად „თავდაცვის რეჟიმში“ უწევთ ყოფნა. ექსპერტი ასევე აღნიშნავს, რომ სამედიცინო სექტორის მიერ „დოკუმენტ წარმოება უფრო მაღალ დონეზეა, ვიდრე მკურნალობა“, რაც „სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე დადებითად არ მოქმედებს“.

ექსპერტი №9 ხაზს უსვამს სახელმწიფოსა და სამედიცინო საქმიანობის „მეორე დონეს“ შორის ცუდ კომუნიკაციასა და „ნულოვან უკუკავშირს“, თუმცა აქვე ასაბუთებს, რომ ჯანდაცვის განვითარების „10 წლიანი გეგმის“ მიხედვით აღნიშნული პრობლემის გამოსწორება პრიორიტეტულია.

წარმოდგენილ მსჯელობათა ანალიზის საფუძველზე, ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის და სისტემის მმართველობის მხრივ, გამოიკვეთა შემდეგი პრობლემური საკითხები:

- ჯანდაცვის სისტემის მართვის მოდელი - ცენტრალიზებული და მიკერძოებული მმართველობა;
- ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე ორიენტირებული სახელმწიფო პოლიტიკა;
- ჯანდაცვის სისტემის ერთიანი სახელმწიფო კონცეფციისა და გრძელვადიანი სტრატეგიული გეგმის არარსებობა;
- ინსტიტუციური მეხსიერების არარსებობა სახელმწიფო მმართველ სისტემაში;
- ჯანდაცვის სისტემის მოწყობის უარყოფითი ზეგავლენა სამედიცინო სექტორზე;
- არაჯანსაღი ურთიერთობა სახელმწიფოსა და სამედიცინო სექტორს შორის;
- დასჯაზე ორიენტირებული მმართველობის სისტემის უარყოფითი ზეგავლენა ჯანდაცვის ხარისხზე;

3.2.3.2. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა

ექსპერტები (№1, №2, №11) ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის შეფასებისას დადებით კონტექსტში განიხილავენ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შედეგად საზოგადოებისთვის სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და სამედიცინო სერვისების ათვისების შესაძლებლობას, თუმცა ხაზგასმით მიუთითებენ დაფინანსების მოდელის ხარვეზზე. ექსპერტთა შეფასებით, სახელმწიფო დაფინანსების არსებული მოდელი („არასწორი ფორმა“), სამედიცინო დაწესებულებებისთვის დადგენილი მინიმალური მოთხოვნები და არაეფექტური ზედამხედველობა, „კლინიკების მხრიდან მანიპულაციების“ საფუძველი გახდა, რამაც პროგრამის ბიუჯეტის გადახარჯვა და, შესაბამისად, სახელმწიფოს მხრიდან ხელოვნური ბარიერების შექმნა გამოიწვია. როგორც ექსპერტი №2 აღნიშნავს, სახელმწიფო დაფინანსების ცვლილებითა და „შუა რგოლის ამოგდებით“, (სადაზღვევო კომპანია) სახელმწიფო გახდა „მოთამაშეც და მწვრთნელიც“, აქედან გამომდინარე, ექსპერტი მიიჩნევს, რომ ასეთ შემთხვევაში „სახელმწიფოს არ შეუძლია ყოველგვარი მიკერძოების გარეშე საავადმყოფოში აკონტროლოს ხარისხი“.

სახელმწიფო დაფინანსების სისტემასთან დაკავშირებით, ექსპერტი №7 აღნიშნავს, რომ „სახელმწიფოს ბევრად უფრო ძვირი უჯდება არაეფექტურად მართული საყოველთაო

ჯანდაცვა, ვიდრე სადაზღვევო სისტემით მიწოდებული სერვისები, რომელიც იყო წინა პერიოდის ჯანდაცვის სისტემის მოწყობის მოდელი“. ექსპერტის შეფასებით, კერძო სადაზღვევო ბიზნესს უკეთ შეუძლია ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვა და მართვა, ვიდრე სახელმწიფოს.

ექსპერტი №3 აღნიშნავს, რომ სამედიცინო ბაზარზე დაშვების არარსებულმა რეგულაციამ და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვამ, სამედიცინო დაწესებულებებში გააჩინა „დიდი ფულის შოვნის მოლოდინი“, რამაც ბაზარზე დიდი რაოდენობით მონაწილეების („ბევრი მოთამაშე“) გამოჩენა გამოიწვია, ბაზარი გახდა „კატასტროფულად ფრაგმენტირებული“. ექსპერტის შეფასებით, დაბალი შემოსავლებისა და არასაკმარისი ფინანსური რესურსის პირობებში, მცირე სამედიცინო დაწესებულებები ვერ უზრუნველყოფენ ინფრასტრუქტურისა და თანამშრომელთა კვალიფიკაციის ამაღლებას, შესაბამისად, მოცემულ საბაზრო ვითარებაში, ფინანსური რესურსის მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებები მიმართავენ პაციენტისთვის არასაჭირო მომსახურების განხორციელებას, რაც საბოლოოდ უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

ექსპერტი №5-ს შეფასებით, სახელმწიფოს არ აქვს „გააზრებული“ თუ „რაში იხდის ფულს“, სწორად არ აქვს განსაზღვრული „კონტრაქტების პირობები და დაფინანსების წესები“ („სტანდარტი არის გაუგებარი, არ არის ალგორითმზე აგებული“). ექსპერტის აზრით, სახელმწიფოს მიერ დადგენილი „დეფორმირებული წესები და არაპროფესიონალიზმი“ განაპირობებს სამედიცინო წრეების მხრიდან მაქსიმალური ფინანსური კეთილდღეობის მისაღებად „მანკიერი ინტერესების გაჩენას“ და „ბიზნესი ერგება სახელმწიფოს მანკიერი მართვის სისტემას“ („ეგრევე გადაეწყო ბიზნესი“). მდგომარეობის გამოსწორებასთან დაკავშირებით ექსპერტის შეფასება სკეპტიკურია და თვლის, რომ ამის გამოსწორება მხოლოდ რეგულირებით შეუძლებელია.

ექსპერტი №11 კრიტიკულად აფასებს სახელმწიფოს უმოქმედობას სტაციონარულ სერვისებზე დანახარჯების ზრდასთან დაკავშირებით და აღნიშნავს, რომ „სახელმწიფო არ ინტერესდება საკითხით“, მიზეზად კი მიკერძოებულ ინტერესს ასახელებს („როდესაც საჭიროდ ჩათვლის, მივა, შეამოწმებს და თანხას ამოიღებს უკან...“). ექსპერტი ხაზს უსვამს სამედიცინო სფეროში კეთილსინდისიერებისა და სამოქალაქო პასუხისმგებლობის აუცილებლობას. ექსპერტის შეფასებით, ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფო დაფინანსების სისტემა მიმართული უნდა იყოს პრევენციულ მედიცინასა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისების დანერგვა-გაუმჯობესებაზე.

ექსპერტთა უმრავლესობისაგან განსხვავებით, ექსპერტი №9 დადებითად აფასებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შედეგებს და პრობლემურ საკითხად მხოლოდ სატარიფო სისტემას ასახელებს. საჭიროდ მიიჩნევს საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში სახელმწიფო ტარიფების გადახედვის საჭიროებას, დაბალანსებასა და რეალობასთან შესაბამისობაში მოყვანას.

სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო დაფინანსების ტარიფებთან დაკავშირებით, ექსპერტები №1 და №3 აღნიშნავენ, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის ეტაპზე განსაზღვრული „მომსახურების ტარიფები“ დღეს აღარ წარმოადგენენ იგივე ღირებულებას და „წლების განმავლობაში ეს თანხა შემცირდა“, ხოლო თანადაფინანსების (ჯიბიდან გადახდის) წილი კი გაიზარდა.

მომსახურების ტარიფებთან დაკავშირებით ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში ჩართული ჯანდაცვის სექტორის მიერ არაერთხელ გაჟღერებულა საკითხი, განსაზღვრული ტარიფების გადახედვის საჭიროებასთან დაკავშირებით. პრობლემის აქტუალობა იკვეთება 2022 წლის აპრილში „ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტის“ (1), ხოლო 2022 წლის ივლისში, „საერთაშორისო ფონდი კურაციოს“ (22) მიერ გამოქვეყნებული კვლევის შედეგებითაც. ასევე აღსანიშნავია, „ჯანდაცვის ასოციაციის“ მიერ, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მისამართით გამოქვეყნებული ღია წერილი. (193) წარმოდგენილი კვლევები და ჯანდაცვის წერილი მკაფიოდ აღწერს ჯანდაცვის სფეროში არსებულ რთულ მდგომარეობას და ასაბუთებს „ტარიფებზე შეთანხმებისა და ინდექსაციის“ აუცილებლობის საკითხს. ტარიფების გადახედვის ურგენტულობას არ იზიარებს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო და DRG სისტემის სრულ ამოქმედებამდე ინდექსაციის საკითხს არ განიხილავს. წარმოდგენილი არგუმენტირებული მსჯელობა, კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს სახელმწიფოსა და ჯანდაცვის სექტორს შორის არაჯანსაღი ურთიერთობის ფორმას და სამინისტროს მიერ ერთპიროვნული გადაწყვეტილებების მიღების დამკვიდრებულ პრაქტიკას.

ექსპერტები №1 და №10 მიიჩნევენ, რომ „საყოველთაო ჯანდაცვამ საკუთარი თავი ამოწურა“ და იქცა „კორუფციის საშუალებად“. ექსპერტები მიიჩნევენ, რომ დაფინანსების სისტემა საჭიროებს განვითარებას. ექსპერტი №10-სა და №11-ის შეფასებით, საყოველთაო ჯანდაცვა არის „პრობლემის მყისიერი გადაწყვეტის გზა“, ხოლო შორეულ პერსპექტივაში, პრობლემის სტრატეგიულად გადაწყვეტის გზად სადაზღვევო სისტემასა და სამედიცინო დაზღვევის არსებობას მიიჩნევენ. ექსპერტთა უმრავლესობა (№1, №2, №3, №5, №6, №7, №8, №10) საჭიროდ მიიჩნევს დაფინანსების მოდელის ცვლილებას და თვლიან, რომ სახელმწიფო სამედიცინო სერვისების პირდაპირი შესყიდვიდან „სადაზღვევო მოდელზე“ უნდა გადავიდეს .

წარმოდგენილ მსჯელობათა შედარებითი ანალიზის საფუძველზე, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მხრივ გამოიკვეთა შემდეგი პრობლემური საკითხები:

- ჯანდაცვის სერვისების პირდაპირი შესყიდვის ნაკლოვანებები;
- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა - პრობლემის მყისიერი გადაწყვეტის გზა, ფრაგმენტირებული ბაზარი და ფინანსური სარგებლის მიღების „მანკიერი ინტერესები“;
- სადაზღვევო მოდელზე დაფუძნებული ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის უგულვებელყოფის უარყოფითი ზეგავლენა ჯანდაცვის ხარისხზე;
- სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ტარიფების შეუსაბამობა რეალურ საჭიროებებთან;

3.2.3.3. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა და კონტროლი

ექსპერტთა ერთი ჯგუფი (№1, №2, №3, №11) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მნიშვნელოვან პრობლემებად მიიჩნევს სამედიცინო დაწესებულებების ინფრასტრუქტურასა და აღჭურვილობას, შიდა ჰოსპიტალური ინფექციების კონტროლის ნაკლოვანებებს, სუსტ პირველადი ჯანდაცვის რგოლსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკრინინგ-პროგრამების ათვისების დაბალ მაჩვენებელს. ხოლო ექსპერტების მეორე ჯგუფი (№4, №5, №8, №10) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის შემაფერხებელ ფაქტორად განიხილავს სამედიცინო ბაზრის „მონოპოლიზაციას“, „უზარმაზარი კონგლომერატების“ არსებობას, არაჯანსაღ „კონკურენციას“, „მიკერძობასა“ და „კორუფციას“. ექსპერტის №5-ის შეფასებით ჯანდაცვის სისტემა არ არის დაბალანსებული და რესურსი კი „გაუგებარია“. ექსპერტი მიიჩნევს, რომ არ არსებობს „ბუნებრივი კონკურენცია“. ექსპერტის აზრით, „ჯანდაცვის სექტორში ყველა ჩაგრავს სუსტს“, სადაც „ყველაზე სუსტი გამოდის პაციენტი“. მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით კი ექსპერტი №5 თვლის, რომ „ბაზარზე არ არის ჯანსაღი ინტერესი...“, რის მიზეზადაც პროფესიულ კომპეტენციას ასახელებს.

ექსპერტი №1-ის მიერ, უარყოფითად ფასდება კონტროლის ცენტრალიზებული სისტემა. ექსპერტის შეფასებით, სისტემა „მიკერძობეულობის შთაბეჭდილებას ტოვებს“, რადგან კონტროლის პროცესში არ მონაწილეობს პროფესიული ასოციაციები ან სხვა დამოუკიდებელი რგოლი („დამოუკიდებელი მარეგულირებელი ორგანო“). როგორც ექსპერტი აღნიშნავს, ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის მიმართულებით სრული დატვირთვა მიმართულია „მოუქნელ და ბიუროკრატიულ“ სამინისტროზე, რომელიც ვერ უზრუნველყოფს დაკისრებული ფუნქციის ეფექტურად შესრულებას.

ექსპერტი №2-ის შეფასებით, „გაუმართავია ხარისხის კონტროლის მექანიზმი“, რადგან ძირითადად, ტექნიკური ხასიათის მოთხოვნებთან შესაბამისობით შემოიფარგლება და არა

პაციენტის გამოსავლის მიხედვით. ექსპერტი მიიჩნევს, რომ სახელმწიფოს მიერ არ ხდება „სუსტი რგოლის“ განსაზღვრა, რის მიზეზადაც სამედიცინო დაწესებულებების „ანგარიშგების“ სისტემის გაუმართაობასა და მონიტორინგის სისტემის ნაკლოვანებებს ასახელებს.

ექსპერტი №3-ის შეფასებით, ჯანდაცვის სფეროს განვითარების შემაფერხებელ გარემოებებსა და სახელმწიფო რეგულაციის ხარვეზებს წარმოადგენს: სახელმწიფოს მიერ „ბაზარზე დაშვების რეგულაცია“, დაფინანსების სისტემა, ქვეყანაში უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის რეგულირების არარსებობა და სახელმწიფო სისტემის დაბალი ინტერესი ხარისხის მონიტორინგთან დაკავშირებით.

ექსპერტი №6 მიიჩნევს, რომ საქართველოში საერთოდ არ არსებობს „კონტროლის სისტემა“. მისივე შეფასებით, სახელმწიფო სამსახურებს რეგულაციების აღსრულებისთვის არ აქვთ საკმარისი შესაძლებლობა (პერსონალის კვალიფიკაცია და გამოცდილება). მარეგულირებელი ორგანოს ორგანიზაციულ სტრუქტურასთან დაკავშირებით, ექსპერტი აღნიშნავს, რომ იქ დასაქმებული ადამიანები ძირითად დატვირთულნი არიან „რუტინული“ საქმიანობით, როგორცაა ხარვეზებზე და შეცდომებზე რეაგირება. ექსპერტი მიიჩნევს, რომ მარეგულირებელი რგოლი „ასრულებს სამედიცინო პოლიციის ფუნქციებს“, შესაბამისად „დღის წესრიგში არ აქვს ხარისხობრივი ან სხვა ტიპის ამოცანების შესრულება“. აღნიშნულთან დაკავშირებით, ექსპერტი №7 მიიჩნევს, რომ „სახელმწიფომ მთელი თავისი ადმინისტრაციული რესურსი უნდა გადაისროლოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მონიტორინგსა და გაუმჯობესებაზე“, ამასთან ხაზს უსვამს პროფესიული ასოციაციების ჩართულობის მნიშვნელობას, რადგან თვლის, რომ „სახელმწიფოს თავისი ბიუროკრატიული აპარატით დამოუკიდებლად ვერ შეძლებს“.

ექსპერტი №11 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის სახელმწიფო სტრუქტურას (რეგულირების სააგენტო) ძალოვან სტრუქტურაში არსებულ „გენერალურ ინსპექციას“ ადარებს და აღნიშნავს, რომ რეგულირების სააგენტო ძირითადად ორიენტირებულია ფაქტების გამოვლენასა და „დამნაშავეს“ დასჯაზე, ვიდრე პრობლემის იდენტიფიცირებასა და გამოსწორებაზე. ექსპერტის შეფასებით, მარეგულირებელი რგოლის მიერ არ ხდება პრობლემის შესწავლა და სრული ანალიზი, მუდმივ რეჟიმში ერთგვაროვან ხარვეზებზე განსაზღვრული ფინანსური ჯარიმები პრობლემის გამოსწორებას არ უზრუნველყოფს.

ექსპერტები (№1, №2 №11) უარყოფითად აფასებენ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებთან დაკავშირებით საზოგადოების ინფორმირებულობის ხარისხს. ექსპერტები №1 და №2 მიიჩნევენ, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისებთან დაკავშირებით მოსახლეობის

ინფორმირებულობის დაბალი მაჩვენებელი სახელმწიფოს „არაეფექტური საინფორმაციო კამპანიის“ შედეგია. ხოლო ექსპერტი №11 კი აღნიშნავს, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისებთან დაკავშირებული ინფორმაცია „ბროშურების“ და „პოსტერების“ სახით ხელმისაწვდომია „ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში“, თუმცა „მოსახლეობა თავად არ არის დაინტერესებული, მიიღოს ინფორმაცია“.

ექსპერტი №3-ის შეფასებით, სამედიცინო ბაზარზე ექიმების ნაკლებობა და სხვადასხვა სამსახურში მუშაობის შედეგად „ექიმების გადაღლილობა“ უარყოფით ზეგავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, აღნიშნულის მიზეზად კი არსებულ სახელმწიფო დაფინანსების მოდელს მიიჩნევს. ერთი და იგივე სამედიცინო პერსონალის ხარჯზე, სამედიცინო სექტორის რაოდენობრივი ზრდის შედეგად კი, ადამიანური რესურსის გადაღლის ძირეულ მიზეზად ექსპერტი №9 რეგულირებისა და კონტროლის მექანიზმის „სისუსტეებს“ ასახელებს. თუმცა ხაზს უსვამს, რომ მიმდინარეობს „რეგულაციების დახვეწა“ და დადებით კონტექსტში განიხილავს სისტემის სამომავლო პერსპექტივებს.

ექსპერტის №1-ის შეფასებით, სახელმწიფო პროგრამით დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის მექანიზმი შინაარსობრივ ანალიზზე მეტად, ხარჯების შეკავებაზეა ორიენტირებული და აქცენტი უმნიშვნელო, ფორმალურ შეუსაბამობებზე კეთდება. გარდა ამისა, ხაზს უსვამს პროგრამული დაფინანსების ფარგლებში შესრულებული სამუშაოს დაგვიანებით ანაზღაურების საკითხს. ექსპერტის შეფასებით, ყოველივე ზემოთხსენებული უარყოფითად აისახება სამედიცინო დაწესებულებებსა და, შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

დაფინანსების საკითხს ეხება ექსპერტი №4-იც და ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ მდგომარეობას აფასებს ეპითეტით - „ბუღალტერიაზე ორიენტირებული ჯანდაცვა“. ექსპერტი №4 თვლის, რომ არც ერთი ქმედება და სტანდარტი არ არის ორიენტირებული პაციენტის კეთილდღეობაზე და მიიჩნევს, რომ „ბუღალტრებმა ექიმებზე უკეთ იციან დიაგნოზის კოდები“. ექსპერტი ასევე კრიტიკულად აფასებს „პაციენტის ბრუნვას სამედიცინო დაწესებულებაში“, რადგან ბიუროკრატიული პროცედურები და პაციენტთა ზედმეტად დაყოვნება ქმნის „ნოზოკომიური ინფექციების“ გავრცელების რისკს, რაც უარყოფითად აისახება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების მნიშვნელობაზე საუბრობენ (გაიდლაინი და პროტოკოლი) ექსპერტები №2, №4 და №6:

➤ ექსპერტი №2 უარყოფითად აფასებს ჯანდაცვის სამინისტროს პასიურობას გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავება-დანერგვის პროცესში. მიიჩნევს, რომ სახელმწიფოსა და „რეგულირების სააგენტოს“ აქცენტი გადატანილი აქვს სამედიცინო დაწესებულებების სალიცენზიო-სანებართვო პირობებზე და „არაფერს აკეთებს გაიდლაინებისა და პროტოკოლების დასანერგად“.

➤ ექსპერტი №6 უარყოფითად აფასებს იმ ფაქტს, რომ 2012 წელს საგრანტო პროგრამით შემუშავებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების დიდი ნაწილი დანერგვა არ მოხდა. რასთან დაკავშირებითაც აღნიშნავს, რომ არსებული მდგომარებით „სარგებლობენ სხვადასხვა ასოციაციები და ერთი და იგივე პროტოკოლი გადაიწერა“ მრავალჯერ. გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავებასთან დაკავშირებით ასოციაციების მიკერძოებულ და პირად ინტერესზე დაფუძნებულ მიდგომას აკრიტიკებს ექსპერტი №4-იც და მიიჩნევს, რომ პროცესი არ არის ორიენტირებული პაციენტის უსაფრთხოებასა და ხარისხის გაუმჯობესებაზე.

ექსპერტები (№1, №2, №3, №6, №8) განიხილავენ სამედიცინო დაწესებულებების სალიცენზიო-სანებართვო პირობებს. მათივე შეფასებით, მოთხოვნები მინიმალურია, დაფუძნებულია მხოლოდ ინფრასტრუქტურულ საჭიროებებსა და ტექნიკურ რეგლამენტით განსაზღვრულ პირობებზე, ხოლო ნებართვის/ლიცენზიის გაცემის შემდეგ კი სახელმწიფო არ არის ორიენტირებული ხარისხის მონიტორინგის განხორციელებაზე. „არ არსებობს ხარისხზე მიმართული რეგულაცია“ - აღნიშნავს ექსპერტი №3. ექსპერტები ხაზგასმით მიუთითებენ „პროცესთან დაკავშირებული კონტროლის“ საჭიროებაზე და მიიჩნევენ, რომ სამედიცინო საქმიანობის დადგენილ სტანდარტებთან შესაბამისობის რუტინული მონიტორინგი უნდა განხორციელდეს „რეალურ სივრცეში, რეალურ გარემოში“, შესაბამისი ცოდნისა და ტექნიკური კომპეტენციის მქონე პირების მიერ. აღნიშნულთან დაკავშირებით ექსპერტის №6 მიიჩნევს, რომ მარეგულირებელ ორგანოს უნდა ჰქონდეს რისკების შეფასების სისტემაზე დაფუძნებული შემოწმების გეგმა.

სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სტრუქტურული ერთეულის ერთ-ერთ ვალდებულებას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და პაციენტის უსაფრთხოების ინდიკატორების დანერგვა, შეფასება და რეაგირება. (315) ამასთან დაკავშირებით საუბრობს ექსპერტი №11-იც. ექსპერტი უარყოფითად აფასებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა და გარე კონტროლის მექანიზმების არარსებობას და აღნიშნავს, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის კონტროლი უნდა ხდებოდეს „ხარისხობრივი ინდიკატორების“ საშუალებით და პაციენტის სტაციონარში შემოსვლა-გაწერის გარდა, უნდა მოიცავდეს გამოჯანმრთელების შემდეგ რეაბილიტაციის პერიოდის მაჩვენებლების ან რეჰოსპიტალიზაციის მიზეზების ანალიზსაც.

ექსპერტთა უმრავლესობის (№1, №2, №3 და №4, №6, №7, №8 №11) შეფასებით, პრობლემურ საკითხად გამოიყო სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის ისეთი მნიშვნელოვანი მექანიზმი, როგორცაა ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ნელი ტემპი. „სახელმწიფო არ იწყებს ამ პროცესს, რაც უფრო გვიან დაიწყებ, მით უფრო გვიან იარსებებს“ - აღნიშნავს ექსპერტი №7, ელექტრონული ჯანდაცვისა და, მათ შორის, ელექტრონული სამედიცინო ბარათების ერთიანი სისტემის საკითხის განხილვისას.

ექსპერტები (№2, №3, №4, №6), კრიტიკულად აფასებენ და შეცდომად მიიჩნევენ სახელმწიფო მმართველი ძალის მიერ, წინა მთავრობის მმართველობის პერიოდში USAID-ის დახმარებით შექმნილი ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემის „გაშვების“ უგულვებლყოფას და ახალი სისტემის შემუშავების დაწყებას, რაც ასევე დამატებით ეკონომიკურ დანახარჯებთან იყო დაკავშირებული. ექსპერტები უარყოფითად აფასებენ მრავლობითი „Soft“-ების არსებობას. ექსპერტები ხაზს უსვამენ ერთიანი სისტემის არსებობის მნიშვნელობას და თვლიან, რომ არ ხდება ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურად გამოყენება. „საქართველოში ელექტრონული ჯანდაცვა გადაიქცა ბილინგის სისტემად“ აღნიშნავს ექსპერტი №6 .

ექსპერტი №3 აღნიშნავს, რომ ქვეყანას აქვს პოტენციალი და ინფორმაციულ ბაზებთან მუშაობის გამოცდილება, თუმცა განვითარებას ხელს უშლის „ინფორმაციული სისტემის“ როგორც დარგის მონოპოლიზირებული ბაზარი, რაც არ იძლევა განვითარების შესაძლებლობას. ექსპერტის შეფასებით, არსებული საინფორმაციო ბაზები არ არის ფუნქციურად გამართული და პრაქტიკულად გამოყენებადი, რთულია ინფორმაციის დამუშავება და ანალიზი. ექსპერტი მიიჩნევს, რომ აღნიშნული „პროგრამულად დაბალი დონის შესრულებაა“. ექსპერტი ასევე აღნიშნავს, რომ „მარეგულირებელს არ გააჩნია დაწესებულებების რეესტრი“ და კრიტიკულად აფასებს საინფორმაციო ბაზებში დაწესებულებების იდენტიფიცირების საკითხს.

ექსპერტი №11 მიიჩნევს, რომ პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერები, „სრული სახით“, მუდმივ რეჟიმში ხელმისაწვდომი უნდა იყოს როგორც პაციენტისთვის, ისე სამედიცინო მომსახურების გამწვევი ყველა სამედიცინო დაწესებულებისა და მარეგულირებელი ორგანოსთვის. ექსპერტის შეფასებით, მარეგულირებელს არ უნდა სჭირდებოდეს სამედიცინო დაწესებულებებიდან პაციენტის სამედიცინო ბარათის „წერილობითი გამოთხოვა“ და თვლის, რომ სამედიცინო ისტორია სრული სახით ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ელექტრონულ სივრცეში. ექსპერტი ასევე განიხილავს ქალაქის მატარებელზე სამედიცინო ბარათების წარმოების პრაქტიკას და ხაზს უსვამს შინაარსის ცვლილების შესაძლებლობას, რაც უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისა და მიღწეული შედეგების დადებითი შეფასებით გამოირჩევა №9. ექსპერტი ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ მიმდინარე პერიოდში „ჰოსპიტალური პაციენტის ისტორია პირველ 24 საათში იტვირთება“, მომავალში კი სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების ხარისხი მიზნული იქნება ანაზღაურების სისტემასთან. ექსპერტის შეფასებით ეს მეთოდი „დახვეწავს ხარისხს“ და შექმნის კონტროლის ძლიერ მექანიზმს („იქნება კონტროლის ძალიან სერიოზული მექანიზმი“).

ექსპერტები (№2, №5, №6, №7) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის შემაფერხებელ ფაქტორად მიიჩნევენ პოლიფარმაციისა და პოლიპრაგმაზიის საკითხს. მათივე შეფასებით, მიუხედავად ელექტრონული რეცეპტებისა და ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემის დანერგვისა, ზემოაღნიშნული მაინც მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება ჯანდაცვის სფეროსთვის.

ექსპერტთა (№4, №6 და №7) შეფასებით, ელექტრონული რეცეპტი კარგი ინსტრუმენტია ხარისხის მართვისა და მედიკამენტების ირაციონალური მოხმარების კონტროლისთვის, თუმცა აღნიშნავენ, რომ სახელმწიფოს მიერ შექმნილი რეცეპტების სისტემა „წარუმატებელი“ და „დისკრედიტირებულია“. ექსპერტი №4 მიიჩნევს, რომ ელექტრონული რეცეპტების სისტემის „ჩავარდნა“ ჯანდაცვის სისტემის „მონოპოლიზირებული ბაზრის, მიკერძოებულობისა და კორუფციის ბრალია“.

ექსპერტი №2-ს შეფასებით, პოლიპრაგმაზია ყურადსაღები ფაქტორია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისთვის, თუმცა უარყოფითად აფასებს რეცეპტების სავალდებულო სისტემის არსებობას. ექსპერტი თვლის, რომ „რეცეპტი არის დამფინანსებლის იარაღი, რომ აკონტროლოს ზედმეტი ხარჯი“; შესაბამისად, ექსპერტის აზრით, თუ სახელმწიფო მედიკამენტს არ აფინანსებს რეცეპტების სავალდებულო სისტემა „არ არის გამართლებული“.

ექსპერტთა (№1, №3, №4 №11) შეფასებით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პრობლემას წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის არასაკმარისი რაოდენობრივი მაჩვენებელი და უწყვეტი პროფესიული განათლების არასავალდებულო კომპონენტი. ექსპერტები ყურადღებას ამახვილებენ უწყვეტი პროფესიული განვითარების სავალდებულო კომპონენტის დაბრუნების საკითხზე. ექსპერტები №1 და №11 ხაზგასმით მიუთითებენ ექიმი-პაციენტის ურთიერთობასა და ექიმების მიმართ დაკარგულ ნდობაზე. ექსპერტი №11-ს შეფასებით, ექიმის მიმართ უნდობლობა და მუდმივად მეორე აზრის მოძიების ფაქტები უარყოფითად მოქმედებს საბოლოო შედეგზე.

ექსპერტი №2 ხაზს უსვამს უწყვეტი პროფესიული განათლების საჭიროებასა და აუცილებლობას, თუმცა მისივე შეფასებით, „უწყვეტი პროფესიული განათლება არ უნდა იყოს სახელმწიფოს ფუნქცია“. ექსპერტი თვლის, რომ სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო დაწესებულებების ადეკვატური შემოწმება და სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ხარისხის ეფექტური მონიტორინგი, ავტომატურად შექმნის პირობას, რომ დამსაქმებლები თავად დაინტერესდნენ დაწესებულებაში დასაქმებული პერსონალის პროფესიული გადამზადების საკითხით. აღნიშნული კი „ბაზარზე გააჩენს“ უწყვეტი პროფესიული განათლების კერძო მიმწოდებლებს. ექსპერტი ასევე ხაზს უსვამს უწყვეტი პროფესიული განათლების „პოლიტიზირებულობის“ საკითხს და აღნიშნავს, რომ „ნებისმიერი მთავრობა, რომელიც გამოაცხადებს ექიმების რესერტიფიცირებას, შემდეგ არჩევნებს წააგებს“. ექსპერტის შეფასებით, „ნებისმიერი მმართველი პარტია გააკეთებს იმას, რაც იქნება საზოგადოების დაკვეთა“.

ექსპერტი №5-ის შეფასებით, უწყვეტ სამედიცინო განათლებას აქვს „ფორმალური ხასიათი“ და ამის მიზეზად ბაზარზე შექმნილ ვითარებას ასახელებს. ექსპერტი აღნიშნავს, რომ „უწყვეტი სამედიცინო განათლება უნდა აინტერესებდეს კლინიკას, რომ არ ჩამორჩეს...“ და თვლის, რომ „ამის მოთხოვნილება ბაზარზე არ არის.“ ექსპერტი ასევე ეხება აღნიშნული საკითხის მიმართ სახელმწიფოს ზედაპირულ მიდგომას და აღნიშნავს, რომ „სახელმწიფოს ძირითადი აქცენტი გადატანილია მარკეტინგულ“ ფაქტორებზე. უსგ-ს მიმართ ასოციაციების ნაკლებ დაინტერესებას, ექსპერტი პროფესიონალი კადრების სიმცირით ხსნის. ექსპერტი ასევე კრიტიკულად აფასებს „პრედიკტორული“ სამედიცინო განათლების (უმალესი სამედიცინო განათლება) ხარისხსაც.

ექსპერტი №6-ის შეფასებით, პროფესიული განვითარების დღეს არსებული სისტემა, რომელშიც „ფარმაცევტული კომპანიების“ დაფინანსებით ხდება „კრედიტ-საათების მოგროვება“ „ფორმალიზებულია“ და დიდ ზიანს აყენებს ჯანდაცვის სისტემას. ექსპერტი მიიჩნევს, რომ მნიშვნელოვანი და აუცილებელია ექიმებისთვის, პროფესიული განვითარებისა და წინსვლის მოტივაციის შექმნა.

უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტში ფარმაცევტული კომპანიების ჩართულობის საკითხს ეხება ექსპერტი №9-ც. ექსპერტის შეფასებით, ფარმაცევტული კომპანიების ორგანიზებით განხორციელებული საგანმანათლებლო აქტივობების ძირითადი თემატიკა „კონკრეტულ მედიკამენტს ან კონკრეტულ მიმართულებას“ ეხება, რასაც უარყოფითად აფასებს, თუმცა დასძენს რომ „რეალური ინფორმაციის გაცვლა-გამოცვლაც ხდება ამ სიტუაციაში“.

ექსპერტი №5-ს მსგავსად, ექსპერტი №6-ც ხაზს უსვამს სამედიცინო განათლების ხარისხის პრობლემებს. საბაზისო სამედიცინო და პროფესიული განათლების უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით, ექსპერტი №6 მიიჩნევს, რომ ამ მხრივ მნიშვნელოვანია პროფესიული ასოციაციების დატვირთვა და ეტაპობრივად, უწყვეტი პროფესიული განვითარების მიმართულების „მათთვის გადაბარება“.

ექსპერტი №8-ის შეფასებით, უწყვეტი პროფესიული განათლების უზრუნველყოფა უნდა იყოს „შუალედური რგოლის“ „არაკომერციული“, „არამომგებიანი“ ორგანიზაციების პრეროგატივა („საზოგადოებრივი ინსტიტუტის“). ექსპერტი ხაზს უსვამს პროფესიული ასოციაციების მნიშვნელოვან როლს და თვლის, რომ უპგ-ს მიმართულებით პროფესიულმა ასოციაციებმა უნდა უზრუნველყონ საგანმანათლებლო პროგრამის მომზადება.

ექსპერტები №6 და №11 უწყვეტი პროფესიული განვითარების აუცილებლობაზე საუბრისას მიუთითებენ ისეთ პრობლემაზე, როგორცაა: მაღალი ცნობადობის ან სამეცნიერო ხარისხის მქონე სამედიცინო პერსონალის („დოქტორი“, „აკადემიკოსი“) დამოკიდებულება რესერტიფიცირების პროცესთან დაკავშირებით და პრივილეგიებულების სურვილი - „მოექცეს გამონაკლისში“ და „არ ჩააბაროს გამოცდა“.

ექსპერტები №10 და №11 განიხილავენ უწყვეტი სამედიცინო განათლების და პროფესიული განვითარების სავალდებულო სისტემის საჭიროების საკითხს. სადაც ექსპერტი №10 მიიჩნევს, რომ აუცილებელია უწყვეტი სამედიცინო განათლების სავალდებულო სისტემის დანერგვა და შესაბამისად, ახალი გადაწყვეტილების ბაზებისა და „ინსტიტუტების“ შექმნა. ხოლო ექსპერტი №11, უწყვეტი სამედიცინო განათლების განმახორციელებელთან დაკავშირებით, განიხილავს როგორც სახელმწიფოს, ისე დამსაქმებელს.

ექსპერტები №2 და №6, უარყოფითად აფასებენ უცხო ქვეყნის მოქალაქისთვის დროებითი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის ან ერთჯერადი სამედიცინო მომსახურების განხორციელების უფლების მინიჭების ბიუროკრატიულ პროცესს და თვლიან, რომ აღნიშნული „ხელოვნურად შექმნილ ბარიერს“ წარმოადგენს, რაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ახდენს ზეგავლენას.

ექსპერტები №2 და №11, საუბრობენ პროფესიული დაზღვევის მნიშვნელობასა და საჭიროებაზე:

➤ ექსპერტი №2 ხაზს უსვამს მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებაში პროფესიული დაზღვევის მნიშვნელობას და მიიჩნევს, რომ საქართველოში პროფესიული დაზღვევის საჭიროება გადაიფარა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით. საკითხის მნიშვნელობაზე

საუბრისას ექსპერტი აღნიშნავს, რომ „პროფესიული დაზღვევის საჭიროება ჩნდება მაშინ თუ მედიაციის სამსახური და რეგულირების სააგენტო ხელიხელჩაკიდებული ერთად ზრუნავს ხარისხზე.“

➤ ექსპერტი №11 დადებითად აფასებს პროფესიული დაზღვევის არსებობას, თუმცა ხაზს უსვამს სამედიცინო პერსონალის სკეპტიციზმსა და „შეუცდომლობის შეგრძნებას“ პროფესიული დაზღვევის პაკეტის შემენის საჭიროებასთან დაკავშირებით. ექსპერტის შეფასებით, პროფესიული ასოციაცია სამედიცინო საზოგადოებისთვის უნდა წარმოადგენდეს ძლიერი დაცვის მექანიზმს და როგორც მესამე რგოლი, ჩართული უნდა იყოს სახელმწიფოსა და კერძო სექტორს შორის ურთიერთობაში.

ექსპერტთა სრული უმრავლესობა, მნიშვნელოვნად აფასებს პროფესიული ასოციაციების როლს მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებაში. ექსპერტები (გარდა ექსპერტი №9) მიიჩნევენ, რომ თითოეულ დარგში „რამდენიმე პროფესიული ასოციაციის“ არსებობის მიუხედავად, ისინი „არ და ვერ“ არიან ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხებში. აღნიშნავენ, რომ პროფესიული ასოციაციები არ მონაწილეობენ სამედიცინო შემთხვევების განხილვისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, რასაც უარყოფითად აფასებენ. ექსპერტები (№1, №2, №4, №7, №8, №11) მიიჩნევენ, რომ პროფესიული ასოციაციების განვითარების ხელშეწყობა და მათი “ფუნქციური დატვირთვა“ დადებითად იმოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე:

ექსპერტთა (№1, №2) შეფასებით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი უნდა ხორციელდებოდეს პროფესიული ასოციაციების მიერ და ხაზგასმით აღნიშნავენ პროფესიული ასოციაციების განვითარების ხელშეწყობის საჭიროებასა და მათთვის „ზედამხედველობის“ ფუნქციის მინიჭებას.

ექსპერტი №4 მიიჩნევს, რომ უნდა შეიცვალოს პროფესიული ასოციაციების ორგანიზაციული სტრუქტურა, უნდა გახდეს გამჭვირვალე, იყოს მუდმივად განახლებადი. ექსპერტი თვლის, რომ პროფესიული ასოციაციები ორიენტირებულნი უნდა იყვნენ გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავება-გაუმჯობესებაზე, უზრუნველყონ უწყვეტი სამედიცინო განათლება, ასევე თვლიან, რომ „საქმიანობის ლიცენზიის“ გაცემის სამართლებრივი მანდატი პროფესიულ ასოციაციებს უნდა მიენიჭოთ. ექსპერტის შეფასებით, იმის მიზეზს, რომ „არ გვყავს ძლიერი ასოციაციები“ და „დამოუკიდებელი აკრედიტაციის სააგენტოები“, ასევე „არ გვაქვს უწყვეტი სამედიცინო განათლება“ წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული არაჯანსაღი მდგომარეობა („მონოპოლიზაცია“, „კორუფცია“, „ინტერესთა კონფლიქტი“).

ექსპერტი №7 თვლის, რომ უნდა ჩამოყალიბდეს „ყოველგვარი ინტერესთა გავლენისგან თავისუფალი და მხოლოდ პროფესიულ შედეგებზე ორიენტირებული“ პროფესიული ასოციაციები. ექსპერტის შეფასებით, პროფესიული ასოციაციები, სახელმწიფოსთან თანამშრომლობით, უნდა მონაწილეობდნენ განათლების სისტემის მოწყობაში, ხარისხის სისტემის, მკურნალობის სტანდარტებისა და პროტოკოლების შემუშავებაში.

ექსპერტი №8 ხაზს უსვამს „ჰორიზონტალური ურთიერთობების“ საჭიროებას („სახელმწიფო არ უნდა იყოს ყველაფრის განმკარგავი და ყველაფრის გამცემი“), რომელშიც პროფესიული ასოციაციები იქნებიან სამედიცინო სექტორის (სამედიცინო დაწესებულება, სამედიცინო პერსონალი) ინტერესების გამტარებლები.

ექსპერტი №11 მნიშვნელოვნად მიიჩნევს პროფესიული ასოციაციების ჩართულობას სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, სტანდარტების შემუშავების, რეგულაციების დანერგვის და ხარისხის კონტროლის საკითხებში. ექსპერტი ასევე ხაზს უსვამს სახელმწიფოს მიერ გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში, პროფესიული „ასოციაციების მონაწილეობის აუცილებლობას“. რაც შეეხება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის ფუნქციის ასოციაციისთვის სრულად გადაცემის საკითხს, სამომავლო პერსპექტივაში შესაძლებლად მიიჩნევს, თუმცა ამ ეტაპისთვის თვლის, რომ მოცემული ფუნქცია პროფესიულმა ასოციაციამ და სახელმწიფომ ერთდროულად უნდა განახორციელონ. ასევე, სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო მომსახურების კონტროლის სისტემის სხვა სტრუქტურაზე გადაცემასთან დაკავშირებით ექსპერტს (№11) სკეპტიკური დამოკიდებულება აქვს და თვლის, რომ ისევე როგორც ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება, ასევე კონტროლი განმახორციელებლის „კეთილსინდისიერებაზე“ დამოკიდებული, რასაც აბსტრაქტულ ცნებად მიიჩნევს.

პროფესიული ასოციაციების ფუნქციურ დატვირთვასთან დაკავშირებით განსხვავებულ მოსაზრებს აფიქსირებენ ექსპერტები №3, №5 და №10:

➤ ექსპერტი №3 უარყოფითად აფასებს მცირერიცხოვანი შემადგენლობით დარგობრივი ასოციაციების სიმრავლეს. ქვეყნის ისტორიულ-საზოგადოებრივი განვითარების ჭრილში შეფასებით, ექსპერტი თვლის „საქართველო ძალიან შორსაა იმისგან, რომ არსებობდეს ექიმთა ასოციაცია, სადაც ყველა ექიმი იქნება გაერთიანებული“ („არ აქვს პოტენციალი“). ექსპერტი ასევე აღნიშნავს სხვადასხვა დარგში სპეციალისტთა რაოდენობის სიმცირეს და, გამომდინარე აქედან, ხაზს უსვამს ასოციაციების ინსტიტუციურ შესაძლებლობებსა და მათ მზაობას; პარალელს ავლებს სახელმწიფო ინსტიტუციებში ინტელექტუალური რესურსის

ნაკლებობასთან და მიიჩნევს, რომ მოცემულ შემთხვევაში ასოციაციისთვის ძალაუფლების გადაცემა მიკერძოებულობის პირობას შექმნის (კორუფცია).

➤ ექსპერტი №5 კრიტიკულად აფასებს თითოეულ დარგში რამდენიმე ასოციაციის არსებობას და მათ ფუნქციურ დატვირთვას; ხაზს უსვამს პროფესიული ასოციაციების დაბალ აქტიურობას ისეთ მნიშვნელოვან საკითხზე, როგორცაა „პროფესიული გაჯანსაღება“ და თვლის, რომ „ხშირი კლინიკური შემთხვევების მართვის წესების“ გარდა, მათი როლი არის „ნულოვანი“. ექსპერტი ასევე აღნიშნავს, რომ ასოციაციებს არ აქვთ „თვითრეგულირების“ უნარი, საუბრობს „ასოციაციების ფეოდალურ აზროვნებასთან“ დაკავშირებით და კრიტიკულად განიხილავს ასოციაციის წევრთა პროფესიონალიზმს (ასოციაციებში „ჯანსაღი, მცოდნე ადამიანების ნაკლებობას...“).

➤ ექსპერტი №10 განიხილავს პროფესიული ასოციაციებისთვის „ზედამხედველობისა“ და ხარისხის კონტროლის ფუნქციის მინიჭების საკითხს. მისი შეფასებით, პროფესიული ასოციაციები წარმოადგენენ „ჯანდაცვის სამინისტროს ერთ-ერთ შემადგენელ ნაწილს“. აქედან გამომდინარე, აღნიშნავს, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი უნდა განახორციელოს „სხვა ორგანომ, რომელიც არ იქნება ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებაში“, აღნიშნულ შეხედულებას ექსპერტი ამყარებს არგუმენტით, რომ „საქართველო პატარა ქვეყანაა“ და პროფესიული ასოციაციების წევრთა პირადი ურთიერთობები და კოლეგიალური ურთიერთობა ხელს შეუშლის მიუკერძოებელ საქმიანობას.

წარმოდგენილ მსჯელობათა ანალიზის საფუძველზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის საკითხების მიმართ გამოიკვეთა შემდეგი პრობლემური მიმართულებები:

- სამედიცინო საქმიანობის რეგულირებისა და ხარისხის კონტროლის სუსტი მექანიზმები;
- სამედიცინო დაწესებულების მიმართ დაწესებული მინიმალური მოთხოვნები და ბაზარზე დაშვების რეგულაციის ხარვეზები;
- შემთხვევის გამოვლენასა და ხარჯების შეკავების მიზნით, დასჯაზე ორიენტირებული სახელმწიფო პოლიტიკა და ცენტრალიზებული კონტროლის სისტემა;
- არაჯანსაღი ურთიერთობები სახელმწიფოსა და სამედიცინო სექტორს შორის, სამედიცინო ბაზრის მონოპოლია, არაჯანსაღი კონკურენცია და მიკერძოებულობა;
- სახელმწიფო სერვისებთან დაკავშირებით საზოგადოების ინფორმირებულობის ხარისხი და სერვისების ათვისების დაბალი მაჩვენებელი;
- საექიმო პერსონალის ნაკლებობა და გადაღლილი ჯანდაცვის პერსონალი;
- გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავება-დანერგვის პროცესის ფრაგმენტულობა;

- ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისა და ეფექტური გამოყენების ნაკლოვანებები;
- პოლიპრაგმაზიისა და პოლიფარმაციის საფრთხეები და ელექტრონული რეცეპტების სავალდებულო სისტემის ნაკლოვანებები;
- პოსტდიპლომური განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემის ნაკლოვანებები;
- უცხო ქვეყნის მოქალაქისთვის დროებითი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობისა ან ერთჯერადი სამედიცინო მომსახურების განხორციელების უფლების მინიჭების ბიუროკრატიული ბარიერები;
- დარგობრივი პროფესიული ასოციაციების რაოდენობრივი სიმრავლე და შეზღუდული ფუნქციები სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის საკითხებში;

3.2.4. სამედიცინო დაწესებულებების სტანდარტიზაცია-აკრედიტაციის სისტემის ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე

ექსპერტი №3-ს შეფასებით, „აკრედიტაცია უნდა იყოს დამხმარე ფუნქცია და არა მაკონტროლებელი“. სახელმწიფო ინსტიტუციებში ინტელექტუალური პოტენციალის ნაკლებობის გამო, ექსპერტის აზრით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემა, გარკვეული ვადით უნდა იყოს „ექსტრა ტერიტორიალური“. რასთან დაკავშირებითაც აღნიშნავს, რომ რეგულირების მექანიზმის „ბიუროკრატისთვის“ გადაცემა ზრდის „კორუფციულ შესაძლებლობებს“, რაც, საბოლოო ჯამში ხარისხის გაუმჯობესებას შეუშლის ხელს.

ექსპერტი №4 აღნიშნავს, რომ როდესაც „სახელმწიფო არის დამფინანსებელიც, სტანდარტების დამდგენიც, მარეგულირებელიც და პრაქტიკულად ყველაფერი, ის არ უნდა მონაწილეობდეს ხარისხის შემოწმებისა და კონტროლის პროცესში“. ექსპერტის აზრით, სახელმწიფომ უნდა შექმნას ჩარჩო, დააწესოს მინიმალურ სტანდარტები და სანებართვო პირობები, ხოლო ხარისხის კონტროლს უნდა ახორციელებდეს „დამოუკიდებელი არბიტრი“, „დამოუკიდებელი სააკრედიტაციო ორგანო“, რომელიც არ იქნება სახელმწიფოს ან რომელიმე „სამედიცინო ბიზნესის დაქვემდებარებაში“. ექსპერტის შეფასებით, აღნიშნული მოცემულობა სახელმწიფოს საშუალებას მისცემს „გახდეს მიუკერძოებელი“ როგორც ნებართვის გაცემის, ასევე კონტრაქტირების და დაფინანსების ასპექტში.

ექსპერტი №5-ის აზრით, ხარისხის შეფასების „ნებისმიერი სისტემა“ სასარგებლოა, თუმცა ხაზს უსვამს სამედიცინო სექტორის არათანაბარ შესაძლებლობებსა და სამედიცინო ბაზრის მზაობას. ექსპერტი აღნიშნავს, რომ აკრედიტაციის სისტემა გაამართლებს მხოლოდ ჯანსაღი

კონკურენციის პირობებში, მისივე შეფასებით აკრედიტაციის საჭიროებას განსაზღვრავს ბაზარი და „კვალიფიციური გადამხდელი“.

ექსპერტი №5-ს მსგავსად, №11 მიუთითებს სამედიცინო დაწესებულებების არათანაბარ ინფრასტრუქტურულ თუ ფინანსურ შესაძლებლობებზე. აღნიშნავს, რომ სამედიცინო დაწესებულებების დიდ ნაწილს არ აქვს აკრედიტაციის სისტემების დანერგვისთვის საჭირო ფინანსური რესურსი. აქედან გამომდინარე, აკრედიტაციის სავალდებულო სისტემასთან დაკავშირებით, ექსპერტის მიიჩნევს, რომ „სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებას ვერ მოსთხოვს სავალდებულოდ გაიაროს ძვირადღირებული საერთაშორისო აკრედიტაცია“

ექსპერტი №6-ის შეფასებით, აკრედიტაციის სისტემა წარმოადგენს „ლიცენზიისგან დამოუკიდებელ“, ხარისხის შეფასების დამხმარე ინსტრუმენტს; რომლის გამოყენებაც შესაძლებელია სახელმწიფო შესყიდვების, „კონტრაქტების“ და დაფინანსების დროს, როგორც წამახალისებელი ფაქტორი „ხარისხიანი“ დაწესებულებისთვის. მიუხედავად იმისა, რომ ექსპერტი დადებითად აფასებს სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემას, მიიჩნევს, რომ სახელმწიფო მზად არ არის „მსგავსი სისტემის ამუშავებისთვის“.

ექსპერტი №7 აზრით, აკრედიტაციის სისტემა „ხარისხის გაუმჯობესებას გულისხმობს“, რაც სახელმწიფოსგან მეტ დაფინანსებას უკავშირდება. აქედან გამომდინარე, კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს სახელმწიფოს მზაობას („უნდა კი სახელმწიფოს ამ შედეგის მიღება“). ექსპერტი მიიჩნევს, რომ აკრედიტაციის სისტემა მაშინ იქნება ეფექტური, თუ ამ სისტემას „მიყვება დაფინანსების ინტერესები“. ექსპერტის შეფასებით, „დაფინანსების მოდელის სრულყოფისთვის, აკრედიტაცია ძალიან კარგი ინსტრუმენტია“, ხოლო „აკრედიტაცია აკრედიტაციისთვის“ შედეგის მომტანი ვერ იქნება. აკრედიტაციის ორგანოსთან დაკავშირებით, ექსპერტი №7 ორ შესაძლებლობას განიხილავს: პირველი - სახელმწიფოს შეუძლია აღიაროს ნებისმიერი საერთაშორისო ორგანიზაციის სტანდარტი და აკრედიტაციის სისტემა და მეორე - სახელმწიფოსა და პროფესიული ასოციაციის მიერ შეიქმნას ერთობლივი, ურთიერთდამოკიდებული სტანდარტი და აკრედიტაციის სისტემა.

აკრედიტაციის სისტემის განხორციელების საკითხთან დაკავშირებით, ექსპერტი №10 ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ „აკრედიტაცია არ უნდა იყოს ჯანდაცვის სამინისტროს პრეროგატივა“.

ექსპერტი №8 ხაზს უსვამს ხარისხის მართვის მრავალფეროვანი ინსტრუმენტების არსებობის საჭიროებას და თვლის, რომ აკრედიტაციის სისტემის განმახორციელებელი უნდა იყოს „არაკომერციული“ „საზოგადოებრივი ინსტიტუტი“. რაც შეეხება სახელმწიფოს როლს,

ექსპერტის შეფასებით, სახელმწიფო უნდა იყოს „პოლიტიკის რეფორმის განმსაზღვრელი“ და არა განმახორციელებელი.

აკრედიტაციის სისტემებთან დაკავშირებით საკითხზე მსჯელობისას, ექსპერტი №9, პირველ რიგში, სამედიცინო საქმიანობის სალიცენზიო-სანებართვო პირობებს განიხილავს და ხაზს უსვამს „ტექნიკური რეგლამენტისა“ და „გარკვეული მოთხოვნების“ არსებობას. სალიცენზიო-სანებართვო პირობების შესრულების კონტროლთან დაკავშირებით კი მიიჩნევს, რომ ადმინისტრირება და მონიტორინგი უნდა ხორციელდებოდეს ადგილზე მისვლით და ფიზიკური შემოწმებით. ექსპერტი ასევე აღნიშნავს, რომ მიმდინარეობს მუშაობა სტანდარტიზაცია-აკრედიტაციის სისტემის დახვეწაზე, რომ გამოცდილების გაზიარების მიზნით, სახელმწიფოს აქვს მუდმივი კომუნიკაცია ასოციაციებთან, ქართველ და უცხოელ ექსპერტებთან. აკრედიტაციის სისტემის დამოუკიდებელი რგოლისთვის გადაცემის საკითხს ექსპერტი არ განიხილავს.

სამედიცინო დაწესებულებების სტანდარტიზაცია-აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, დადებითად ფასდება ექსპერტთა სრული შემადგენლობის მიერ. ექსპერტთა შეფასებით (გარდა ექსპერტი №9-ისა) აკრედიტაციის განმახორციელებელი რგოლი უნდა იყოს სახელმწიფოსგან დამოუკიდებელი სტრუქტურა, რომელიც ობიექტური და მიუკერძოებელი იქნება როგორც შეფასების, ისე გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. აღნიშნულთან დაკავშირებით განსხვავებული მოსაზრება აქვს ექსპერტი №9-ს, რომელიც, არც კი განიხილავს სახელმწიფოსგან დამოუკიდებელი აკრედიტაციის სისტემის განმახორციელებელი ორგანოს არსებობას, აქცენტს მხოლოდ სტრატეგიული გეგმით განსაზღვრულ, სახელმწიფოს მიერ სტანდარტიზაცია-აკრედიტაციის სისტემის „დახვეწის“ ღონისძიებებზე აკეთებს და ოპტიმისტურად საუბრობს არსებული სისტემის გაუმჯობესების პერსპექტივებზე.

აკრედიტაციის სისტემების დადებითი შეფასების მიუხედავად, ექსპერტთა ნაწილი ხაზს უსვამს სახელმწიფოს ნებასა და სამედიცინო სექტორის მზაობას, სავალდებულო აკრედიტაციის სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებით. ჯანდაცვის სისტემაში არსებული მდგომარეობის შეფასების შედეგად, ექსპერტები მიიჩნევენ, რომ სამედიცინო სექტორის არათანაბარი ფინანსური თუ ინფრასტრუქტურული შესაძლებლობები ხელს უშლის აკრედიტაციის სისტემების დანერგვას.

აღსანიშნავია ექსპერტი №7-ს მოსაზრება - „დაფინანსების მოდელის სრულყოფისთვის, აკრედიტაცია ძალიან კარგი ინსტრუმენტია“. მიუხედავად მსჯელობის მართებულობისა, გასათვალისწინებელია სამედიცინო სექტორის არათანაბარი შესაძლებლობები, რაზეც სხვა

ექსპერტებიც მიუთითებენ. დაფინანსების მოდელში აკრედიტაციის სისტემის, როგორც შერჩევის კრიტერიუმად გამოყენებამ, შესაძლოა დააზარალოს დაბალი ფინანსური, ინფრასტრუქტურული თუ ადამიანური რესურსების მქონე სამედიცინო დაწესებულებები და გამოიწვიოს მათი ლიკვიდაცია, რაც რეგიონულ ჯანდაცვასა და შესაბამისად, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზეც მოახდენს გავლენას. არსებული მდგომარეობის გათვალისწინებით, პირველ რიგში, სახელმწიფოს მხრიდან უპრიანია ქმედითი ნაბიჯების გადადგმა სამედიცინო სექტორის გაძლიერებისა და ხარისხის უზრუნველყოფის ხელშეწყობის მხრივ, შემდგომ კი, გარკვეული რეგულირების მექანიზმების შემოღება.

აღსანიშნავია ექსპერტის №3-ს შეფასება - „გარკვეული ვადით“ „ექსტრატერიტორიალური“ აკრედიტაციის სისტემის არსებობასთან დაკავშირებით. რაც აბსოლუტურად მართებულია არსებული ჯანდაცვის სისტემის ხარვეზებისა და მცირე ფუნქციური დატვირთვის მქონე პროფესიული ასოციაციების პირობებში. მნიშვნელოვანია პირველ რიგში მომზადდეს საფუძველი, აღმოიფხვრას სისტემური ხარვეზები, ფუნქციურად განიტვირთოს ჯანდაცვის სისტემა, განვითარდეს ასოციაციები და სხვა დამოუკიდებელი სტრუქტურები, სწორედ ამის შემდეგ შესაძლებელია ეროვნული სტანდარტიზაციის პროდუქტის შექმნა.

3.2.5. აჭარის ა.რ. აღმასრულებელი-მარეგულირებელი ორგანოს - ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს როლი ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელების, სისტემის ეფექტური მართვის პროცესში მონაწილეობისა და მარეგულირებელი ფუნქციების შესრულებასთან მიმართებით

აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ფუნქციურ როლთან დაკავშირებით, ექსპერტი №1 მიიჩნევს, რომ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს „გათვითცნობიერებული არ აქვს მისი ფუნქციები“. ამასთან, პრობლემურად აფასებს ცენტრალურსა და აჭარის სამინისტროს შორის კოორდინაციის საკითხს. ექსპერტის შეფასებით, უნდა გაიწეროს „რეალური ფუნქციები“, რიგი ცენტრალიზებული, მმართველობითი და მარეგულირებელი ფუნქციები უნდა დელეგირდეს რეგიონის დონეზე. ექსპერტი აღნიშნავს, რომ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს ფუნქცია უნდა იყოს მეტად „ფუნქციური“ და „მოქნილი“, რასაც ასაბუთებს არგუმენტით, რომ ადგილობრივ საჭიროებებსა და მოთხოვნებს რეგიონის ჯანდაცვის უწყება უფრო მეტად იცნობს.

ექსპერტი №2-ს შეფასებით, აჭარის ა.რ. რესპუბლიკა აღმასრულებელი მთავრობით, მათ შორის, აჭარის ჯანდაცვის დაცვის სამინისტროს არსებობით, „ტერიტორიული და კონსტიტუციური მოწყობის საკითხია“. ექსპერტის აზრით, სახელმწიფომ უნდა შეიმუშაოს ჯანდაცვის პოლიტიკა და გაატაროს მონიტორინგი, ხოლო განხორციელების ფუნქცია უნდა

იყოს რეგიონულ და მუნიციპალურ დონეზე დეცენტრალიზებული, ასეთ შემთხვევაში აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მიეცემოდა ფუნქციური დატვირთვა.

ექსპერტი №3-ის შეფასებით, „რეგიონალური ჯანდაცვა საქართველოში არ არსებობს“, ამის მიზეზად კი ორგანული კანონის (ადგილობრივი თვითმმართველობის კოდექსი) ხარვეზს ასახელებს. ექსპერტი თვლის, რომ ფუნქცია-ვალდებულებები და პასუხისმგებლობის განაწილება „ცუდად არის ჩამოყალიბებული“ და „ადგილზე“ (რეგიონში) უფლებები ლიმიტირებულია („საკანონმდებლო ხარვეზი“). ექსპერტი მართებულად მიიჩნევს, რომ სანებართვო პირობებთან შესაბამისობისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მონიტორინგი უნდა იყოს დეცენტრალიზებული და რეგიონალური ჯანდაცვის ფუნქციაში უნდა შედიოდეს.

ექსპერტი №4-ის შეფასებით, ცენტრალიზებული ჯანდაცვის საჭიროება უნდა იდგეს რეფორმის განხორციელების პროცესის დღის წესრიგში, შემდეგ კი უნდა მოხდეს „მაქსიმალური დეცენტრალიზაცია“. ექსპერტის აზრით, „კონცეფცია ყველგან უნდა იყოს ერთიანი“, თუმცა მიიჩნევს, რომ ადგილობრივ თვითმმართველობებს, და მათ შორის, აჭარის მთავრობას უნდა ჰქონდეთ პრიორიტეტების განსაზღვრის უფლება-მოსილება, აღნიშნავს, რომ „ყველაფერი რაც იგეგმება „თბილისში“, არ ნიშნავს, რომ რეგიონშიც უნდა ხორციელდებოდეს. ექსპერტი ავტონომიურ რესპუბლიკასთან და მმართველი ფუნქციების გადაცემასთან დაკავშირებით აღნიშნავს, რომ ეს არის „პოლიტიკური მომენტი“ და „ბალანსის მოპოვებაა საჭირო“. ექსპერტის შეფასებით, ფუნქციების დელეგირებისას საჭიროა სიფრთხილე და აღნიშნული დიალოგის საფუძველზე უნდა განხორციელდეს.

ექსპერტი №5-ს შეფასებით, დეცენტრალიზაცია და რიგი საკითხების მიმართ ექსკლუზიური კომპეტენცია და პასუხისმგებლობა რეგიონის დონეზე მისაღებია, თუმცა აფასებს რა არსებულ მდგომარეობას, აღნიშნავს, რომ „ადგილობრივი ხელისუფლება დღეს პრაქტიკულად ატროფირებულია“. აქედან გამომდინარე, ექსპერტი თვლის, რომ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკისთვის დამატებითი მარეგულირებელი როლის მინიჭება იქნება მხოლოდ ფორმალური და საბოლოო ჯამში, შექმნის „ბიუროკრატიის დამატებით ფენას“.

ექსპერტი №6, „რეგიონალური პოლიტიკის“ საჭიროებას განიხილავს. მისი შეფასებით, საჭიროა ჯანდაცვის მართვის მოდელის გადახედვა და ფუნქციების გადანაწილება რეგიონულ სტრუქტურებზე. ექსპერტი ასევე განიხილავს „პირველადი ჯანდაცვის ობიექტებისა“ და პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის კონტრაქტირება-ზედამხედველობის საკითხსაც, ამ მხრივ, შეცდომად აფასებს ცენტრალიზებულ მმართველობას და მიიჩნევს, რომ აღნიშნული აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს პასუხისმგებლობაში უნდა იყოს.

ექსპერტი №7-ის შეფასებით, ცენტრალურმა ხელისუფლებამ უნდა განსაზღვროს უნიფიცირებული და ყველასთვის უნივერსალური „ერთი დიდი გლობალური ჩარჩო“, ასევე მიიჩნევს, რომ რეგიონში შესაძლებელია, ადგილობრივი ხელისუფლების მიერ მოხდეს დამატებითი პირობების დაწესება. ამასთან, ხაზს უსვამს, რომ აღნიშნული, არ უნდა აუარესებდეს ცენტრალური ხელისუფლების მიერ დადგენილ ნორმებს. ცენტრალური და აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროების ფუნქცია-მოვალეობებთან დაკავშირებით, ექსპერტი №7-ს შეფასებით, „არსებობს ისეთი საკითხები, რომლებიც საჭიროებს: პირველი - საკანონმდებლო ცვლილებებს, მეორე - საკანონმდებლო დონეზე ფუნქცია-მოვალეობებისა და უფლებამოსილების გამიჯვნას, რათა ყველას ჰქონდეს თავისი გადაწყვეტილების აღსრულების საკანონმდებლო ჩარჩო.“

ექსპერტი №8-ის შეფასებით, ჯანდაცვის ცენტრალიზებული მმართველობა არ არის ეფექტური, საჭიროდ მიიჩნევს დეცენტრალიზაციასა და ფუნქციების დელეგირებას ადგილობრივ ხელისუფლებებზე, რეგიონისა და მუნიციპალიტეტის დონეზე.

აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს ფუნქციების განხილვისას, ექსპერტი №9 აღნიშნავს, რომ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტრო მონაწილეობს, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ, პროექტების განხილვის პროცესში; რაც შეეხება ადმინისტრირების ფუნქციას, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტრო თავისი ბიუჯეტის ფარგლებში ავსებს საყოველთაო ჯანდაცვის მიღმა დარჩენილ „ნაპრალს“. ექსპერტი მართებულად არ მიიჩნევს, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროსთვის, მონიტორინგისა და კონტროლის ფუნქციის დელეგირების საკითხს და თვლის, რომ აღნიშნული „ცენტრალური“ სამინისტროს ფუნქციაა. ექსპერტის შეფასებით, ადგილობრივ სამინისტროს არ ჰყავს შესაბამისი კომპეტენციის მქონე და რაოდენობრივად საკმარისი ადამიანური რესურსი.

ექსპერტი №9 აღნიშნავს, რომ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტრო კონტროლის ფუნქციას ახორციელებს მხოლოდ სამინისტროს პროგრამების ფარგლებში, რაც შეეხება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის ფუნქციების შესრულებას, ექსპერტის შეფასებით, ეს აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროსგან იქნება „უფლება-მოვალეობის გადაჭარბება“. რაც შეეხება ამ მხრივ სიახლის დანერგვასა და ჯანდაცვის სამინისტროს უფლებების გაფართოებას, ექსპერტი №9 თვლის, რომ „ეს შეუძლებელია“, რადგან სამინისტროს „ამის უფლება არ აქვს“ და ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ „ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელი ქვეყანაში არის საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო“, პრევენციის მიმართულებით - დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტრო კი არის პოლიტიკის გამტარებელი“.

ექსპერტი №10-ს შეფასებით, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის სამინისტროს შეზღუდული უფლებებით ოპერირებს. ექსპერტი მიუთითებს აჭარის ა.რ. შესაძლებლობაზე, ადგილობრივ დონეზე შეიმუშაოს და დანერგოს რეგიონში მოქმედი საკანონმდებლო და მარეგულირებელი ნორმატივები. ექსპერტი დასაშვებად მიიჩნევს, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროსთვის, რეგიონის დონეზე, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ანალოგიური, მაკონტროლებელი ფუნქციების მინიჭების საკითხს. რასთან დაკავშირებითაც აღნიშნავს, რომ ამისთვის საჭიროა უმაღლესი საბჭოს გადაწყვეტილება და ავტონომიური რესპუბლიკის კანონმდებლობაში ცვლილების შეტანა.

ექსპერტი №10 განიხილავს აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს სტრუქტურული დაქვემდებარების საკითხს და დადებითად აფასებს წარსულში („საბჭოთა კავშირის“ დროს) არსებული სტრუქტურული დაქვემდებარების ფორმას, რომელშიც აჭარის ჯანდაცვის სამინისტრო „ვერტიკალურად ექვემდებარებოდა აჭარის მინისტრთა საბჭოს და ჰორიზონტალურად - საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს“ („ორმაგი დაქვემდებარება“). მიმდინარე დაქვემდებარების სტრუქტურასთან დაკავშირებით ექსპერტი აღნიშნავს, რომ „აჭარის ჯანდაცვის სამინისტრო არ არის ანგარიშვალდებული საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს წინაშე“. ექსპერტი ასევე ხაზს უსვამს აჭარის ჯანდაცვის მინისტრის დანიშვნის წესს, სადაც საქართველოს მინისტრის თანხმობა, მხოლოდ ფორმალური სავალდებულო მოთხოვნაა.

ექსპერტები (№6, №10) განიხილავენ აჭარის, როგორც ტურისტული ზონის თავისებურებებს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საჭიროებებს, განსხვავებულ კლიმატურ პირობებსა და ავადობის სტრუქტურას. რის საფუძველზეც, საჭიროდ მიიჩნევენ, ამ მიმართულებით აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს შესაძლებლობების განვითარებასა და რეგიონის დონეზე გარკვეული ფუნქციების დელეგირების უპირატესობას.

ექსპერტი №11 დადებითად აფასებს აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს ინტელექტუალურ რესურსს და კომპეტენციებს. სამინისტროს ძირითად ფუნქციებთან დაკავშირებით ექსპერტი აღნიშნავს, რომ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტრო მმართველობით საქმიანობას წარმართავს მხოლოდ მის მიერ განხორციელებული პროგრამების ფარგლებში, ხოლო რაც შეეხება ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის გატარებას, ექსპერტის შეფასებით „სახელმწიფო პოლიტიკის გატარების მექანიზმი არ არის განსაზღვრული“. ასევე, ხაზს უსვამს სამინისტროში შესაბამისი სტრუქტურის არარსებობას. ექსპერტი თვლის, რომ აჭარის უმაღლესმა საბჭომ უნდა უზრუნველყოს სამინისტროს ფუნქციების გაფართოება ამ მიმართულებით. ექსპერტი №11 ასევე ხაზს უსვამს აჭარის უმაღლესი საბჭოს მიერ ჯანდაცვის

სისტემის გაუმჯობესებისა და აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს გამდიერების მიმართულებით კანონპროექტის ინიცირების საჭიროების საკითხს.

ექსპერტი №11 მიიჩნევს, რომ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს უნდა ჰქონდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მონიტორინგისა და კონტროლის „პირველი საფეხურის“ (კვლევა, შესაბამისობის დადგენა, შემთხვევის დაფიქსირება, პრობლემის იდენტიფიცირება) შესრულების დელეგირებული ფუნქცია, ხოლო რაც შეეხება გადაწყვეტილების მიღებას, მიიჩნევს, რომ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დაფიქსირებულ შეუსაბამობაზე გადაწყვეტილების მიმღები უნდა იყოს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო.

ექსპერტები (№9, №10, №11) განიხილავენ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ლიცენზია-ნებართვების გაცემის შესაძლებლობისა და აღნიშნულთან დაკავშირებით 2003 წელს, პრეზიდენტის ბრძანებულებით განსაზღვრული აჭარის აღმასრულებელი მთავრობისთვის მინიჭებულ უფლებამოსილების საკითხს. სამივე ექსპერტი ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ, იმ პერიოდისთვის მინიჭებული უფლებამოსილება არასდროს აღსრულებულა. რაც შეეხება აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ხსენებული უფლებამოსილების განხორციელების შესაძლებლობებთან დაკავშირებით მსჯელობას, ექსპერტთა შეფასებები განსხვავებულია:

ექსპერტები №10 და №11 დადებითად განიხილავენ 2003 წელს აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროსთვის მინიჭებულ უფლებამოსილებას, თუმცა აღნიშნავენ, რომ „მაშინდელი ცენტრალური აღმასრულებელი ხელისუფლების მიერ გაწეული წინააღმდეგობიდან გამომდინარე“ ხსენებული უფლებამოსილების განხორციელება ვერ მოხერხდა. მიიჩნევენ, რომ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს „მაშინაც და ახლაც“ აქვს შესაძლებლობა და შესაბამისი რესურსი, საქართველო ჯანდაცვის სამინისტროსთან კოორდინირებული მუშაობით უზრუნველყოს, რეგიონის დონეზე ლიცენზია-ნებართვების გაცემა და განახორციელოს სამედიცინო საქმიანობის მონიტორინგი. თუმცა, ასევე აღნიშნავენ, რომ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს ფუნქციაში უნდა შედიოდეს მხოლოდ სალიცენზიო-სანებართვო პირობებთან შესაბამისობის შეფასება და გეგმიური მონიტორინგის განხორციელება, ანგარიშის მომზადება და ცენტრალური ხელისუფლებისთვის გადაცემა. რაც შეეხება გადაწყვეტილებას ლიცენზია-ნებართვის გაცემა-შეჩერებასთან დაკავშირებით, ექსპერტთა შეფასებით მას უნდა იღებდეს ცენტრალური მარეგულირებელი ორგანო - რეგულირების სააგენტო და საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. მოცემული მსჯელობისგან განსხვავებული შეფასებით გამოირჩეოდა ექსპერტი №9, რომელიც ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ სამინისტროს „არ აქვს შესაბამისი რესურსი“ („ცოდნა“, „კომპეტენცია“, „გამოცდილება“) მონაწილეობა მიიღოს ან თვითონ

განახორციელოს აჭარის ა.რ. ტერიტორიაზე ლიცენზირების მინიჭებისა და სამედიცინო საქმიანობის მონიტორინგის პროცედურა.

წარმოდგენილ მსჯელობათა შედეგებით ანალიზით იკვეთება, რომ ექსპერტთა უმრავლესობა (გარდა ექსპერტი №9) უარყოფითად აფასებს ჯანდაცვის სისტემის ცენტრალიზებულ მმართველობას და მიუთითებენ მართვის სისტემის დეცენტრალიზების საჭიროებაზე. ექსპერტები განიხილავენ ადგილობრივ ხელისუფლებაზე ფუნქციათა დელეგირებისა და მმართველობით პროცესში მათი ჩართულობის საჭიროებას, მათ შორის, დადებითად აფასებენ აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს ფუნქციების გაფართოებისა და გარკვეული მარეგულირებელი უფლებამოსილების მინიჭების საკითხს.

3.2.6. სახელმწიფო პოლიტიკა კოვიდ-19 პანდემიის მართვაში, პანდემიის მართვის ხარვეზები

კოვიდ-19 პანდემიის მართვაში სახელმწიფოსა და, მათ შორის, ჯანდაცვის უწყებების საქმიანობასთან დაკავშირებით, ექსპერტი №1 აღნიშნავს, რომ „პროცესი არ იყო გამჭვირვალე“. ექსპერტი ხაზს უსვამს არაპროფესიონალიზმს, მართვის ხარვეზებს, „ლოჯისტიკის“, საზოგადოებასთან კომუნიკაციის „დაგვიანების“ და „არასწორად წარმართვის“ საკითხებს. „გამოიწვიეს საზოგადოების დეზორიენტაცია“, „რეალობის შეგრძნება დაიკარგა საზოგადოებაში“ - აღნიშნავს ექსპერტი №1. ასევე განიხილავს „კოლექტიური პასუხისმგებლობის“ საკითხს, აღნიშნავს, რომ რიგ საკითხებზე ფუნქცია-მოვალეობები და პასუხისმგებლობა არ იყო გადანაწილებული ადეკვატურად.

ექსპერტები - №1 და №2 მიიჩნევენ, რომ ვაქცინაციის საინფორმაციო კამპანიის დაგვიანება მიზანმიმართული ქმედება და საზოგადოების მხრიდან ვაქცინაზე მოთხოვნის ზრდაზე თავის არიდება იყო. „კამპანიის ჩატარება გაზრდიდა ვაქცინაზე მოთხოვნას, მაშინ როცა ვაქცინა არ იყო“ - აღნიშნავს ექსპერტი №2.

ექსპერტები - №1 და №6, უარყოფითად აფასებენ სახელმწიფოს უარს პოლიტიკური ოპონენტების, დარგის ექსპერტებისა და სხვა სპეციალისტების რეკომენდაციების გაუთვალისწინებლობასა და დახმარების შეთავაზებაზე. ექსპერტი №1 აღნიშნავს, რომ დარგის ექსპერტებისა და პოლიტიკური ოპონენტების მმართველობით პროცესში ჩართულობა და პასუხისმგებლობის გადანაწილება „პოლიტიკურად პრაგმატული“ ნაბიჯი იქნებოდა. „არაფერმა არ გაჭრა“, „ასეთი შეუვალი მე არ მახსოვს არც ერთი სამინისტრო“ - აღნიშნავს ექსპერტი №6.

ექსპერტი №2-ის შეფასებით, პანდემიის მართვის სახელმწიფო პოლიტიკა და განხორციელებული ქმედებები არ იყო დაფუძნებული სტრატეგიულ გადაწყვეტილებებზე,

დაშვებული იყო რიგი ადმინისტრაციული და ტაქტიკური შეცდომებო, მათ შორის, როგორცაა: ქვეყნის ჩაკეტვა და ეკონომიკის გაჩერება ერთეულ შემთხვევებზე, კონტაქტების კვლევის უგულბელოება შემცირებულ მაჩვენებლებზე, მკურნალობის ტაქტიკა, დაგვიანებული ვაქცინაცია და სხვა.

ექსპერტი №3 საქართველოში პანდემიის ცუდი მართვის მიზეზად არა „სახელმწიფოს“ არამედ, „მთავრობას“ მიიჩნევს, როგორც ცენტრალურ, ისე ადგილობრივ დონეზე, მიზეზად კი ადამიანური პოტენციალის დეფიციტს ასახელებს.

ექსპერტი №4 ხაზს უსვამს მიკერძოებულ და ბიზნეს-ინტერესებზე დაფუძნებულ მმართველობით გადაწყვეტილებებს, ხაზს უსვამს არაპროფესიონალიზმსა და უპასუხისმგებლო ქმედებებს. ექსპერტი აღნიშნავს, რომ ქვეყანაში „ვაქცინაციის პროცესი ჩავარდა“.

ექსპერტი №5 მიუთითებს მართვის ისეთ ხარვეზებზე, როგორებიცაა: გადაწყვეტილებების მიღების დროს დაშვებული შეცდომები, პასუხისმგებლობის არასწორად გადანაწილება, ვაქცინაციის ელექტრონული სისტემა, ლოჯისტიკის ხარვეზები, ვაქცინაციის პროცესის უზრუნველყოფის პრობლემები და სხვა.

ექსპერტი №6 პანდემიის მართვის მთავარ ხარვეზად „ეპიდემიაზე რეაგირების და ეპიდემიის მართვის გეგმის“ არარსებობას ასახელებს, „დამოკიდებული ვართ ყოველდღიურ გადაწყვეტილებებზე, რომელიც არ არის რისკზე დაფუძნებული“ აღნიშნავს ექსპერტი. ექსპერტის შეფასებით, ყველა გადაწყვეტილება იყო დაგვიანებული. ექსპერტი ხაზს უსვამს მთავრობის საქმიანობაზე საზოგადოებრივი კონტროლის არარსებობის საკითხსაც; „არ არის ანგარიშვალდებულება“, „არ არის გამჭვირვალობა“ - აღნიშნავს ექსპერტი.

ექსპერტი №7 პანდემიის მართვის ყველაზე დიდ პრობლემად მიიჩნევს ადამიანური რესურსის, მათ შორის, საექიმო პერსონალის გადატვირთვას ადმინისტრაციული საკითხებით, რომელთა მოგვარება ციფრული ტექნოლოგიებითაც შესაძლებელი იქნებოდა.

ექსპერტთა უმრავლესობისგან განსხვავებით, ექსპერტი №9 დადებითად აფასებს პანდემიის მართვის სახელმწიფო პოლიტიკას. ექსპერტის შეფასებით, პანდემია როგორც მთელი მსოფლიოსთვის, საქართველოსთვისაც გამოწვევას წარმოადგენდა და აღნიშნავს, რომ მართვის პროცესში გამოვლენილი „სისუსტეები“ გამოწვევის ბუნებრივი, თანმდევი პროცესია. ექსპერტი ასევე მიუთითებს დადებით შედეგებზე, როგორებიცაა: ბათუმში „რესპუბლიკური საავადმყოფოს“ დაჩქარებული წესით დაკომპლექტება და გახსნა, ვაქცინაციის კამპანიის ამოქმედება და პირველ დოზებზე მომატებული მიმართვიანობა და სხვა. ექსპერტის მიერ,

ასევე დადებითად ფასდება პანდემიის პირველ ეტაპზე, სასტუმროების საკარანტინე ზონებად გამოყენების შესაძლებლობა, თუმცა აღნიშნავს, რომ სასტუმროს გამოყენება უნდა ხდებოდეს „კლინიკაში თერაპიული საწოლების დეფიციტის შემთხვევაში“, რადგან აღნიშნული ძალიან დიდი ტვირთია სახელმწიფოსთვის. ექსპერტი №9 თვლის, რომ მსუბუქი პაციენტების მართვა უნდა ხდებოდეს ბინაზე, პირველადი ჯანდაცვის რგოლისა და ონლაინ კლინიკების საშუალებით.

ექსპერტი №10 დადებითად აფასებს სახელმწიფოს მიერ, 2020 წლის დასაწყისში, პირველ ეტაპზე ეპიდემიოლოგიური მართვის პროცესს, თუმცა აქვე აღნიშნავს, რომ მაჩვენებლების ზრდასთან ერთად „აბსოლუტურად უმართავი გახდა სიტუაცია“. ექსპერტი ასევე განიხილავს დაწესებული რეგულაციების აღსრულებისა და პანდემიის მართვის სხვა ხარვეზებს, მათ შორის ფუნქცია-მოვალეობების არასწორად გადანაწილების საკითხს.

ექსპერტი №11-ის შეფასებით, პანდემია გამოწვევა იყო მთელი მსოფლიოსთვის, აქედან გამომდინარე, მმართველობითი გადაწყვეტილებების კრიტიკულად შეფასების სირთულეზე მიუთითებს, „რთულია ასეთ ვითარებაში იმის განსაზღვრა, თუ „რა იქნებოდა სწორი“ - აღნიშნავს ექსპერტი. ამასთან, ექსპერტი მიიჩნევს, რომ „პირველი ეტაპი კოვიდმაჩვენებლების თვალსაზრისით მეტნაკლებად წარმატებული იყო“, სხვა შესაძლო ხარვეზების მიზეზად კი სისტემის მმართველობის ზოგად ხარვეზებს ასახელებს, როგორებიცაა: „არაორგანიზებულობა“, რესურსების ნაკლებობა, პასუხისმგებლობის გადანაწილების პრობლემები, გულგრილობა და სხვა,

წარმოდგენილ მსჯელობათა შედარებითი ანალიზის საფუძველზე, იკვეთება, რომ კოვიდ-19 პანდემიის სახელმწიფო პოლიტიკისა და მართვის ხარვეზებთან დაკავშირებით ექსპერტთა უმრავლესობის შეფასება თანხვედრაშია. ექსპერტთა უმრავლესობა (№1, №2, №3, №4, №5, №6, №7, №10) პანდემიის მართვის პროცესის შეფასებისას მიუთითებენ მართვის პროცესში დაშვებულ შეცდომებზე, რასაც სხვადასხვა არგუმენტირებული მსჯელობით ასაბუთებენ. უმრავლესობისაგან განსხვავებულია ექსპერტი №9-ს შეფასებები, რომელიც პანდემიის მართვის პროცესში სახელმწიფოს მიერ განხორციელებულ ქმედებებს დადებითად ახასიათებს, აღსანიშნავია ექსპერტი №11-ის პოზიცია, რომელიც ნეიტრალური მიდგომით გამოირჩევა.

პანდემიის მართვის პროცესში სახელმწიფო ხარვეზებზე მსჯელობა პოლემიკის საგანია, რასაც სისტემური კვლევა და ღრმა შედარებითი ანალიზი სჭირდება. ნაშრომში წარმოდგენილი კვლევის შედეგების თანახმად, ექსპერტთა მოსაზრებები ამ მხრივ მკაფიოდ გამოკვეთილია. ექსპერტები მიუთითებენ კონკრეტულ შეცდომებზეც, თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ღრმა

მოკვლევის გარეშე დასკვნების გაკეთება რთულია. მიუხედავად ამისა, უნდა გამოიკვეთოს პანდემიის პროცესში აშკარად გამოხატული პრობლემური მიმართულებები:

- ვაქცინაციის პროცესის მიმართ არსებული გამოწვევები და საზოგადოების უარყოფითი (“ანტი-ვაქსერული”) დამოკიდებულება კოვიდ-ვაქცინის მიმართ, რაც ვერც ფინანსური დაინტერესებითა და კარდაკარ კამპანიით შეიცვალა. გარდა ამისა, მთავრობის მეთაურის მიერ ვაქცინაციის მოქმედების ეფექტურობასთან დაკავშირებით გაკეთებულმა განცხადებებმა კიდევ უფრო შეასუსტა საზოგადოების მოტივაცია და გაზარდა სკეპტიციზმი ვაქცინაციის ჩატარებასთან დაკავშირებით;
- რეგულაციების აღსრულებისა და კონტროლის სუსტი მექანიზმების შედეგად, გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ვერ მოხერხდა შემთხვევათა რიცხვის დასტაბილურება.
- აპლიკაციები, როგორებიცაა: „Georgia e-Health“, „Georgia e-Health Validator“ და „CovidPass Georgia“, საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით, პანდემიის მართვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მექანიზმი უნდა ყოფილიყო, თუმცა აპლიკაციების ამოქმედების პროცესი გარკვეულწილად დაგვიანებით, ქაოტურად და დაბალი ეფექტურობით წარიმართა, რაც მალევე გაუქმდა. აღნიშნული კი სახელმწიფო ფინანსური რესურსების არაეფექტურ ხარჯვას უკავშირდება და ტვირთად აწვება ქვეყნის ისედაც სუსტ ეკონომიკას.

3.2.7. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სამომავლო პერსპექტივები, სისტემის შემდგომი განვითარების საჭიროებები და ფორმები

ჯანდაცვის სისტემის სამომავლო პერსპექტივებთან დაკავშირებით, ექსპერტი №1 თვლის, რომ „ერთადერთი გამოსავალი ხელისუფლების ცვლილება“ და „ჯანდაცვის ყველა მიმართულებით სწრაფი რეფორმების განხორციელებაა“. ექსპერტი ხაზს უსვამს „საკადრო პოლიტიკის საჭიროებას“ და აღნიშნავს, რომ მნიშვნელოვანია ჯანდაცვისა და სოციალური პოლიტიკის მიმართულების ახალი კადრების მოზიდვა. რაც შეეხება ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის სახელმძღვანელო მოდელს, ექსპერტი №1 მიიჩნევს, რომ წარუმატებელი რეფორმების მცდელობათა 30-წლიანი გამოცდილების გათვალისწინებით, არ უნდა მოხდეს არც ერთი ქვეყნის მოდელის სრული სახით „კოპირება“, თუმცა მიიჩნევს, რომ გასათვალისწინებელია ჯანდაცვის მოდელთა სხვადასხვა კომპონენტი, რომლებიც შესაბამისობაში იქნება არსებულ რეალობასთან. ამასთან, ექსპერტი თვლის, რომ პირველ რიგში მნიშვნელოვანია არსებული მდგომარეობის დეტალური შესწავლა და მხოლოდ ამის შემდეგ განვითარების გეგმის შემუშავება.

ჯანდაცვის სფეროს განვითარების საჭიროებებთან და პერსპექტივებთან დაკავშირებით, ექსპერტი №2 (ექსპერტი №1-ს მსგავსად) მიიჩნევს, რომ არ უნდა მოხდეს ჯანდაცვის სისტემის

მართვის არც ერთი მოდელის „კოპირება“. ექსპერტის №2-ის აზრით, ჯანდაცვის სისტემა ორიენტირებული უნდა იყოს პრევენციული და ამბულატორიული სერვისების განვითარებაზე, აუცილებელ კომპონენტად მიიჩნევს „დაფინანსების სადაზღვევო მოდელზე“ გადასვლას, რომელშიც თანადაფინანსების მოცულობა დამოკიდებული იქნება გეგმიური-პროფილაქტიკური სამედიცინო შემოწმების გავლის სიხშირეზე. სახელმძღვანელო-სამაგალითო მოდელად ამერიკულ სისტემას ასახელებს.

ექსპერტი №3 (ექსპერტი №1-ს მსგავსად) უარყოფითად აფასებს სახელმწიფო რეფორმების 30 წლიან გამოცდილებას და თვლის, რომ „რადიკალური“ და „ფუნდამენტური“ ცვლილებებია საჭირო. პრობლემური და პრიორიტეტული სფეროებიდან, ექსპერტი ასახელებს დაფინანსების სისტემის ძირეულ ცვლილებას, „სწორი დაკონტრაქტების“ მექანიზმსა და ხარისხზე ორიენტირებული ბერკეტის შექმნას, „ქსელის ოპტიმიზაციას“, პირველად ჯანდაცვას, „ხარისხის მოთხოვნების შექმნას“, „პროფესიულ განათლებას“ და სხვა.

ჯანდაცვის სისტემის სამომავლო პერსპექტივებთან დაკავშირებით, ექსპერტი №4 თვლის, რომ საჭიროა „პოლიტიკური რეფორმა“ და „საკანონმდებლო ცვლილებები. ექსპერტი ხაზს უსვამს ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგიულ განვითარებასთან დაკავშირებით პოლიტიკურად მყარი „კონსენსუსის“ მიღწევის აუცილებლობას („არცერთმა პარტიამ არ უნდა გადაუხვიოს სტრატეგიულ გეგმას“). ექსპერტის მიიჩნევს, რომ ჯანდაცვის სამინისტრო უნდა იყოს „აპოლიტიკური“ და „ზეპარტიული“, შესაბამისად, სისტემას უნდა მართავდეს არა პოლიტიკოსი, არამედ „ტექნოკრატი მმართველი“, რომელიც სისტემას წარმართავს სტრატეგიული გეგმის შესაბამისად და არ ექნება „სამსახურის დაკარგვის შიში“ - აღნიშნავს ექსპერტი. ექსპერტი №4 ჯანდაცვის რეფორმის საკითხს განიხილავს და აღნიშნავს, რომ „რეფორმა ჯანდაცვაში არის ევოლუციური პროცესი და არა რევოლუციური...“ „რევოლუცია ჯანდაცვაში არ შეიძლება“, „გვჭირდება ევოლუცია“, „რაც გვაქვს ის უნდა შევინარჩუნოთ, ის რაც კარგია - გავაძლიეროთ და რაც არ არის კარგი - ნელ-ნელა შევცვალოთ“. ექსპერტის შეფასებით, მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის ევროპული და ამერიკული სტანდარტის ადაპტირება ქართულ რეალობაზე.

ექსპერტი №5-ს შეფასებით, ჯანდაცვის სისტემაში ხელმძღვანელი პირების ცვლილება არ უნდა განაპირობებდეს ჯანდაცვის პოლიტიკის ცვალებადობას. სფეროს სამომავლო პერსპექტივებთან დაკავშირებით, ექსპერტი ხაზს უსვამს ჯანდაცვის პოლიტიკის ცვლილების საჭიროებას, მიიჩნევს, რომ აუცილებელია ჯანდაცვის სფეროს განვითარების გეგმისა და „საზოგადოებაში შეთანხმების მიღწევა“.

ჯანდაცვის სისტემის განვითარებასთან დაკავშირებით ექსპერტი №6 თვლის, რომ ნებისმიერი წამოწყება (სიახლეები, ინიციატივები, სტანდარტები, ტარიფები და სხვა) უნდა ემყარებოდეს არა ერთპიროვნულ გადაწყვეტილებას, არამედ პარტნიორულ ურთიერთობებსა და ურთიერთთანამშრომლობას. როგორც ექსპერტი აღნიშნავს, „სახელმწიფო სისტემა უნდა იყოს სახელმწიფო სისტემა, რაც არ გულისხმობს სისტემის მთავრობის ხელში ყოფნას“. ექსპერტი ხაზს უსვამს ერთპარტიული პოლიტიკური სისტემის გამრავალფეროვნების საჭიროებას და თვლის, რომ გამოსავალი „სამოქალაქო შეთანხმებაშია“.

სამომავლო პერსპექტივებთან დაკავშირებით, ექსპერტი №7-ს შეხედულება ოპტიმისტურია, რის მიზეზადაც „სამედიცინო ქსელის ინფრასტრუქტურას“ და ადამიანური რესურსების ახალ თაობას ასახელებს. ექსპერტი მიიჩნევს, რომ ერთადერთი საკითხი ცვლილებებთან დაკავშირებით „პოლიტიკური ხედვა და ნებაა“. ექსპერტი აღნიშნავს, რომ „სახელმწიფომ უნდა განსაზღვროს პოლიტიკა და პოლიტიკური ხედვა, სახელმწიფო უნდა იყოს ჯანდაცვის სფეროს ხარისხის სადარაჯოზე, ხარისხის კონტროლის დამცველი და ხმალამოღებული უნდა იბრძოდეს მხოლოდ ხარისხზე.“

ექსპერტი №8 მიიჩნევს, რომ ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგიული გეგმა უნდა იყოს „ზეპარტიული“, უნდა შემუშავდეს პარტიების შეთანხმებითა და „კონსესუსით“ და „მთავრობის ცვლილებები“ არ უნდა ახდენდეს ზეგავლენას სამომავლო გეგმის განხორციელებაზე.

ექსპერტი №9-ის შეფასებით, მნიშვნელოვანია ქვეყნისა და რეგიონების დონეზე საჭიროებების განსაზღვრა და შესწავლა, განსაზღვრული მიმართულებების მიხედვით. ექსპერტი აღნიშნავს, რომ მოცემული მომენტისთვის მიმდინარეობს შესწავლა და, საჭიროებების დიფერენცირების შემდეგ, „შეიქმნება ისეთი მსხვილი სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლები, სადაც სერვისი იქნება ხარისხზე ორიენტირებული“. ჯანდაცვის სისტემის სამომავლო პერსპექტივებთან დაკავშირებით, ექსპერტი დადებითად აფასებს „ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს განვითარების 10 წლიანი გეგმის“ არსებობასა და მის სარგებლიანობას სხვადასხვა მიმართულებით, როგორცაა: პირველადი ჯანდაცვის განვითარება, სამედიცინო კადრების კვალიფიკაციის ამაღლება და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის გაუმჯობესება, სელექტიური კონტრაქტირების დაწყება, ონკოლოგიის პროგრამების გაფართოება და სხვა .

სამომავლო პერსპექტივებთან დაკავშირებით, ექსპერტი №10-ს შეფასებით, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას აქვს განვითარების მაღალი პოტენციალი. ექსპერტი სისტემის განვითარების პრიორიტეტულ მიმართულებებად მიიჩნევს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის

გამლიერებას, რეგულირებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის მექანიზმების გაუმჯობესებას, დაზღვევაზე დაფუძნებული დაფინანსების სისტემის დანერგვასა და სხვა. ექსპერტი ეხება ჯანდაცვის სფეროს მმართველი რგოლის კომპეტენციის საკითხსაც და აღნიშნავს, რომ ჯანდაცვის სისტემას უნდა ხელმძღვანელობდეს სამედიცინო განათლების მქონე „ჯანდაცვის მენეჯერი“, რომელსაც გავლილი ექნება სამედიცინო საქმიანობის იერარქიული საფეხურები.

სისტემის განვითარებასთან დაკავშირებით, ექსპერტი №11 საუბრობს „დიალექტიკურ ერთიანობაზე მთავრობასა და სამოქალაქო საზოგადოებას (მოსახლეობას) შორის“. სისტემის განვითარების მთავარ პირობად ექსპერტი სამოქალაქო საზოგადოების ჩამოყალიბებას მიიჩნევს, რასაც, მისივე შეფასებით, მოჰყვება სახელმწიფოებრივად მოაზროვნე მთავრობის ჩამოყალიბება („არჩევა“), რომელიც ასევე ორიენტირებული იქნება სამოქალაქო საზოგადოების განვითარებაზე და ა.შ. სამოქალაქო საზოგადოების განვითარებამდე კი, ჯანდაცვის სისტემის ხსნად ექსპერტი „სხვა გზას,“ განიხილავს: რეფორმების გუნდის ჩამოყალიბება და გადამზადება ან უცხოელ ექსპერტთა მოწვევა და მმართველობითი პროცესის მათთვის ჩაბარება.

ჯანდაცვის სისტემის სამომავლო პერსპექტივებთან დაკავშირებით ექსპერტთა აზრი მრავალფეროვანია, თუმცა მეტწილად თანხვედრაშია ერთმანეთთან: ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის საჭიროებაზე თანხმდება ექსპერტთა უმრავლესობა (გარდა ექსპერტი №9-ისა). განსხვავებული შეხედულებებია სისტემის განვითარებისთვის საჭირო ღონისძიებებთან დაკავშირებით: ექსპერტთა ჯგუფი (№1, №2, №3, №5) რადიკალური რეფორმის საჭიროებას განიხილავს, სხვები (№4, №6 №7, №8, №10, №11) კი სისტემის ევოლუციურ განვითარებას ანიჭებენ უპირატესობას. მათ შორის, სისტემის განვითარებისთვის აუცილებელ პირობად პოლიტიკურ და სამოქალაქო შეთანხმებას ასახელებენ (№4, №5, №6, №7, №8, №11). უმრავლესობისგან განსხვავებით, ექსპერტი №9 ხაზს უსვამს სისტემის განვითარებისთვის აქამდე განხორციელებული ქმედებების დადებით შედეგებს, სამომავლო პერსპექტივასთან დაკავშირებით კი აღნიშნავს, რომ არსებული „სამინისტროს განვითარების 10 წლიანი გეგმა“ ითვალისწინებს არსებული ნაკლოვანებების აღმოფხვრას.

3.3. სოციოლოგიური კვლევის შედეგების ანალიზი

3.3.1. ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო საქმიანობის რეგულაციის საკითხებთან დაკავშირებით

ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან დაკავშირებით, ექიმებს უფრო აქვთ ცოდნა (იცნობს - 55,2%, ზოგადი წარმოდგენა აქვს - 39,9%-

ს) ვიდრე უმცროს ექიმებსა და საექთნო პერსონალს. აღსანიშნავია საკითხისადმი დაბალი ინტერესი და გულგრილი დამოკიდებულების მაჩვენებელი იერარქიული დონეების მიხედვით: საექთნო პერსონალი (0,5%) უფრო ნაკლებად ავლენს გულგრილ დამოკიდებულებას („საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემა“) საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის ცოდნასთან დაკავშირებით, ვიდრე უმცროსი ექიმები (2,9%) და საექიმო პერსონალი (1,6%). (ცხრილი 74, ცხრილი 75)

სამუშაო პოზიციის მიხედვით, სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა ავლენს ცოდნას აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით. რაც შეეხება საკითხის მიმართ გულგრილ დამოკიდებულებას, ექიმთა 0,4%, უმცროს ექიმთა 1,4% და ექთანთა 0,7 % თვლის, რომ აღნიშნული „საერთოდ არ ეხებათ და ეს ადმინისტრაციის პრობლემა“. (ცხრილი 76, ცხრილი 77)

სამედიცინო პერსონალი უმეტესწილად გათვითცნობიერებულია და აფიქსირებს ცოდნას სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან/ინსტრუქციებთან დაკავშირებით, სამუშაო პოზიციის მიხედვით იკვეთება შედეგების იერარქიული გადანაწილება - იცნობს ექიმთა 85,8%, ხოლო უმცროს ექიმთა - 72,1% და ექთანთა 70,1%. (ცხრილი 78, ცხრილი 79)

სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ლიცენზია-ნებართვების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებთან დაკავშირებით, ცოდნისა და ზოგადი წარმოდგენის მაჩვენებელი ექიმებში უფრო მაღალია (74,8%), ვიდრე უმცროს ექიმებსა (58,3%) და ექთნებში (64,5%). აღსანიშნავია, რომ სამუშაო პოზიციის იერარქიული დონის ზრდის შესაბამისად პროპორციულად იზრდება საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულების („საერთოდ არ მეხება, ეს ადმინისტრაციის პრობლემა“) მაჩვენებელიც (ექთნები - 6,1%, უმცროსი ექიმები - 9,4%, ექიმები 11,3%). (ცხრილი 82, ცხრილი 83)

საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან მიმართებით გათვითცნობიერებული სამედიცინო პერსონალის 54,6% ასევე ინფორმირებულია ლიცენზია-ნებართვების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებთან დაკავშირებით, ხოლო 24,6% საკითხის მიმართ აქვს ზოგადი წარმოდგენა. იმ სამედიცინო პერსონალის 63,9%, ვინც არ იცნობს საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას, ასევე არ არის გათვითცნობიერებული ლიცენზია-ნებართვების მოთხოვნებთან დაკავშირებით. საკითხის მიმართ გულგრილი დამოკიდებულების მქონე სამედიცინო პერსონალის 61,5%-ია, რომელიც თვლის რომ საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის ცოდნა მას არ ეხება და ეს მხოლოდ „ადმინისტრაციის პრობლემა“, ანალოგიურად ფიქრობს ლიცენზია-ნებართვების საკითხთან დაკავშირებითაც; 15,4% კი აღნიშნავს, რომ არ იცნობს, ხოლო 23,1% აქვს ზოგადი წარმოდგენა. სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზია-

ნებართვების გაცემასთან დაკავშირებული მოთხოვნებისა და პროცედურების ცოდნა დაკავშირებულია ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის ცოდნის ხარისხთან. რაც უფრო მეტად გათვითცნობიერებულია სამედიცინო პერსონალი ჯანდაცვის სფეროს საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან დაკავშირებით, უფრო მაღალი საშუალო მაჩვენებელი ფიქსირდება ლიცენზია-ნებართვების მოთხოვნებსა და პროცედურების ცოდნასთან დაკავშირებულ ცვლადში. საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის მიმართ ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა გარკვეულწილად განაპირობებს სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ლიცენზია-ნებართვების მოთხოვნებსა და პროცედურებთან დაკავშირებით ცოდნის დონეს. (ცხრილი 148, ცხრილი 149, ცხრილი 150, დიაგრამა 9)

კვლევის შედეგების საერთო შეფასებით, აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ ნორმატივებთან დაკავშირებით საექიმო პერსონალი მეტადაა გათვითცნობიერებული, ხოლო აღნიშნულის მიმართ დაბალი ინტერესი და გულგრილი დამოკიდებულება განსაკუთრებით საექიმო პერსონალსა და უმცროს ექიმებში ვლინდება.

უმცროსი ექიმები - მომავალში პოტენციური დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განმახორციელებელი სუბიექტები (ექიმები), სამედიცინო სექტორის ძირითად სამუშაო ძალას წარმოადგენენ, რასაც ეფუძნება პაციენტის უსაფრთხოება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. მნიშვნელოვან ხარვეზად ისახება მოცემულ ეტაპზე საკითხისადმი ასეთი გულგრილი დამოკიდებულების ტენდენცია, რაც გრძელვადიან პერსპექტივაში, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თვალსაზრისით არასახარბიელო შედეგებს განაპირობებს.

3.3.2. ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხებში

სამუშაო პოზიციის მიხედვით, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემებთან დაკავშირებით, სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა ფლობს ინფორმაციას ან აქვს ზოგადი წარმოდგენა. აღსანიშნავია, რომ საკმაოდ მნიშვნელოვანი სხვაობა ფიქსირდება საკითხის მიმართ გათვითცნობიერებულ სამედიცინო პერსონალს შორის, კერძოდ, ექიმები (55,1%) უფრო მეტად ფლობენ ინფორმაციას სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის სისტემებთან დაკავშირებით, ვიდრე უმცროსი ექიმები (31,4%) და ექთნები (30,9%). (ცხრილი 80, ცხრილი 81)

სამედიცინო პერსონალის მნიშვნელოვანი ნაწილი ფლობს ინფორმაციას სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის ჩატარებასთან დაკავშირებით. თუმცა, აღსანიშნავია საკითხის მიმართ დაბალი ინტერესისა და გულგრილი დამოკიდებულების მაჩვენებლებიც: გამოკითხულ

ექიმთა 25,4%, უმცროს ექიმთა - 46,8 და ექთანთა - 32,6% არ ფლობს ინფორმაციას აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით და თვლის რომ ეს მას არ ეხება. (ცხრილი 49, ცხრილი 50)

გარე მონიტორინგის ჩატარების სიხშირესთან დაკავშირებულ შეკითხვაზე ასევე ფიქსირდება საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულების მაღალი მაჩვენებელი, გამოკითხული სამედიცინო პერსონალის 39,2% (390) ამასთან დაკავშირებით პასუხობს: „არ ვიცი, მე არ მეხება“ (ექიმი - 31,2%, უმცროსი ექიმი - 52,5%, ექთანი - 43,2%). (ცხრილი 51, ცხრილი 52)

სამუშაო ადგილის მიხედვით, მხოლოდ ამბულატორიაში მომუშავე სამედიცინო პერსონალი უფრო მეტად ფლობს ინფორმაციას სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ გარე მონიტორინგის ჩატარებასთან დაკავშირებით, ვიდრე მხოლოდ სტაციონარში და ამბულატორიასა და სტაციონარში ერთდროულად დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი. ჯგუფებში მაღალია მოცემული საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულების მაჩვენებელიც: მხოლოდ ამბულატორიაში დასაქმებულთა 23,1%-ს, მხოლოდ სტაციონარში დასაქმებულთა 27,0%-სა და ორივეში ერთდროულად მომუშავე სამედიცინო პერსონალის 31,7%-ს არ აქვს ინფორმაცია საკითხთან დაკავშირებით და თვლის რომ ეს მას არ ეხება („არ ვიცი, მე არ მეხება“). (ცხრილი 88, ცხრილი 89)

სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ ექიმებსა და უმცროს ექიმებს უფრო მეტად აქვთ ინფორმაცია, ვიდრე ექთნებს. სამივე კატეგორიაში მაღალია საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულების მაჩვენებელი (ექიმი - 25,0%, უმცროსი ექიმი - 29,1%, ექთანი - 39,8%). საკითხის მიმართ გათვითცნობიერებისა და გულგრილი დამოკიდებულების მხრივ იკვეთება თვალსაჩინო პროპორციული სხვაობა ექიმებსა და ექთნებს შორის. სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემის არსებობასთან დაკავშირებით ექიმები უფრო მეტად ფლობენ ინფორმაციას, ვიდრე ექთნები, შესაბამისად, საექთნო პერსონალი მეტად გულგრილია საკითხის მიმართ, ვიდრე საექიმო პერსონალი. (ცხრილი 53, ცხრილი 54)

სამუშაო ადგილის მიხედვით, სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობასთან დაკავშირებით ინფორმაციას ფლობს მხოლოდ ამბულატორიაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის 64,1%, მხოლოდ სტაციონარში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის - 66,3% და ამბულატორიასა და სტაციონარში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის - 74,2%. ჯგუფებში თვალსაჩინოა საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულების მაღალი მაჩვენებელი (მხოლოდ

ამბულატორია - 35,9%, მხოლოდ სტაციონარი - 33,6%, ამბულატორია და სტაციონარი - 25,8%)
(ცხრილი 90, ცხრილი 91)

სამუშაო პოზიციის მიხედვით, სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა ფლობს ინფორმაციას სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის შიდა აუდიტის პროცესებთან დაკავშირებით. საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულება უფრო მეტად გამოხატულია უმცროს ექიმებსა (23,4%) და საექთნო პერსონალში (29,5%), ვიდრე საექიმო პერსონალში (7,9%). (ცხრილი 55, ცხრილი 56) ანალოგიური ტენდენცია ფიქსირდება შიდა აუდიტის ჩატარების სიხშირესთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის მხრივ. (ცხრილი 57, ცხრილი 58)

სამუშაო ადგილის მიხედვით, მხოლოდ ამბულატორიაში დასაქმებულ (87,4%) და ორივე - ამბულატორიასა და სტაციონარში დასაქმებულ (83,3%) სამედიცინო პერსონალს უფრო მეტად აქვს ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემის შიდა აუდიტის ჩატარებასთან დაკავშირებით, ვიდრე მხოლოდ სტაციონარში დასაქმებულ სამედიცინო პერსონალს (75,7%). (ცხრილი 92, ცხრილი 93) რაც შეეხება შიდა აუდიტის განმახორციელებელ პირთა ვინაობასთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის საკითხს: სამუშაო ადგილის მიხედვით ორივე - ამბულატორიასა და სტაციონარში ერთდროულად დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი შედარებით უფრო მეტადაა გათვითცნობიერებული (69,3%), ვიდრე მხოლოდ ამბულატორიასა (56,4%) და მხოლოდ სტაციონარში (50,0%) დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი. სამივე ჯგუფში ფიქსირდება გულგრილი დამოკიდებულების მეტნაკლებად თანაბარი მაჩვენებლები (ამბულატორია-17,6%, სტაციონარი-20,5%, ამბულატორია და სტაციონარი-18,4%). (ცხრილი 94, ცხრილი 95)

სამუშაო პოზიციის მიხედვით, ექიმები (75,3%) უფრო მეტად იცნობენ სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის შიდა აუდიტორებს, ვიდრე უმცროსი ექიმები (59,3%) და საექთნო პერსონალი (36,8%). საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულებით განსაკუთრებით საექთნო პერსონალი გამოირჩევა (28,5%), განსხვავებით ექიმებისგან (10,8%). (ცხრილი 59, ცხრილი 60) ინფორმირებულობის მსგავსი ტენდენციური მაჩვენებელი გამოვლინდა სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობასთან დაკავშირებით დასმულ შეკითხვაზეც. (ცხრილი 65, ცხრილი 66) სამუშაო ადგილის მიხედვით კი მხოლოდ ამბულატორიაში (76,1%) და ორივე - ამბულატორიასა და სტაციონარში (72,6%) ერთდროულად დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი მეტნაკლებად თანაბრად ფლობს ინფორმაციას პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობა-არარსებობასთან დაკავშირებით. რაც შეეხება სამედიცინო პერსონალს, რომელსაც არ აქვს ინფორმაცია ხსენებული კომისიის არსებობასთან დაკავშირებით, ამ მხრივ თვალსაჩინო სხვაობა იკვეთება

სტაციონარსა და ამბულატორიაში დასაქმებულ პერსონალს შორის: სტაციონარში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის 40,0% არ ფლობს ინფორმაციას კომისიის არსებობის შესახებ, მაშინ, როდესაც ამბულატორიაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის მხოლოდ 23,9%-ია ასეთი. (ცხრილი 96, ცხრილი 97)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტის ჩატარებასა და აუდიტის სიხშირესთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის ინფორმირებულობის შესახებ ცვლადთა ჯვარედინი შედარებით ვლინდება, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტთან დაკავშირებით გულგრილი დამოკიდებულების მქონე სამედიცინო პერსონალის 70,5% ასევე დაბალი ინტერესით გამოირჩევა შიდა აუდიტის ჩატარების სიხშირესთან დაკავშირებითაც. ცვლადებს შორის ვლინდება მაღალი კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's $V=0,579$), რაც იმის მანიშნებელია, რომ სამედიცინო მომსახურების შიდა აუდიტთან დაკავშირებით დაბალი ინფორმირებულობა ასევე განაპირობებს აუდიტის სიხშირესთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის დაბალ დონეს. (ცხრილი 102, ცხრილი 103)

ცვლადთა ჯვარედინი შედარებით, მათ შორის ვინც იცნობს (72,7%) ან აქვს ზოგადი წარმოდგენა (55,7%) სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან და ინსტრუქციებთან დაკავშირებით, ასევე ფლობს ინფორმაციას სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ. (ცხრილი 104, ცხრილი 105)

ცვლადთა ჯვარედინი შედარებით ვლინდება, რომ გამოკითხული სამედიცინო პერსონალი, რომელიც ფლობს ინფორმაციას სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემის არსებობისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ, ასევე ინფორმირებულია სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის შიდა აუდიტთან დაკავშირებით. ხოლო იმ სამედიცინო პერსონალის 53,0% ვინც თვლის, რომ ხარისხის მართვის სისტემის შესახებ არ ფლობს ინფორმაციას და თვლის, რომ აღნიშნული მას „არ ეხება“, ანალოგიური გულგრილი დამოკიდებულებით ხასიათდება ხარისხის შიდა აუდიტთან დაკავშირებითაც. ცვლადებს შორის ფიქსირდება მაღალი კორელაციის კოეფიციენტი (Cramer's $V=0,557$), რაც იმის მანიშნებელია, რომ ხარისხის მართვის სისტემის არსებობის შესახებ ინფორმირებულობა მეტწილად განაპირობებს შიდა აუდიტის საკითხებთან დაკავშირებით ცოდნის დონეს. (ცხრილი 106, ცხრილი 107)

სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემის არსებობისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის შესახებ ინფორმირებული სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა, ასევე ფლობს ინფორმაციას სამედიცინო

დაწესებულებაში პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობასთან დაკავშირებით. ხოლო იმ სამედიცინო პერსონალის 51,6%, რომელიც არ არის ინფორმირებული სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემის არსებობასთან დაკავშირებით და თვლის რომ ეს მას „არ ეხება“, ასევე არ არის ინფორმირებული საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობასთან დაკავშირებით. ცვლადებს შორის იკვეთება მყარი კორელაციური ურთიერთკავშირი (Cramer's $V=0,368$), რაც მიანიშნებს, რომ ამ ორი ერთმანეთისაგან განსხვავებული სახის საკითხის ცოდნა დამოკიდებულია ერთმანეთზე და ერთ საკითხის ცოდნა ზრდის მეორე საკითხის შესახებ ცოდნის ალბათობას და პირიქით. (ცხრილი 108, ცხრილი 109)

სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის საკითხებთან დაკავშირებით საექიმო პერსონალი უფრო მეტადაა გათვითცნობიერებული, ვიდრე ექთნები და უმცროსი ექიმები. რაც შეეხება საკითხისადმი გულგრილ დამოკიდებულებას, ამ მხრივ გამოირჩევიან ექთნები და უმცროსი ექიმები. სამუშაო ადგილის მიხედვით კი - ამბულატორიაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი.

გამომდინარე იქიდან, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში, სტაციონარული სამედიცინო საქმიანობა სამედიცინო საქმიანობის შედარებით მეტად რეგულირებადი და კონტროლირებადი მიმართულებაა (ყოველწლიური ანგარიშგება, სახელმწიფო პროგრამების შესრულების მონიტორინგი, ინფექციური კონტროლის მონიტორინგი და სხვა. სამედიცინო პერსონალის მნიშვნელოვანი ნაწილი მეტნაკლებად ფლობს ინფორმაციას აღნიშნულთან დაკავშირებით, თუმცა პრობლემურ საკითხად ისახება სტაციონარში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის გულგრილი დამოკიდებულება მარეგულირებელი ორგანოს მიერ გარე მონიტორინგის განხორციელების საკითხების მიმართ.

3.3.3. სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა არაერთგვაროვანია: გამოკითხული სამედიცინო პერსონალის 29,0% აღნიშნავს, რომ საერთოდ არ არის ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში, რადგან თვლის, რომ ეს მას არ ეხება (ექიმთა 15,7%, უმცროს ექიმთა 34,0%, ექთანთა 41,6%). სამედიცინო პერსონალის 42,3% - ჩართულობის მზაობას გამოთქვამს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ადმინისტრაცია დაავალებს (ექიმი - 44,2%, უმცროსი ექიმი - 44,7%, ექთანი - 39,4%). სამედიცინო პერსონალის 9,6% აღნიშნავს ხშირ ჩართულობას, თუმცა თვლის, რომ ეს მას არ ეხება (ექიმი - 12,1%, უმცროსი ექიმი - 7,1%,

ექთანი - 7,9%) და მხოლოდ 19,1% ადასტურებს აქტიურ ჩართულობას (ექიმი-28,0%, უმცროსი ექიმი-14,2, ექთანი-11,1%). ამას მოწმობს დისპერსიული ანალიზის (ANOVA) შედეგიც, რომელშიც მკაფიოდ გამოიკვეთა ჩართულობის ცვლადში მიღებულ საშუალო მაჩვენებლებს შორის სხვაობა. კერძოდ, ექიმებსა და ექთნებს შორის ჩართულობის საშუალო მაჩვენებელი განსხვავდება 0,64 ქულით. (ცხრილი 61, ცხრილი 62, ცხრილი 63, ცხრილი 64, დიაგრამა 6)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის მაჩვენებელი ასაკის მიხედვით განსხვავებულია. ცვლადებს შორის ფიქსირდება კორელაცია (Kendall's tau-b=0,175), რაც იმის მაჩვენებელია, რომ ასაკის ზრდის პროპორციულად გარკვეულწილად იზრდება ჩართულობის მაჩვენებელი და პირიქით, რაც უფრო დაბალია ასაკი, ნაკლებია ჩართულობის მაჩვენებელიც. ახალგაზრდა ასაკის სამედიცინო პერსონალი უფრო ნაკლებად არის ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში, ვიდრე საშუალო და მაღალი ასაკის სამედიცინო პერსონალი. ამასთან, ჩართულობასთან დაკავშირებით გულგრილი დამოკიდებულების მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდება ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. (ცხრილი 153, ცხრილი 154)

სტანდარტების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ძირითადად საშუალოდ (34,4%) ან დადებითად (56,0%) ფასდება. დადებითი შეფასებით უფრო ექიმები გამოირჩევიან (63,6%), ვიდრე უმცროსი ექიმები (51,1%) და ექთნები (49,1%). (ცხრილი 67, ცხრილი 68, ცხრილი 69)

გამოკითხული სამედიცინო პერსონალის 37,9% თვლის, რომ არსებული ჯანდაცვის სისტემა არ აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს, (ცხრილი 23) მათ შორის სამუშაო პოზიციის მიხედვით უარყოფითი შეფასების გადანაწილება შემდეგია: ექიმი - 45,5%, უმცროსი ექიმი - 44,0%, ექთანი - 27,7%. გამოკითხული სამედიცინო პერსონალის საერთო რაოდენობის 26,6%-ს უჭირს ჯანდაცვის სისტემის შეფასება („არ ვიცი, მიჭირს პასუხის გაცემა“). სამუშაო პოზიციის მიხედვით კი უმცროს ექიმებსა (25,5%) და საექთნო პერსონალს (32,8%) უფრო მეტად უჭირს აზრის დაფიქსირება, ვიდრე ექიმებს (21,2%). (ცხრილი 70, ცხრილი 71) სამუშაო ადგილის მიხედვით მაჩვენებლები თითქმის თანაბრად ნაწილდება. აღსანიშნავია, რომ სამივე ჯგუფში მაღალია მკაფიოდ განსაზღვრული დამოკიდებულების არმქონე სამედიცინო პერსონალის რიცხვი (მხოლოდ ამბულატორია - 32,5%, მხოლოდ სტაციონარი - 22,3%, ორივე: ამბულატორია და სტაციონარი - 28,2%). (ცხრილი 98, ცხრილი 99)

სამუშაო პოზიციის მიხედვით, ექთნებისა (45,3%) და უმცროსი ექიმების (40,4%) დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენასთან დაკავშირებით უფრო დადებითია, ვიდრე ექიმების (35,4%). აღსანიშნავია

საკითხის მიმართ მკაფიოდ განსაზღვრული დამოკიდებულების არმქონე სამედიცინო პერსონალის რიცხვიც - სამედიცინო პერსონალის 39,5%-ს უჭირს პასუხის გაცემა (იერარქიული გადანაწილებით: ექიმი - 39,4%, უმცროსი ექიმი - 37,6%, ექთანი - 40,2%). (ცხრილი 72, ცხრილი 73)

სამედიცინო პერსონალის 67,6%, ვინც დადებითად აფასებს არსებულ ჯანდაცვის სისტემას, ასევე დადებითად აფასებს სტანდარტების ზეგავლენას სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. რაც შეეხება სამედიცინო პერსონალს, რომელიც უარყოფითად აფასებს არსებულ ჯანდაცვის სისტემას (34,2%) ასევე თვლის, რომ სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია არ უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ ხარისხს, 44,6%-ს უჭირს პასუხის გაცემა და მხოლოდ 21,2% მიიჩნევს, რომ აკრედიტაციის სისტემა დადებით ზეგავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. მათ შორის, სამედიცინო პერსონალს, ვისაც უჭირს არსებული ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მოთხოვნებთან შესაბამისობის შეფასება, მათ 55,5%-ს ასევე უჭირს აკრედიტაციის სისტემის ზეგავლენის შეფასებაც, ხოლო 30,2% აფასებს აკრედიტაციის სისტემის დადებით ზეგავლენას. ცვლადებს შორის იკვეთება საკმაოდ მაღალი კორელაციური ურთიერთკავშირი (Cramer's V =0,326). (ცხრილი 110, ცხრილი 111)

საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირებასთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის აზრი მეტწილად ურთიერთთანხვედრაშია, როგორც სამუშაო პოზიციის, ისე სამუშაო ადგილის მიხედვით: უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ „საჭიროა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირება“. იერარქიული დონეების მიხედვით, ექიმები (90,1%) და უმცროსი ექიმები (87,9%) უფრო მეტად ხედავენ საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირების საჭიროებას, ვიდრე საექთნო პერსონალი (75,3%). (ცხრილი 84, ცხრილი 85, ცხრილი 100, ცხრილი 101)

სამუშაო პოზიციის იერარქიული დონის ზრდასთან ერთად იზრდება სამედიცინო პერსონალის სურვილი, მონაწილეობა მიიღოს ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში. იერარქიული დონეების მიხედვით მაჩვენებელთა გადანაწილება შემდეგია: ექთანი - 29,2%, უმცროსი ექიმი - 48,2%, ექიმი - 50,2%. აქედან გამომდინარე, დასაშვებია მსჯელობა, რომ რაც უფრო დაბალია იერარქიული დონე, მით უფრო ნაკლებია სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობის სურვილი. (ცხრილი 86, ცხრილი 87)

ცვლადთა ჯვარედინი შედარებით, რაც უფრო დადებითად ფასდება სტანდარტების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, მით უფრო დადებითია საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების მაჩვენებელი და პირიქით, რაც უფრო უარყოფითად ფასდება სტანდარტების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე,

დადებითია საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების მაჩვენებელი. ცვლადებს შორის ფიქსირდება კორელაციის მაღალი კოეფიციენტი (Kendall's tau-b=0,527). (ცხრილი 112, ცხრილი 113) მოცემულ მსჯელობას ამყარებს დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალის ის ნაწილი, რომელიც უარყოფითად აფასებს საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, დადგენილი სტანდარტების დადებითად შეფასებაში ხასიათდება 2,75 საშუალო ქულით, მაშინ როდესაც, ჯგუფი რომელიც დადებითად აფასებს მომსახურების ხარისხს, ხასიათდება 4,17 საშუალო ქულით. შესაბამისად, ხსენებული ჯგუფების საშუალოებს შორის სხვაობა არის 1,41 ქულა. (ცხრილი 114, დიაგრამა 7)

ცვლადთა ჯვარედინი შედარებით, სამედიცინო პერსონალის 61,4%, ვინც თვლის, რომ არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს, ასევე დადებითად აფასებს საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხს. ხოლო მათ შორის, ვინც ფიქრობს, რომ არსებული სისტემა არ აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს, 36,7% საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხს აფასებს უარყოფითად; ხოლო რაც შეეხება სამედიცინო პერსონალს, ვისაც უჭირს შეფასება, თუ რამდენად შეესაბამება არსებული ჯანდაცვის სისტემა თანამედროვე მოთხოვნებს, მათი 49,6% საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხს აფასებს საშუალოდ, ხოლო 37,1% კი - დადებითად. (ცხრილი 115, ცხრილი 116) ამას მოწმობს დისპერსიული ანალიზი (ANOVA): სამედიცინო პერსონალი, რომელიც მიიჩნევს რომ არსებული ჯანდაცვის სისტემა შეესაბამება თანამედროვე მოთხოვნებს, საშუალოდ 1,00 ქულით უფრო დადებითად აფასებს საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, ვიდრე ის ჯგუფი, რომელიც მიიჩნევს, რომ ჯანდაცვის სისტემა არ შეესაბამება თანამედროვე მოთხოვნებს. აღნიშნული იმაზე მეტყველებს, რომ სამედიცინო პერსონალი, რომელიც მიიჩნევს, რომ არსებული ჯანდაცვის სისტემა აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს, უფრო დადებითად აფასებს საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და პირიქით, ვინც უარყოფითად აფასებს მომსახურების ხარისხს, უფრო ნაკლებად მიიჩნევს, რომ არსებული ჯანდაცვის სისტემა თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისია. (ცხრილი 117, დიაგრამა 8)

სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემებთან დაკავშირებით გათვითცნობიერებული სამედიცინო პერსონალის მხოლოდ 48,9% ფიქრობს, რომ სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ ხარისხს, 21,7%-ის აზრით, აკრედიტაციას არ აქვს ზეგავლენა, ხოლო 29,4%-მა არ იცის და თვლის რომ ეს მას არ ეხება. იმ სამედიცინო პერსონალის 38,1%, ვინც არ ფლობს ინფორმაციას აკრედიტაციის სისტემებთან დაკავშირებით, დადებითად აფასებს აკრედიტაციის სისტემის

ზეგავლენას სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. აკრედიტაციის სისტემებთან დაკავშირებით გულგრილი დამოკიდებულების მქონე სამედიცინო პერსონალის 40,0% უარყოფითად აფასებს აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენას სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, 25,7% აფასებს დადებითად, ხოლო 34,3% არ ინტერესდება აღნიშნული საკითხით. რაც უფრო მაღალია ინფორმირებულობის მაჩვენებელი აკრედიტაციის სისტემებთან დაკავშირებით, მით უფრო მაღალია სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე აკრედიტაციის სისტემების ზეგავლენის დადებითი შეფასება და პირიქით. (ცხრილი 151, ცხრილი 152)

მონაცემთა საერთო შეფასებით, დაბალია სამედიცინო პერსონალის ინტერესი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართულობასთან დაკავშირებით. სამწუხაროდ, სამედიცინო პერსონალის ძირითად ნაწილს თავის მოვალეობად არ მიაჩნია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში მონაწილეობა და ჩართულობა. გულგრილი დამოკიდებულება განსაკუთრებით ვლინდება უმცროს ექიმებსა და ექთნებში, ხოლო ასაკობრივი გადანაწილებით კი, ახალგაზრდა და საშუალო ასაკობრივ ჯგუფებში. სისტემის განვითარების სამომავლო პერსპექტივაში, მსგავსი დამოკიდებულება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი შემაფერხებელი ფაქტორია სისტემის განვითარებისთვის.

სამედიცინო სტანდარტების ზეგავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე უფრო დადებითად ფასდება ექიმების მიერ, ვიდრე უმცროსი ექიმებისა და ექთნების მიერ. რაც შეეხება აკრედიტაციის სისტემის ზეგავლენას სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, უმცროსი ექიმები და ექთნები უფრო დადებითად აფასებენ მას ვიდრე ექიმები.

აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა საჭიროდ მიიჩნევს საშუალო სამედიცინო პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიცირებას.

სამუშაო პოზიციის მიხედვით, გამოკითხულ ექიმთა და უმცროს ექიმთა თითქმის ნახევარი უარყოფითად აფასებს საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხს. მიუხედავად ამისა, მოცემულ ჯგუფში, თითქმის ნახევარს აქვს სურვილი მონაწილეობა მიიღოს ხარისხის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში. რაც შეეხება საექთნო პერსონალის დამოკიდებულებას საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით, ამ ჯგუფის მხოლოდ 27,7 % აფასებს მას უარყოფითად და შესაბამისად მხოლოდ 29,2% აქვს ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობის სურვილი.

3.3.4. ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა და ურთიერთკავშირი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სხვა ფაქტორებთან

კვლევის შედეგების ანალიზის საფუძველზე, გამოიკვეთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში, სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის დაბალი მაჩვენებელი. იქიდან გამომდინარე, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ერთ-ერთი მთავარი განმაპირობებელი ფაქტორია, ხსენებული „ჩართულობის ცვლადსა“ და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სხვა მნიშვნელოვან ასპექტებს შორის ურთიერთკავშირის დასადგენად, გამოყენებულ იქნა შედარების ჯვარედინი, კორელაციური და დისპერსიული მახასიათებლების ანალიზი.

სამედიცინო პერსონალის მნიშვნელოვანი ნაწილი იცნობს ან აქვს ზოგადი წარმოდგენა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან დაკავშირებით, სრული რაოდენობის მხოლოდ 10,8% არ აქვს ინფორმაცია აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის მაჩვენებლის ზრდის პროპორციულად, იზრდება ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის მიმართ ცოდნის დონეც. ასევე, თვალსაჩინოა ჩართულობის მიმართ გულგრილი დამოკიდებულების მქონე სამედიცინო პერსონალის ინფორმირებულობის მაღალი მაჩვენებელი საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზასთან მიმართებით. (ცხრილი 132, ცხრილი 133)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში აქტიურად, ხშირად ან ადმინისტრაციის დავალებით ჩართული სამედიცინო პერსონალი უფრო მეტად არის გათვითცნობიერებული სამედიცინო დაწესებულების ლიცენზია-ნებართვების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებთან დაკავშირებით, ვიდრე სამედიცინო პერსონალი, რომელიც საერთოდ არ არის ჩართული და თვლის რომ ეს მას არ ეხება. (ცხრილი 137, ცხრილი 138)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის პროცესში აქტიურად ან ხშირად ჩართული სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა ფლობს ინფორმაციას სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემების შესახებ, ხოლო რაც შეეხება ჩართულობის მიმართ გულგრილი დამოკიდებულების მქონე სამედიცინო პერსონალს, 56,3% ასევე ფლობს ინფორმაციას ან აქვს ზოგადი წარმოდგენა აკრედიტაციის სისტემებთან დაკავშირებით, 38,0% არ ფლობს ინფორმაციას და მხოლოდ 5,6% თვლის, რომ აღნიშნული საკითხი მას არ ეხება და ეს „ადმინისტრაციის პრობლემაა“. ცვლადებს შორის ფიქსირდება მაღალი კორელაცია (Cramer's

$V=0,264$). (ცხრილი 134, ცხრილი 135) დისპერსიული ანალიზის თანახმად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში აქტიურად ჩართული სამედიცინო პერსონალის საშუალო მაჩვენებელი 0,95 ქულით აღემატება იმ სამედიცინო პერსონალის საშუალო მაჩვენებელს, რომელიც საერთოდ არ არის ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში და თვლის, რომ ეს მას არ ეხება. (ცხრილი 136, დიაგრამა 2)

სამედიცინო პერსონალის 52,5%, ვინც საერთოდ არ არის ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში და თვლის რომ „ეს მას არ ეხება“, ანალოგიურად არ ფლობს ინფორმაციას და არ არის დაინტერესებული სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ გარე მონიტორინგის ჩატარებასთან დაკავშირებით. გულგრილი დამოკიდებულების მსგავსი მაჩვენებელი ფიქსირდება იმ სამედიცინო პერსონალის 31,7%-ში, ვინც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში მონაწილეობს მხოლოდ ადმინისტრაციის დავალებით. ცვლადთა ჯვარედინი შედარებით, ნათელია, რომ ჩართულობის მაჩვენებლის ზრდის პროპორციულად, იზრდება გარე მონიტორინგის ჩატარების შესახებ ინფორმირებულობის მაჩვენებელი. ხოლო რაც უფრო დაბალია ჩართულობის მაჩვენებელი, პროპორციულად იზრდება საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულება. ცვლადებს შორის ფიქსირდება კორელაციის მაჩვენებელი (Cramer's $V=0,275$). (ცხრილი 118, ცხრილი 119) მოცემული შედეგებიდან გამომდინარე, დასაშვებია მსჯელობა, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართულობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ჯანდაცვის რეგულაციის საკითხებთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის ხარისხზე.

სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობასთან დაკავშირებით, უფრო მეტად გათვითცნობიერებულია ის სამედიცინო პერსონალი, ვინც აქტიურად ან ხშირად არის ჩართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში. ადმინისტრაციის დავალებით ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართული სამედიცინო პერსონალის 57,3% ფლობს ინფორმაციას ხარისხის მართვის სისტემის არსებობის შესახებ, 35,3% კი არ არის ინფორმირებული და თვლის, რომ „ეს მას არ ეხება“. აღსანიშნავია საკითხის მიმართ გულგრილი დამოკიდებულების მქონე სამედიცინო პერსონალის ინფორმირებულობის დონე სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემის არსებობასთან დაკავშირებით: იმ სამედიცინო პერსონალის 47,6%, ვინც საერთოდ არ არის ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში და თვლის, რომ „ეს მას არ ეხება“, ასევე არ ფლობს ინფორმაციას და გულგრილი დამოკიდებულებით გამოირჩევა დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემის არსებობასთან დაკავშირებით. ცვლადებს შორის ფიქსირდება

კორელაცია (0,230). სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში აქტიურად და ადმინისტრაციის დავალებით ჩართული სამედიცინო პერსონალი უფრო მეტად ფლობს ინფორმაციას სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემის არსებობასთან დაკავშირებით, ვიდრე საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულის მქონე პერსონალი. (ცხრილი 120, ცხრილი 121)

ზოგადი ტენდენციის მიხედვით, სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა ფლობს ინფორმაციას სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტთან დაკავშირებით. მიუხედავად ამისა, ცვლადთა ჯვარედინი ანალიზის შედეგად, იკვეთება საკმაოდ მნიშვნელოვანი სხვაობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართულობის მიხედვით. კერძოდ, რაც უფრო მაღალია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის მაჩვენებელი, შესაბამისად მაღალია შიდა აუდიტთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის დონეც. ცვლადებს შორის ფიქსირდება კორელაცია (0,256). (ცხრილი 122, ცხრილი 123)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში აქტიურად, ხშირად და ადმინისტრაციის დავალებით ჩართული სამედიცინო პერსონალი უფრო მეტად ფლობს ინფორმაციას ხარისხის შიდა აუდიტის ჩატარების სიხშირესთან დაკავშირებით, ვიდრე სამედიცინო პერსონალი, რომელიც თვლის რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართულობა მას არ ეხება და აღნიშნული მხოლოდ „ადმინისტრაციის პრობლემაა“. (ცხრილი 139, ცხრილი 140)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის მაჩვენებლის ზრდასთან ერთად, იზრდება ხარისხის გუნდის (აუდიტორები) წევრების ვინაობასთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის მაჩვენებელი და პირიქით, რაც უფრო ნაკლებად ან საერთოდ არ არის ჩართული სამედიცინო პერსონალი ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში, მეტია საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულების მაჩვენებელი. (ცხრილი 124, ცხრილი 125) მსგავსი ტენდენცია ფიქსირდება პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობასთან დაკავშირებითაც: რაც უფრო მაღალია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის მაჩვენებელი, მით უფრო მაღალია პაციენტთა საჩივრების განხილვის კომისიის არსებობასთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის დონეც. ამასთან, თვალსაჩინოა ორივე საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულების მაღალი მაჩვენებელი. (ცხრილი 126, ცხრილი 127)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში ჩართული სამედიცინო პერსონალი 2-ჯერ უფრო დადებითად აფასებს (74,4%) სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენას, ვიდრე სამედიცინო პერსონალი, რომელიც საერთოდ არ არის ჩართული და თვლის, რომ ეს მას არ ეხება (36,0%). ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში ხშირად ან მხოლოდ ადმინისტრაციის დავალებით ჩართული სამედიცინო პერსონალი მეტნაკლებად საშუალო შეფასებას აძლევს სტანდარტების ზეგავლენას სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, ხოლო იმ სამედიცინო პერსონალის 64,0%, რომელიც საერთოდ არ არის ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში, სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენას აფასებს საშუალოდ (46,0%) ან უარყოფითად (18,0%). (ცხრილი 141, ცხრილი 142) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართულობა მოქმედებს სტანდარტების შეფასების როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი შეფასების დონეზე. რაც უფრო დადებითად აფასებს სამედიცინო პერსონალი სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენას, მით უფრო დიდია იმის ალბათობა, რომ ისინი აქტიურად არიან ჩართულნი ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში. დისპერსიული ანალიზის (ANOVA) მიხედვით, აქტიურად ჩართული მედპერსონალი 0,77 საშუალო ქულით უფრო დადებითად აფასებს სტანდარტების ზეგავლენას, ვიდრე სამედიცინო პერსონალი, რომელიც საერთოდ არ არის ჩართული, რადგან თვლის, რომ ეს მას არ ეხება. ხოლო პერსონალს შორის, რომელიც ხშირად არის ჩართული, თუმცა თვლის, რომ ეს მას არ ეხება, ან ჩართულია მხოლოდ ადმინისტრაციის დავალებით, ამ ჯგუფებს შორის საშუალო მაჩვენებლები თითქმის თანაბარია და მხოლოდ 0,2 ქულით ნაკლები ჩართულობის საშუალო მაჩვენებელი აქვთ, ვიდრე აქტიურად ჩართულ ჯგუფს. (ცხრილი 143, დიაგრამა 3)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის მაღალი მაჩვენებლის პროპორციულად, მაღალია სამედიცინო პერსონალის მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დადებითი შეფასების მაჩვენებელი, და პირიქით, უფრო მეტად უარყოფითი შეფასებით გამოირჩევა ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართულობის მიმართ გულგრილი დამოკიდებულების მქონე სამედიცინო პერსონალი. (ცხრილი 144, ცხრილი 145) ამას მოწმობს დისპერსიული ანალიზიც (ANOVA), სადაც ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში აქტიურად ჩართულ და საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულების მქონე სამედიცინო პერსონალს შორის საშუალო ქულათა სხვაობა არის 0,79. (ცხრილი 146, დიაგრამა 4)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართულობის მიუხედავად, სამედიცინო პერსონალის მიერ ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე

მოთხოვნებთან შესაბამისობის დადებითი და უარყოფითი შეფასების მაჩვენებლები მეტნაკლებად თანაბარია, თუმცა თვალსაჩინო და აღსანიშნავია სამედიცინო პერსონალის კატეგორია, რომელსაც არ აქვს მკაფიოდ განსაზღვრული დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით და უჭირს თანამედროვე მოთხოვნებთან სისტემის შესაბამისობის შეფასება. (ცხრილი 128, ცხრილი 129)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართულობის მაჩვენებლების ზრდის პროპორციულად იზრდება სამედიცინო პერსონალის სურვილი, მონაწილეობა მიიღოს ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში. ამასთან, ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობის სურვილს გამოთქვამს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესის მიმართ გულგრილად დამოკიდებული სამედიცინო პერსონალიც, მათ შორის სამედიცინო პერსონალის 33,4%, რომელიც ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ერთვება მხოლოდ ადმინისტრაციის დავალებით და პერსონალის 26,6%, რომელიც საერთოდ არ არის ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში, რადგან თვლის რომ ეს მას არ ეხება. საგულისხმოა საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულების მაჩვენებლები ყველა ჯგუფში. ცვლადებს შორის ფიქსირდება კორელაცია (0,265). (ცხრილი 130, ცხრილი 198) დისპერსიული ანალიზის (ANOVA) მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში აქტიურად და ხშირად ჩართულ სამედიცინო პერსონალს, ჯანდაცვის პოლიტიკაში მონაწილეობის სურვილის ცვლადში დაახლოებით 0,5 ქულით უფრო მაღალი საშუალო მაჩვენებელი აქვს ვიდრე საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულების მქონე სამედიცინო პერსონალს. აქედან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართულობის ზრდის პროპორციულად, იზრდება ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობის სურვილის ალბათობა და პირიქით, რაც უფრო დაინტერესებულია ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობით, უფრო მეტადაა ჩართული ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებშიც. (ცხრილი 147, დიაგრამა 5)

კვლევის შედეგებით დგინდება, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სფეროს რეგულაციებსა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სისტემასთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობის დონეზე. ნიშანდობლივია, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სხვადასხვა საკითხებთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის ინფორმირებულობის მაჩვენებელი ჩართულობის მიხედვით დამაკმაყოფილებელია.

ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართული სამედიცინო პერსონალი, მეტწილად გათვითცნობიერებულია ჯანდაცვის სფეროს რეგულაციის საკითხებში და მეტნაკლებად იცნობს საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზას. რაც შეეხება სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემებსა და სამედიცინო დაწესებულების ლიცენზია-ნებართვების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებს, უფრო მეტად გათვითცნობიერებულია ის სამედიცინო პერსონალი, ვინც ჩართულია ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში. აღსანიშნავია, რომ ჩართულობის მიხედვით, სამედიცინო სფეროს მარეგულირებელ და აკრედიტაციის სისტემებთან მიმართებით, სამედიცინო პერსონალი ყველაზე ნაკლებად ავლენს გულგრილ დამოკიდებულებას.

ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართულობა ზეგავლენას ახდენს ისეთი საკითხების ცოდნაზე, როგორებიცაა:

- სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობა;
- სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ გარე მონიტორინგის განხორციელება;
- სამედიცინო დაწესებულებაში შიდა აუდიტის ჩატარების სიხშირე და აუდიტის განმახორციელებელ პირთა ვინაობა.

მარეგულირებელი ორგანოს მიერ, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგის ჩატარებასთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის დონე დამოკიდებულია ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართულობის მაჩვენებელზე. რაც შეეხება სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის შიდა აუდიტის მიმდინარეობას, ამ შემთხვევაში ჩართულობის მაჩვენებელი ზეგავლენას არ ახდენს ინფორმირებულობის დონეზე.

სამედიცინო პერსონალის ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართულობის მიუხედავად, საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენა ფასდება საშუალოდ ან დადებითად. ამასთან, სამედიცინო პერსონალის მნიშვნელოვანი ნაწილი გამოთქვამს სურვილს, მონაწილეობა მიიღოს ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში, განსაკუთრებით კი ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართული პირები.

წარმოდგენილი კვლევის შედეგების ანალიზით იკვეთება, რომ გამოკითხული სამედიცინო პერსონალი აღიარებს და კრიტიკულად განიხილავს ჯანდაცვის სისტემაში ხარისხის

უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით არსებულ ნაკლოვანებებს, თუმცა არ გამოხატავს სისტემის გაუმჯობესების მიზნით პრაქტიკული თანამონაწილეობის სურვილს.

3.3.5. რეგრესული ანალიზის შედეგები

რეგრესული მოდელის საშუალებით გამოიკვეთა ყველა ის ფაქტორი (პრედიქტორი), რომელიც გავლენას ახდენდა დამოკიდებულ ცვლადზე. პირველადი რეგრესული ანალიზის შედეგად, გამოირიცხა ყველა ის შესაძლო ფაქტორი, რომელიც დამოკიდებულ ცვლადზე არ ახდენდა არანაირ სტატისტიკურ ზეგავლენას. შესაბამისად, მონაცემთა გადაფასების შედეგად, გამოიკვეთა ზეგავლენის მქონე ცვლადები.

რეგრესული ანალიზის შედეგად აღმოჩნდა, რომ დამოუკიდებელი ცვლადის - ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის მიმართ ცოდნის მაჩვენებელს 36,1%-ით განაპირობებს ორი დამოუკიდებელი ფაქტორი (პრედიქტორი):

- გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ლიცენზია-ნებართვების გაცემის მოთხოვნებთან და პროცედურებთან დაკავშირებით ($F=15,553$);
- აჭარის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით ($F=61,177$). (ცხრილი 155, ცხრილი 156)

რეგრესული მოდელის მიხედვით, აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებებთან დაკავშირებით, სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერების დონე და ცოდნის ხარისხი 49,8%-ით განპირობებულია ხსენებულ მოდელში გამოყენებული მრავალი ფაქტორით. სადაც გამოიკვეთა 2 მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც ყველაზე მეტ გავლენას ახდენს და ყველაზე მეტად განაპირობებს დამოკიდებელი ცვლადის ცვლილებას:

- სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა, სამედიცინო დაწესებულების შიდა ბრძანებებთან/ინსტრუქციებთან დაკავშირებით ($F=107,013$);
- სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა, ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის მიმართ ($F=36,761$). (ცხრილი 157, ცხრილი 158)

რეგრესული მოდელში გამოყენებულ ფაქტორთაგან სამედიცინო დაწესებულების ლიცენზია-ნებართვების გაცემის მოთხოვნებისა და პროცედურების შესახებ ცოდნის დონე, ($F=688,029$) ყველაზე დიდი ალბათობით ხსნის სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემების მიმართ სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერების ცვლადის ვარიაციას. (ცხრილი 159, ცხრილი 160)

რეგრესული მოდელში გაერთიანებულ 5 დამოუკიდებელ ფაქტორს შორის, აღსანიშნავია ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის მაჩვენებელი ($F=91,659$), რომელიც ყველაზე დიდ ზეგავლენას ახდენს სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ლიცენზია-ნებართვების გაცემის მოთხოვნებსა და პროცედურებთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის დონეზე. (ცხრილი 161, ცხრილი 163)

რეგრესული მოდელის მიხედვით, სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ გარე მონიტორინგის განხორციელების შესახებ ინფორმირებულობის მაჩვენებელი 53,0%-ით განპირობებულია 4 ფაქტორით, რომელთაგან აღსანიშნავია დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ გარე მონიტორინგის განხორციელების სიხშირესთან დაკავშირებით გათვითცნობიერებულობა ($F=75,480$). (ცხრილი 162, ცხრილი 164)

რეგრესული მოდელის მიხედვით, ფაქტორთა ერთობლიობა 48,2%-ით განაპირობებს სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობის დონეს, სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სისტემისა და სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის თაობაზე; სადაც, წამყვან ფაქტორად იკვეთება სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის გუნდის მიერ შიდა მონიტორინგის (აუდიტის) ჩატარებასთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის ინფორმირებულობის მაჩვენებელი ($F=47,488$). (ცხრილი 165, ცხრილი 167)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის აუდიტის ჩატარებასთან დაკავშირებით, სამედიცინო პერსონალის ცოდნის დონე 59,1%-ით განპირობებულია რეგრესულ მოდელში გამოყენებულ ფაქტორთა ერთობლიობით, რომელთაგან აღსანიშნავია სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემისა და ხარისხის სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის არსებობის თაობაზე ($F=89,957$). (ცხრილი 166, ცხრილი 168)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტის ჩატარების სიხშირესთან დაკავშირებით, სამედიცინო პერსონალის ინფორმირებულობა 58,7%-ით განპირობებულია მასზე მოქმედი 4 დამოუკიდებელი ფაქტორით, რომელთაგან 3 დაახლოებით თანაბარი კონტრიბუციით ზემოქმედებს დამოკიდებულ ცვლადზე:

- სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ხარისხის გუნდის წევრების ვინაობასთან დაკავშირებით ($F=48,356$);

- სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში მარეგულირებელი ორგანოს მიერ განხორციელებულ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე მონიტორინგთან დაკავშირებით (F=39,812);
- სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის გუნდის წევრების მიერ შიდა აუდიტის ჩატარებასთან დაკავშირებით (F=36,034). (ცხრილი 169, ცხრილი 171)

ხარისხის გუნდის წევრების ვინაობასთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალის ინფორმირებულობის მაჩვენებელი, 50,9% განპირობებულია რეგრესულ მოდელში გამოყენებულ დამოუკიდებელ ფაქტორთა ერთობლიობით, რომელთაგან აღსანიშნავია ძირითადი მაპროვოცირებელი ფაქტორი, როგორცაა სამედიცინო პერსონალის ინფორმირებულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა აუდიტის სიხშირესთან დაკავშირებით (F=183,369). (ცხრილი 170, ცხრილი 172)

რეგრესული მოდელის მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა 41,5%-ით განპირობებულია ფაქტორთა ერთობლიობით, რომელთა შორისაც აღსანიშნავია 4 წამყვანი ფაქტორი:

- სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე დადგენილი სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით (F=57,629);
- სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-გათვითცნობიერებულობა ხარისხის გუნდის წევრების ვინაობასთან დაკავშირებით (F=43,549);
- სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის სფერო (F=37,852)
- სამედიცინო პერსონალის სურვილი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში მონაწილეობასთან დაკავშირებით (F=36,436). (ცხრილი 173, ცხრილი 174)

რეგრესული მოდელის მიხედვით ვლინდება, რომ 3 მაპროვოცირებელ ფაქტორს შორის, სამედიცინო პერსონალის მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების მაჩვენებელი ყველაზე დიდი კონტრიბუციით გამოირჩევა და განაპირობებს სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულებას სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სტანდარტების ზეგავლენასთან დაკავშირებით (F=225,621). (ცხრილი 175, ცხრილი 176)

რეგრესული მოდელის მიხედვით, სამედიცინო პერსონალის მიერ არსებული ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მოთხოვნებთან შესაბამისობის შეფასებაზე მოქმედ ფაქტორებს შორის გამოიკვეთა ორი წამყვანი და მეტწილად განმაპირობებელი ფაქტორი (პრედიქტორი):

- სამედიცინო პერსონალის მიერ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება (F=163,904);
- სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სისტემის ზემოქმედებასთან დაკავშირებით (F=80,802). (ცხრილი 177, ცხრილი 178)

3.3.6. განსხვავებულ ჯგუფებს შორის არსებული საშუალო მაჩვენებლების შედარება (T-ტესტი)

T-ტესტის გამოყენების მიზანს წარმოადგენდა, მთავარ ცვლადებთან მიმართებით, სამუშაო პოზიციის ცვლადში შემავალ ორ განსხვავებულ ჯგუფს შორის (სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალი) საშუალო მაჩვენებლის შედარება და მიღებული შედეგის საფუძველზე დასკვნის გაკეთება, თუ რამდენად განსხვავდება აღნიშნული ჯგუფები ერთმანეთისგან.

ჯგუფებს შორის შედარებისთვის გამოყენებულ იქნა წინასწარ განსაზღვრული საკონტროლო ჯგუფის - აჭარაში სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული, ადმინისტრაციული საქმიანობის განმახორციელებელი არასამედიცინო პერსონალი, რომელიც გარკვეული მახასიათებლებით შეიძლება განსხვავდებოდეს კვლევაში წარმოდგენილი ძირითადი ჯგუფებისგან (სამედიცინო პერსონალი).

ექიმებსა და არასამედიცინო პერსონალს შორის გაკეთებული T-ტესტის ანალიზის შედეგად აღმოჩნდა, რომ მოცემულ ჯგუფებს შორის, მნიშვნელოვანი და თვალსაჩინო სხვაობა არც ერთი ცვლადის მიხედვით არ ფიქსირდება. აღმოჩნდა, რომ სამუშაო პოზიციის ჯგუფში შემავალი ექიმებისა და არასამედიცინო პერსონალის შედეგები სხვადასხვა ცვლადებთან მიმართებით თითქმის არ განსხვავდება და დაახლოებით თანაბარი საშუალო მაჩვენებლებით ხასიათდება.

კვლევის ინტერესებში შედიოდა სხვადასხვა ცვლადის მიხედვით ხსენებულ ორ ჯგუფს შორის განსხვავებების დადგენა. შესაბამისად, ტ-ტესტის ანალიზის პროცესში გამოყენებულ იქნა ყველა ის ცვლადი, რომელშიც, შესაძლოა დაფიქსირებულიყო ექიმებსა და არასამედიცინო პერსონალს შორის, ერთმანეთისგან განსხვავებული საშუალო მაჩვენებლები. შედეგების მიხედვით, არც ერთი ცვლადში არ ფიქსირდება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი (სარწმუნო) სხვაობა. ანალოგიური შედეგი დაფიქსირდა არასამედიცინო პერსონალსა და სამსახურეობრივი პოზიციის მიხედვით განსაზღვრულ, სხვა 2 ჯგუფს (ექთნები, უმცროსი ექიმები) შორის.

მიუხედავად იმისა, რომ საკონტროლო ჯგუფში გაერთიანებული არასამედიცინო პერსონალის ფუნქცია-მოვალეობები და ვალდებულებები ფუნდამენტურად განსხვავებულია სამედიცინო პერსონალის ფუნქცია-ვალდებულებებისგან, როგორც აღმოჩნდა, ეს ყოველივე არ განაპირობებს განსხვავებულ დამოკიდებულებას პროფესიული საქმიანობის შესაბამისად დაკისრებული ფუნქციური ვალდებულებების მიმართ.

T-ტესტის მიხედვით ჯგუფებს შორის არ ფიქსირდება მნიშვნელოვანი სხვაობა. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ საკონტროლო ჯგუფსა და მთავარ საკვლევ ჯგუფებს შორის არსებული არათანაბარი და არაპროპორციული მონაცემთა გადანაწილება (პროპორცია), რაც არ იძლევა მიღებული შედეგების განზოგადების საშუალებას.

3.3.7. კვლევის საკითხების მიმართ გულგრილი დამოკიდებულების მქონე სამედიცინო პერსონალის ჯგუფებს შორის გადანაწილება და სიხშირეთა ანალიზის შედეგები

მონაცემთა ანალიზის შედეგად, კითხვარში მოცემული თითქმის ყველა საკითხის მიმართ გულგრილი დამოკიდებულება და დაბალი ინტერესი იკვეთება სამედიცინო პერსონალის დაახლოებით 30%-ში.

საკითხისადმი გულგრილი დამოკიდებულება ასაკისა და სქესის მიხედვით: სამედიცინო საქმიანობის რეგულაციისა და ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხების მიმართ დაბალი ინტერესი და გულგრილი დამოკიდებულება ფიქსირდება რესპონდენტთა ძირითად და საკონტროლო ჯგუფის ყველა ასაკობრივ კატეგორიაში, პროცენტულად ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი გამოიკვეთა პირველ (18-39) და მეორე (40-59) ასაკობრივ ჯგუფებში. განსაკუთრებით დაბალი ინტერესის სფეროს წარმოადგენს ისეთი საკითხები, როგორებიცაა: ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში, სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის სისტემის არსებობა, სამედიცინო დაწესებულების გარე და შიდა მონიტორინგის საკითხები. (ცხრილი 179, დიაგრამა 10) სქესის მიხედვით, თითქმის ყველა საკითხის მიმართ დაბალი ინტერესი დაფიქსირდა მდედრობითი სქესის რესპონდენტებში. ასაკობრივ ჯგუფში დაფიქსირებული შედეგების მსგავსად, სქესის მიხედვითაც განსაკუთრებით დაბალი ინტერესის სფეროს მიეკუთვნება: ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესებში, სამედიცინო დაწესებულების ხარისხის მართვის სისტემისა და მონიტორინგის საკითხები. (ცხრილი 180, დიაგრამა 11)

გულგრილი დამოკიდებულება სამუშაო პოზიციის, სამუშაო ადგილისა და საქმიანობის სფეროს მიხედვით: სამედიცინო დაწესებულების ხარისხის მართვის სისტემისა და

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესებში ჩართულობის საკითხების მიმართ, საექთნო პერსონალის დაბალი ინტერესი და გულგრილი დამოკიდებულება რაოდენობრივად აჭარბებს საექიმო და სხვა (უმცროსი ექიმები, არასამედიცინო პერსონალი) პერსონალის გულგრილ დამოკიდებულებას. (ცხრილი 181, დიაგრამა 12) მსგავსი, პროპორციულად თანაბარი და გულგრილი დამოკიდებულების მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდება სამუშაო ადგილის მიხედვითაც, განსაკუთრებით სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხებში ინფორმირებულობასა და ჩართულობასთან მიმართებით. (ცხრილი 182, დიაგრამა 13) რაც შეეხება საქმიანობის სფეროს, ადმინისტრაციულ და კლინიკურ-ადმინისტრაციულ საქმიანობის განმახორციელებელ რესპონდენტებთან შედარებით, მხოლოდ კლინიკური საქმიანობის განმახორციელებელი სამედიცინო პერსონალის განსაკუთრებით გულგრილი დამოკიდებულება ფიქსირდება ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხების მიმართ, როგორცაა: სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა-გაუმჯობესების პროცესში მონაწილეობა. (ცხრილი 183, დიაგრამა 14)

აღსანიშნავია რაოდენობრივი სხვაობა ადმინისტრაციული საქმიანობის განმახორციელებელ (27) და მხოლოდ კლინიკური (694) საქმიანობის განმახორციელებელ სამედიცინო პერსონალს შორის, რის გამოც შეუძლებელია მსჯელობა, რომ ზოგად სიხშირეთა გადანაწილებით, მხოლოდ ადმინისტრაციული სამედიცინო პერსონალის შედეგები აღემატება ან ჩამორჩება მხოლოდ კლინიკისტი სამედიცინო პერსონალის შედეგებს, გულგრილი დამოკიდებულების მიხედვით; თუმცა, ნიშანდობლივია მხოლოდ კლინიკისტთა მთლიანი ჯგუფის პროცენტული განაწილება სხვადასხვა ცვლადში, რაც საშუალოდ 30%-ზე მეტია. (ცხრილი 183, დიაგრამა 14)

3.3.8. კითხვარში წარმოდგენილი თვისებრივ მონაცემთა შედეგების ანალიზი (სამედიცინო პერსონალი / საკონტროლო ჯგუფი)

სოციოლოგიურ კითხვარში წარმოდგენილ 3 ღია კითხვაზე, რესპონდენტთა მიერ დაფიქსირებული თვისებრივ მონაცემთა დამუშავებისა და ანალიზის შემდეგ, სამივე კითხვის შედეგებს შორის გამოიკვეთა მჭიდრო ურთიერთკავშირი. კერძოდ, რესპონდენტთა მიერ განსაზღვრული სფეროს განვითარებისთვის საჭირო ქმედებები და გაცემული რეკომენდაციები მნიშვნელოვნად არის განპირობებული და გამომდინარეობს მათ მიერ იდენტიფიცირებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შემაფერხებელი მიზეზებიდან და გარემოებებიდან. მოცემული შედეგი კიდევ ერთხელ ხაზს უსვამს და წარმოაჩენს მწვავე რეალობას ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ ხარვეზებთან დაკავშირებით.

თვისებრივი მონაცემებით მიღებული შედეგები შინაარსობრივი დამუშავებისა და ანალიზის შემდეგ დაჯგუფდა 5 კატეგორიად:

განათლება და კვალიფიკაცია

რესპონდენტები უარყოფითად აფასებენ საბაზისო სამედიცინო განათლების ხარისხსა და უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის არარსებობას; მიუთითებენ სამედიცინო პერსონალის არასათანადო კვალიფიკაციაზე. (დიაგრამა 16), (ცხრილი 188)

რესპონდენტები ხაზგასმით მიუთითებენ სახელმწიფოს მხრიდან ქმედითი ნაბიჯების გადადგმის აუცილებლობაზე, საბაზისო სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესების, სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებისა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის დანერგვის უზრუნველსაყოფად. (დიაგრამა 17), (ცხრილი 188)

უწყვეტი პროფესიული განვითარების უზრუნველყოფის ვალდებულებასთან დაკავშირებით კითხვაზე, რესპონდენტთა უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ ეს სახელმწიფო სისტემის ვალდებულებაა, თუმცა რიგ შემთხვევებში მიუთითებენ პროფესიული ასოციაციებისა და დამსაქმებლების ინდივიდუალურ პასუხისმგებლობას ან ჩამოთვლილ ჯგუფთა სხვადასხვა ვარიაციებს. (დიაგრამა 15)

საკითხთან დაკავშირებით, რესპონდენტთა შენიშვნები, წინადადებები და მოსაზრებები:

- განათლების სისტემის გაუმჯობესება;
- საშუალო სამედიცინო პერსონალისთვის გადამზადების პროგრამების შექმნა;
- უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის დანერგვა;
- დიპლომისშემდგომი განათლების (რეზიდენტურის) პროგრამის გაუმჯობესება. (დიაგრამა 18), (ცხრილი 188)

სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება და მოტივაცია

რესპონდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილი თვლის, რომ სამედიცინო პერსონალის შრომა „არ არის დაფასებული“, ხაზს უსვამს სამედიცინო პერსონალის მიმართ დამსაქმებელთა „უპატივცემულო“ დამოკიდებულებასაც. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ დაბალი ანაზღაურების გამო, სამედიცინო პერსონალის „დიდ ნაწილს“ რამდენიმე ცვლაში ან დაწესებულებაში უწევს მუშაობა, რაც საბოლოო ჯამში, იწვევს გადაღლილობას, გამოფიტვასა და შრომისუნარიანობის დაქვეითებას. (დიაგრამა 16), (ცხრილი 188)

რესპონდენტების მიერ კრიტიკულად ფასდება სამედიცინო პერსონალის საქმისადმი გულგრილ დამოკიდებულება, პაციენტებისადმი უპასუხისმგებლო და

არაკეთილსინდისიერი მიდგომა („დისტრიბუციის წამლების დანიშვნა პაციენტებზე, მიუხედავად ერგება თუ არა მას ეს...“, „დანაშაულის დაფარვა“ და სხვა.) (დიაგრამა 16), (ცხრილი 188)

რესპონდენტთა შეფასებით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, მნიშვნელოვანია შრომის შესაბამისი ფინანსური მოტივაციის უზრუნველყოფა. ამასთან, სამედიცინო პერსონალის მხრიდან საჭიროდ მიიჩნევენ „მეტ მონდომებას“, „პაციენტზე ორიენტირებულობას“, „კეთილსინდისიერებას“ და „საქმისადმი პასუხისმგებლობის გრძნობით“ მოკიდებას. (დიაგრამა 17), (ცხრილი 188)

საკითხთან დაკავშირებით, რესპონდენტთა შენიშვნები, წინადადებები და მოსაზრებები:

- სათანადო, დატვირთვის შესაბამისი ანაზღაურების უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო პერსონალის მიმართ კეთილგანწყობა და დაფასება;
- პაციენტზე ორიენტირებული და კეთილსინდისიერი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა. (დიაგრამა 18), (ცხრილი 188)

ჯანდაცვის სისტემა

რესპონდენტთა მიერ დასახელებულ, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის შემაფერხებელ ფაქტორებს შორის გამოიკვეთა ქვეყანაში შექმნილი პოლიტიკური ვითარება, ჯანდაცვის სისტემის მართვის ხარვეზები, მათ შორის სახელმწიფოსა და სამედიცინო სექტორს შორის კომუნიკაციის პრობლემები, „არასწორი რეგულაციები სახელმწიფოს მხრიდან“ და არასრულფასოვანი მონიტორინგი („კონტროლი“). რესპონდენტები მსჯელობისას უარყოფითად აფასებენ სახელმწიფოს „უყურადღებობას“ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მიმართ. (დიაგრამა 16), (ცხრილი 188)

რესპონდენტები განიხილავენ ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობასა და ფინანსურ არასტაბილურობას, ამასთან, კრიტიკულად აფასებენ ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემასა და საყოველთაო ჯანდაცვის „ტარიფებს“. (დიაგრამა 16), (ცხრილი 188)

რესპონდენტთა გარკვეულ ჯგუფი, უარყოფითად აფასებს ჯანდაცვის სფეროში შექმნილ მდგომარეობას, სამედიცინო სექტორის მრავალრიცხოვნებასა და მიდგომას სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებით, მათივე შეფასებით - „მედიცინა იქცა ბიზნესად“. ასევე მიუთითებენ სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემებზეც. (დიაგრამა 16), (ცხრილი 188)

რესპონდენტთა შეფასებით, სფეროს განვითარებისთვის მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს მიერ მიზანმიმართული ქმედებების განხორციელება, როგორებიცაა: ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა, სწორი სახელმწიფო პოლიტიკის წარმართვა, საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის დახვეწა, გაიდლაინებისა და პროტოკოლების დანერგვა, სახელმწიფოს ჩართულობა და ეფექტური კომუნიკაციის წარმართვა სამედიცინო სექტორთან, პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა და ადეკვატური კონტროლის უზრუნველყოფა, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გაძლიერება, სახელმწიფო პროგრამების გაუმჯობესება, სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და დაფინანსების სისტემის დახვეწა. (დიაგრამა 17), (ცხრილი 188)

საკითხთან დაკავშირებით, რესპონდენტთა შენიშვნები, წინადადებები და მოსაზრებები:

- საკანონმდებლო ბაზის დახვეწა;
- სახელმწიფოს ჩართულობა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი;
- სამედიცინო დაწესებულებების ორიენტირება ხარისხიან სერვისზე;
- სადაზღვევო სისტემის დახვეწა;
- კონკურენტუნარიანობის გაზრდა;
- პჯდ განვითარება;
- ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის უზრუნველყოფა. (დიაგრამა 18), (ცხრილი 188)

შრომის გარემო-პირობები

რესპონდენტები უკმაყოფილებას გამოთქვამენ, სამედიცინო დაწესებულებებში შექმნილი შრომის გარემო-პირობებთან დაკავშირებით, მიუთითებენ სამედიცინო დაწესებულებების მართვის ხარვეზებზე, ადამიანური რესურსების ნაკლებობაზე, თანამშრომლების მიმართ ხელმძღვანელთა დამოკიდებულებაზე, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის ნაკლებობასა და გაუმართაობაზე. რესპონდენტები ხაზგასმით აკრიტიკებენ სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების ელემენტარულ სანებართვო პირობებთან შეუსაბამობის ფაქტს და აღნიშნავენ, რომ მოცემული მდგომარეობა ვერ განაპირობებს მაღალი ხარისხის სერვისს. (დიაგრამა 16), (ცხრილი 188)

რესპონდენტები მნიშვნელოვან საკითხად მიიჩნევენ და თვლიან, რომ საჭიროა სამედიცინო დაწესებულებებში შექმნილი შრომის პირობების გაუმჯობესება, პაციენტისთვის კომფორტული გარემოს შექმნა, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება და ინოვაციების დანერგვა. (დიაგრამა 17), (ცხრილი 188)

საკითხთან დაკავშირებით, რესპონდენტთა შენიშვნები, წინადადებები და მოსაზრებები:

- „სწორი მენეჯმენტი“;
- სამუშაო პირობების გაუმჯობესება;
- მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება;
- ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებითა და სახარჯი მასალებით უწყვეტი მომარაგება. (დიაგრამა 18), (ცხრილი 188)

განსხვავებული მოსაზრებები

რესპონდენტთა მიერ დაფიქსირებულ პასუხთა 6%-ში გამოვლინდა განსხვავებული მოსაზრებები. კერძოდ, რესპონდენტთა გარკვეული ჯგუფი არ ეთანხმება კითხვარში წარმოდგენილ მოსაზრებას, საქართველოში სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხის არსებობასთან დაკავშირებით („თქვენი აზრით რა განაპირობებს საქართველოში სამედიცინო მომსახურების დაბალ ხარისხს?“) და თვლის, რომ ხარისხი „დამაკმაყოფილებელი“ ან „საშუალო“ დონისაა, „შეესაბამება რესურსს“ და სხვა. (დიაგრამა 16), (ცხრილი 188)

რესპონდენტთა მიერ იდენტიფიცირებული, საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განვითარების შემაფერხებელი ფაქტორებისა და ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისთვის საჭირო, განსახორციელებელ ქმედებებთან დაკავშირებით, მათ მიერ დაფიქსირებული მოსაზრებებისა და ზოგადი შენიშვნა-რეკომენდაციების ანალიზით გამოიკვეთა, რომ რესპონდენტთა მიერ პრობლემის აღქმა და მისი გადაჭრის გზები მიზეზ-შედეგობრივი კავშირით ხასიათდება.

დგინდება, რომ სამედიცინო პერსონალის მიერ იდენტიფიცირებული პრობლემები და მათი გადაჭრის გზები, ასევე თანხვედრაშია რესპონდენტ ექსპერტთა მიერ სისტემაში არსებული ხარვეზების შეფასებებთან დაკავშირებულ შედეგებთან.

დასკვნა

სამეცნიერო-თეორიული მასალისა და ჩატარებული სოციოლოგიური კვლევის შედეგების შესაბამისი მეთოდოლოგიური ანალიზის მიხედვით, ნაშრომში დასახული მიზნები და ამოცანები მიღწეულია, ვერიფიცირებულია ჰიპოთეზა იმის შესახებ, რომ ჯანდაცვის სფეროს მმართველობითი და მარეგულირებელი სისტემა ვერ უზრუნველყოფს მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას, რადგან საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა ზედმეტად ცენტრალიზებულია, ხოლო რეგულირებისა და აღსრულების მექანიზმები კი - არასრულყოფილი, ამავე დროს, ცენტრალურ და რეგიონულ ჯანდაცვის სისტემებს შორის, საკანონმდებლო, მმართველობითი, მარეგულირებელი და ხარისხის კონტროლის მიმართულებით შეინიშნება შეუსაბამობები.

სამეცნიერო-თეორიული მასალისა და ჩატარებული სოციოლოგიური კვლევის შედეგებით დასტურდება ის მნიშვნელოვანი ფაქტორები, რომლებიც ხელს უშლის ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის განვითარებასა და მდგრადობას, კერძოდ:

- საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების 30-წლიანი ისტორია ძირითადად სამედიცინო სერვისების ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზეა ორიენტირებული, მარეგულირებელი და მაკონტროლებელი პროცესებიც ძირითადად ფინანსური ბერკეტების გამოყენებასთანაა დაკავშირებული, შესაბამისად, სისტემის ეფექტურობაც ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების მოცულობით იზომება. ხელმისაწვდომობის ზრდასა და რაოდენობრივ მახასიათებლებზე ორიენტირებული მიდგომით კი უგულებელყოფილია დანახარჯებთან შესაბამისი ხარისხობრივი კომპონენტი. ნაკლები ყურადღება ეთმობა ჯანდაცვის სფეროში მართვის სისტემის ისეთ მნიშვნელოვან პრინციპებს, როგორებიცაა: სწორი და მიზანმიმართული რეგულაცია, აღსრულების კონტროლი, პრობლემის იდენტიფიცირება და ანალიზი, ანალიზზე დაფუძნებული მაკორექტირებელი ქმედებების დაგეგმვა-განხორციელება და სხვა.
- საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა ხასიათდება ჭარბი ძალაუფლებით, ცენტრალიზებული და ერთპიროვნული მმართველობისთვის დამახასიათებელი ნაკლოვანებებით. აღნიშნული კი ეწინააღმდეგება დემოკრატიული სახელმწიფოს პრინციპებს და მნიშვნელოვნად აფერხებს სისტემის განვითარებას. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მიღებული გადაწყვეტილებები, რიგ შემთხვევაში, არ ითვალისწინებს სამედიცინო სექტორის ან სხვა დაინტერესებულ მხარეთა ინტერესებს.

- საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას აფერხებს მუდმივად ცვალებადი პოლიტიკური გარემო, რასაც თან სდევს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების კურსის ცვალებადობა.
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის მიმართ მიდგომა ფრაგმენტულია; სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ინდიკატორები და ხარისხის შეფასების, მონიტორინგისა და კონტროლის მექანიზმი არ არის სრულყოფილი და ხასიათდება რიგი ნაკლოვანებებით. აქცენტი ძირითადად, სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში შესრულებული სამუშაოს შესაბამის, სამედიცინო დოკუმენტაციის ხარისხზე კეთდება და არა თავად პროცესზე. არ არსებობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ერთიანი სისტემა; სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაზე ზრუნვა არ ხდება მულტისექტორული მიდგომით; სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების კრიტერიუმების არასრულყოფილება და აღსრულება-კონტროლის სისუსტეები კი აფერხებს ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ადეკვატურ შეფასებასა და ზუსტი სტატისტიკური ინფორმაციის შექმნას.
- სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების მექანიზმი არ არის სრულყოფილი. ხარისხის კონტროლი ეფუძნება ფაქტებზე რეაგირებას დასჯის მეთოდით. მარეგულირებელი სისტემა უფრო მეტად ორიენტირებულია დარღვევების ფაქტების გამოვლენასა და დამსჯელობითი ქმედებების გატარებაზე, ვიდრე პრობლემის ანალიზსა და მაკორექტირებელი ქმედებების დაგეგმვა-განხორციელებაზე. სისტემა იყენებს რეაგირების მკაცრ ბერკეტებს, მათ შორის, როგორებიცაა: ფინანსური ჯარიმა ან საქმიანობის უფლების შეჩერება-გაუქმება. სისტემა არ არის ორიენტირებული პრევენციულ ღონისძიებებზე, ფაქტების გამოვლენა-დასჯაზე მიმართული წერტილოვანი ქმედებები კი შედეგს ვერ განაპირობებს.
- მარეგულირებელი სისტემა თანაბრად არ ეკიდება ქვეყანაში სახელმწიფო პროგრამებით დაფინანსებული და კერძო პრაქტიკის ფარგლებში განხორციელებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისა და კონტროლის საკითხებს.
- მოძველებულია და ციფრული ტექნოლოგიების შესაძლებლობებთან შეუთავსებელია სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმებსა და წარმოების წესებთან დაკავშირებული მოთხოვნები: მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით დაშვებულია სამედიცინო დოკუმენტაციის ელექტრონულად წარმოება, გარდა ამისა, მოქმედებს ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების სავალდებულო სისტემა და დაწესებულებების უმრავლესობაც იყენებს სამედიცინო დოკუმენტაციის მართვის ელექტრონულ სისტემებს, სამედიცინო დოკუმენტაციის შემოწმების პროცესში

სამედიცინო დოკუმენტაცია ვალიდურად არ ითვლება, თუ ის არ არის დადასტურებული „მკაფიო ხელმოწერით“. ელექტრონული მმართველობისა და ტექნოლოგიური შესაძლებლობების ეპოქაში „სველ ხელწერაზე“ დაფუძნებული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება ქმნის დამატებით ბიუროკრატიულ ბარიერს.

- ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვის ორგანოების დებულებით განსაზღვრული ფუნქცი-ვალდებულებები არ შეესაბამება შესაბამისი უწყებების ორგანიზაციულ სტრუქტურას.
- უცხო ქვეყნის სპეციალისტისთვის, საქართველოში დროებითი ან ერთჯერადი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მინიჭება დაკავშირებულია ბიუროკრატიულ პროცედურებსა და ხელოვნურად შექმნილი ბარიერების წარმოქმნის რისკებთან.
- ჯანდაცვის სისტემის მწვავე პრობლემად რჩება ჯანდაცვის სფეროს ადამიანური პერსონალის პროფესიული განვითარების საკითხი. რეგიონის დონეზე სამედიცინო პერსონალის არათანაბარი გადანაწილება, საექიმო პერსონალის დეფიციტი და სხვა.
- სამედიცინო პერსონალი ავლენს გულგრილ დამოკიდებულებას სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში ჩართულობასა და პასუხისმგებლობის გაზიარებასთან დაკავშირებით.
- პოლიფარმაცია-პოლიპრაგმაზიის რისკს ზრდის სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლის სუსტი მექანიზმი, პრობლემის იდენტიფიცირების უგულვებელყოფა და ექიმთა პროფესიული განვითარების კომპონენტში ფარმაცევტული კომპანიების ფინანსური ინვესტიციები, რაც, შემდგომში სამედიცინო პერსონალს ფინანსურ ვალდებულებას უჩენს.
- ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის განვითარების საჭიროება და სტაციონარულ სერვისზე გაზრდილი მიმართვიანობის შემცირება.
- ამბულატორიული მომსახურების სერვისის ხარისხი არ წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის პრიორიტეტს, სისტემა ძირითადად ორიენტირებულია სტაციონარული სერვისების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზე. ზედმიწევნით სუსტია ამბულატორიული და დღის სტაციონარის პირობებში განხორციელებული, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის რეგულირებისა და კონტროლის მექანიზმი. საქმიანობის დაწყებისთვის ძირითად სავალდებულო მოთხოვნას შეტყობინების გზით საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ინფორმირება წარმოადგენს, ტექნიკური რეგლამენტით გათვალისწინებული მოთხოვნების მონიტორინგი კი არ ხორციელდება

ეფექტურად. გარდა ამისა, არ არსებობს ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების სრულყოფილი ბაზა, პორტალზე არსებულ ინფორმაციაში ფიქსირდება უზუსტობები.

საქართველოსა და აჭარის ა.რ. ჯანდაცვის სისტემების შედარებითი ანალიზისა და ჩატარებული სოციოლოგიური კვლევის შედეგებით დასტურდება, რომ:

- აჭარის ა.რ. ჯანდაცვის სამინისტროს რეგიონის დონეზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მონიტორინგისა და ზედამხედველობის განხორციელების მხრივ საკმარისი პოტენციალი გააჩნია, რომელიც ფაქტობრივად გამოუყენებელია. ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა მეტისმეტად ცენტრალიზებულია, რეგიონის დონეზე არ ხდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის საზედამხედველო ფუნქციის დელეგირება. საქმიანობა ძირითადად რეგიონული პროგრამების მართვა-განკარგვით შემოიფარგლება. რეგიონში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებებზე აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს არ აქვს ზეგავლენის არანაირი ბერკეტი, გარდა მისივე პროგრამების ფარგლებში განხორციელებული საზედამხედველო უფლებამოსილებისა;
- ავტონომიური რესპუბლიკისა და საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროებს შორის ფუნქციურ-სტრუქტურულ კავშირებთან დაკავშირებით საკანონმდებლო დონეზე ფიქსირდება შეუსაბამობები. არ არის განსაზღვრული საქართველოსა და აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროებს შორის ურთიერთკავშირი; ბუნდოვანია აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ სახელმწიფო პოლიტიკის გატარების მხრივ თანამონაწილეობის ფორმა, განხორციელების გზები, აღსრულების პასუხისმგებლობა და ანგარიშვალდებულება;
- აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროზე დაკისრებული უფლება-მოვალეობები არ შეესაბამება პრაქტიკულ რეალობას (დაკისრებული უფლება-მოვალეობები აღემატება პრაქტიკულად განხორციელებულ ფუნქციებს), სამინისტროს სტრუქტურა ჩამორჩება სამინისტროს დებულებით განსაზღვრულ ფუნქცია-მოვალეობებს.

საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის შესწავლის შედეგად გამოვლენილი ხარვეზები:

- საკანონმდებლო ბაზის სისტემური ანალიზით იკვეთება ურთიერთსაწინააღმდეგო ჩანაწერები, ბუნდოვანია დადგენილი რეგულაციების აღსრულების მექანიზმები. გარდა ამისა, ერთმანეთთან დაკავშირებული ან ერთგვაროვანი ხასიათის დებულებები გაფანტულია სხვადასხვა ნორმატიულ აქტში;

- ჯანდაცვის მარეგულირებელი საკანონმდებლო და ნორმატიული ბაზა სრულყოფილი სახით ხელმისაწვდომი არ არის ჯანდაცვის სამინისტროსა და მის დაქვემდებარებაში არსებული უწყებების ვებ. გვერდების შესაბამის მოდულებში, ხოლო განთავსებული ნორმატიული ბაზის უმეტესობა ძალადაკარგულია და არ არის ჩანაცვლებული კონსოლიდირებული ვერსიებით.
- მოქმედ მარეგულირებელ აქტებში ვლინდება ტერმინოლოგიასთან დაკავშირებული შეუსაბამობები:
 - ✓ კანონმდებლობით არ არის განსაზღვრული ისეთი მნიშვნელოვანი ცნებები, როგორებიცაა: ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა, ჯანმრთელობის დაცვა, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა და სხვა.
 - ✓ სფეროს მარეგულირებელი კანონები, როგორებიცაა კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ არ მოიცავს განსაზღვრებით ინფორმაციას „სამედიცინო შეცდომისა“ და „სამედიცინო გადაცდომის“ შესახებ.
 - ✓ „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ კანონებში, განსხვავებული ტერმინოლოგიითა და შინაარსით არის წარმოდგენილი სამედიცინო სტანდარტებთან დაკავშირებული ცნებები;
 - ✓ მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად, ერთმანეთთან გაიგივებულია თვისებრივად განსხვავებული ტერმინები, როგორებიცაა: „სამედიცინო საქმიანობა“ და „სამედიცინო მომსახურება“.
 - ✓ სხვადასხვა საკანონმდებლო აქტში „სამედიცინო მომსახურების“ სინონიმად გამოიყენება ტერმინი „სამედიცინო დახმარება“.
 - ✓ „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ კანონით განსაზღვრული „სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების“ დეფინიცია არ არის სრულყოფილი.

რეკომენდაციები

წინამდებარე თავში წარმოდგენილი დასკვნებიდან გამომდინარე, შემუშავდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების, ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებისა და სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლის განმტკიცებისკენ მიმართული რეკომენდაციები:

➤ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა საჭიროებს სახელმწიფოს როლის მკაფიო გამიჯვნას „ყოვლისმომცველი ძალაუფლებისგან“. ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებისა და ეფექტური სისტემის უზრუნველყოფის მიზნით, მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის გლობალური მმართველობის პრინციპების გაზიარება; მულტისექტორული მიდგომით, მმართველობითი იერარქიული სტრუქტურის გაფართოება და ფუნქციათა დელეგირება, მათ შორის ზედამხედველობის ფუნქციისა და პასუხისმგებლობის გაზიარება რეგიონულ დონეზე. მნიშვნელოვანია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისთვის დამახასიათებელი „დაგეგმვა - რეგულირება - დაფინანსება - შესყიდვა - მიწოდება - კონტროლი“-ს „ექსკლუზიური მმართველობითი ციკლის“ დარღვევა და სრული ტრანსფორმაცია.

➤ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს განვითარებისა და ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, საჭიროა სისტემის განვითარებაზე ორიენტირებული და საზოგადოების საჭიროებებზე დაფუძნებული, ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის, სტრატეგიული ხედვისა და დროში გაწერილი რეალური სამოქმედო გეგმის შემუშავება-განხორციელება. პოლიტიკურ და სამთავრობო ცვლილებებზე, ჯანდაცვის სისტემისა და სახელმწიფო პოლიტიკის მდგრადობის უზრუნველსაყოფად, დაგეგმვის ეტაპზევე აუცილებელია ურთიერთშეთანხმების მიღწევა პოლიტიკურ აქტორებს შორის.

➤ აუცილებელია, რომ ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკა ითვალისწინებდეს ჯანდაცვის ხარისხის ეროვნული პოლიტიკისა და სტრატეგიის კომპონენტებს; რაც ასევე პოლიტიკური შეთანხმების საფუძველზე უნდა იქნას მიღებული და ამასთან, ითვალისწინებდეს ხარისხის უზრუნველყოფის ყველა დონეზე მმართველობის, აღსრულების, ზედამხედველობისა და პასუხისმგებლობის ფუნქციათა გადანაწილებას.

➤ ქვეყანაში ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, აუცილებელია სახელმწიფო მარეგულირებელი სისტემისა და კონტროლის მექანიზმების დახვეწა. ამ მხრივ საჭიროა სისტემური ცვლილებების განხორციელება, კერძოდ, მმართველობითი და მარეგულირებელი ფუნქციების დეცენტრალიზება, როგორცაა: თანამშრომლობასა და ანგარიშვალდებულებაზე დაფუძნებული, პროცესების დაგეგმვა-განხორციელებასა და ხარისხის უზრუნველყოფაზე ორიენტირებული მმართველობის სისტემის დანერგვა-განვითარება. სისტემის გაუმჯობესება რესურსების შექმნით უნდა დაიწყოს და მეტ ჩართულობას მოითხოვს როგორც სახელმწიფო

სტრუქტურების, ასევე, პროფესიული გაერთიანებების, ექსპერტებისა და, რაც მთავარია, სამედიცინო სექტორის მხრიდან. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო სექტორის და, მათ შორის, ჯანდაცვის პერსონალის ჩართულობა და პასუხისმგებლობის გაზიარება ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას.

➤ ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებისა და საერთაშორისო სტანდარტებთან დაახლოების მიზნით, ასევე მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს მხრიდან დამოუკიდებელი აკრედიტაციის სისტემების განვითარების ხელშეწყობა. ამ მხრივ, ხარისხის პოლიტიკის შემუშავების ფარგლებში, მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფომ განიხილოს სამომავლოდ, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის ფუნქციის მქონე, დამოუკიდებელ ორგანოებზე გარკვეულწილად დელეგირების საკითხი. რასთან დაკავშირებითაც, პირველ რიგში, აუცილებელია ქმედითი ნაბიჯების გადადგმა ჯანდაცვის სექტორის გაძლიერებისა და ხარისხის უზრუნველყოფის ხელშეწყობის მხრივ, მათ შორის, მნიშვნელოვანია მომზადდეს საფუძველი, აღმოიფხვრას სისტემური ხარვეზები, ფუნქციურად განიტვირთოს ჯანდაცვის სისტემა, განვითარდეს პროფესიული ასოციაციები და სხვა დამოუკიდებელი სტრუქტურები, სწორედ ამის შემდეგ ამოქმედდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის დელეგირებული სისტემა.

➤ ჯანდაცვის სისტემის ეფექტური ფუნქციონირებისა და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველსაყოფად, სახელმწიფოს მხრიდან საჭიროა ქმედითი ღონისძიებების განხორციელება: სწორი სახელმწიფო რეგულაცია და ხარისხის უზრუნველყოფის მიზანმიმართული პოლიტიკა, რეგულაციის აღსრულების კონტროლი, პრობლემის იდენტიფიცირება და ანალიზი, ანალიზზე დაფუძნებული მაკორექტირებელი ქმედებების შემუშავება-განხორციელება და სხვა. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის სისტემის ეფექტურობისთვის საჭიროა პრევენციული მეთოდების შემუშავება.

➤ ჯანდაცვის სისტემის მდგრადობისთვის, საჭიროა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ერთიანი სისტემური მექანიზმის არსებობა; სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ეფექტური მარეგულირებელი სტანდარტის შემუშავება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ერთიანი სისტემის დანერგვა, რაც ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა კოორდინირებულ მუშაობასა და ეფექტური ჯანდაცვის პოლიტიკის გატარებას. დადგენილი სტანდარტების დაცვის უზრუნველსაყოფად კი აუცილებელია მონიტორინგისა და კონტროლის შესაბამისი ინდიკატორების განსაზღვრა და ეფექტური მარეგულირებელი ინსტრუმენტის შექმნა. მნიშვნელოვანია, რომ საკითხი წყდებოდეს გარკვეული ობიექტური ინდიკატორების საფუძველზე და არა სუბიექტური

გადაწყვეტილებით. ნებისმიერი გადაწყვეტილება უნდა ემყარებოდეს ობიექტური მონაცემების შეფასებას და არა სუბიექტურ მოსაზრებას. მნიშვნელოვანია, რომ ხარისხის კონტროლის ინსტრუმენტი, ტექნიკური მოთხოვნების გარდა, ითვალისწინებდეს სამედიცინო მომსახურების პროცესის კონტროლს.

➤ ხარისხის კონტროლი პრევენციული ხასიათის ღონისძიებაა, რომელიც უზრუნველყოფს შეუსაბამობის წყაროს ადრეულ გამოვლენას და იძლევა მისი დროული აღმოფხვრის საშუალებას. ხარისხის უზრუნველყოფისა და გაუმჯობესებისთვის კი მნიშვნელოვანია ხარისხის კონტროლის მიმართ ინოვაციური და სისტემური მიდგომის განხორციელება. არსებული, დასჯაზე ორიენტირებული მიდგომა უნდა შეიცვალოს ზედამხედველობისა და მონიტორინგზე დაფუძნებული მიდგომით, რაც გულისხმობს პრობლემის დროულ იდენტიფიცირებას, პრობლემის ანალიზსა და მაკორექტირებელი ქმედებების დაგეგმვა-განხორციელებას. მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს მიერ არსებული მდგომარეობის კრიტიკული ანალიზი, სუსტი რგოლის გამოვლენა, სახელმძღვანელო და სამოქმედო სტანდარტის შემუშავება-დანერგვა და მხოლოდ ამის შემდგომ კონტროლის მექანიზმის ამოქმედება. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების კრიტერიუმების შემუშავება-გაუმჯობესება და აღსრულება-კონტროლის სისტემის შექმნა ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ადეკვატურ შეფასებას, პრობლემის დროულ იდენტიფიცირებასა და, შემდგომში, მაკორექტირებელი ქმედებების დაგეგმვას.

➤ ქვეყანაში მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის, ხარისხის მუდმივი გაუმჯობესებისა და პროფესიული გამოცდილების გაზიარების მიზნით, მნიშვნელოვანია მაღალკვალიფიციურ სპეციალისტთათვის საქართველოში სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების ხელშეწყობა. ამ მხრივ აუცილებელია საქართველოში უცხო ქვეყნის სპეციალისტთათვის, დროებითი ან ერთჯერადი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მინიჭებასთან დაკავშირებული ბიუროკრატიულ პროცედურები გამარტივდეს.

➤ მნიშვნელოვანია სამინისტროს მიერ დაგეგმილი ჯანდაცვის პერსონალის რეფორმისა და საექთნო პერსონალის განვითარების სტრატეგიით განსაზღვრული გეგმის დროული ამოქმედება.

საჭიროა საკანონმდებლო, მარეგულირებელი ნორმატიული ბაზის გადახედვა, ხარვეზების აღმოფხვრა და სისტემატიზაცია, მათ შორის:

- დაიხვეწოს რეგულირებისა და აღსრულების მექანიზმები;
- მნიშვნელოვანია საკანონმდებლო დონეზე ურთიერთდაკავშირებული, შეუსაბამო ტერმინების გამიჯვნა და საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე აქტებში ტერმინის

„სამედიცინო დახმარების“ (გარდა „გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება“) ჩანაცვლება ტერმინით „სამედიცინო მომსახურება“.

- აუცილებელია ერთმანეთთან გაიგივებული და თვისებრივად განსხვავებული ტერმინების გამოჯვანა, როგორებიცაა: „სამედიცინო საქმიანობა“ და „სამედიცინო მომსახურება“.
- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ტერმინოლოგიის სრულყოფის მიზნით, მნიშვნელოვანია ძირითადი სახელმძღვანელო ცნებების (ჯანმრთელობის დაცვა, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, სამედიცინო საქმიანობა, სამედიცინო მომსახურება, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება) გადახედვა და ახლებური ინტერპრეტირება, საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით: „სამედიცინო საქმიანობისა“ და „სამედიცინო მომსახურების“ ტერმინთა განახლებისთვის საბაზისო-სამუშაო ვერსიად შემოთავაზებულია კემბრიჯის ლექსიკონით განსაზღვრული დეფინიციები, ხოლო „ჯანდაცვის სისტემის“ ტერმინისთვის კი ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრება.
- მნიშვნელოვანია საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის ხელმისაწვდომობის გამარტივება დაინტერესებული მხარეებისთვის, მათ შორის, აუცილებელია ჯანდაცვის სამინისტროსა და მის სისტემაში შემავალი სტრუქტურების ვებ-გვერდებზე, შესაბამის მოდულში საკანონმდებლო, მარეგულირებელი და სხვა სამართლებრივი აქტების დროული ასახვა და მუდმივი განახლება.
- დაიხვეწოს სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი. სამედიცინო დოკუმენტაციის ელექტრონული წარმოების შესაძლებლობიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია ტექნოლოგიების შესაძლებლობების ეფექტური ათვისება, ელექტრონული ხელწერის დაშვებისა და აღიარების უფლების მინიჭება. სველი ხელმოწერის აუცილებლობა კი უნდა ვრცელდებოდეს მხოლოდ მექანიკურად, ქაღალდის მატარებელზე წარმოებულ სამედიცინო ჩანაწერებზე. მნიშვნელოვანია მარეგულირებელი ნორმატივები შესაბამისობაში მოვიდეს ტექნოლოგიურ შესაძლებლობებთან.
- მნიშვნელოვანია კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ მოიცავდეს ინფორმაციას „სამედიცინო შეცდომისა“ და „სამედიცინო გადაცდომის“ შესახებ.

ქვეყანაში ჯანდაცვის ხარისხის უზრუნველყოფის, კონტროლის ეფექტურობისა და შემდგომში ხარისხის მუდმივი გაუმჯობესების მხრივ, საჭიროა საზედამხედველო ფუნქციის დელეგირება რეგიონულ დონეზე. ამ მხრივ განსაკუთრებით უნარიანია აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა რეგიონული სამინისტროს არსებობით. აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროზე

საზედამხედველო ფუნქციის დელეგირება და ანგარიშვალდებულების წარმოქმნა ეფექტური იქნება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მხრივ.

➤ სახელმწიფო პოლიტიკის ეფექტურად გატარების მიზნით, აუცილებელია აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს ჰქონდეს შესაბამისი სტრუქტურა - პირობითად „პოლიტიკის დეპარტამენტის“ სახით, რომელიც, ერთი მხრივ, უზრუნველყოფს საქართველოსა და აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროებს შორის სტრუქტურულ ფუნქციურ კავშირს, მეორე მხრივ კი, დაეკისრება კონკრეტული ამოცანები როგორც სახელმწიფო პოლიტიკის გატარების, ისე საზედამხედველო ფუნქციის შესრულების მიმართულებით;

➤ აჭარის რეგიონში ჯანდაცვის პოლიტიკის წარმატებით განხორციელების მიზნით, მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის ხარისხის უზრუნველყოფის რეგიონული და ადგილობრივი სტრატეგიების შემუშავება, რომელიც შესაბამისობაში იქნება საქართველოს ჯანდაცვის პოლიტიკასთან და გათვალისწინებული იქნება რეგიონის მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებები.

➤ აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროზე დაკისრებული და დელეგირებული უფლება-მოვალეობების გაფართოების მიზნით, მნიშვნელოვანია აჭარის ა.რ. უმაღლესი საბჭოში მომზადდეს კანონპროექტი და მოხდეს მისი ინიცირება საქართველოს პარლამენტში.

ბიბლიოგრაფია

წიგნები და მონოგრაფიები

1. ადეიშვილი გ. თუშურაშვილი გ. სალარეიშვილი მ. პეტრიაშვილი ნ. 2022. *ჯანდაცვის სექტორის მიმოხილვა*. თბილისი. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი
2. გამყრელიძე ა. მეზონია ნ. სტურუა ლ. დემეტრაშვილი ნ. ქაქუთია ნ. 2018. *არაგადამდები დაავადებების რისკის ფაქტორების STEPS კვლევა 2016*. თბილისი: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.
3. გერზმავა ო. 2018. *საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი* (მეათე შესწორებული და განახლებული გამოცემა გამოცემა). თბილისი.
4. გერზმავა ო. 2021. *საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი*. თბილისი.
5. გზირიშვილი დ. 2012. *დამოუკიდებელი საქართველო - სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები*. თბილისი: ფონდი ღია საზოგადოება-საქართველო.
6. გზირიშვილი დ. გოცაძე გ. დოლიძე ლ. ევგენიძე ნ. ზოიძე ა. კალანდაძე ი. კიკნაძე ნ. კობერიძე ლ. ლეჟავა ვ. მირზიკაშვილი ნ. სურგულაძე ვ. ურუშაძე ა. ქადაგიძე გ. ჩიხლაძე ს. ჩხატარაშვილი ქ. წერეთელი გ. ჭიბერაშვილი ზ. 2020. *ჯანმრთელობის სფეროს განვითარების სტრატეგიული ხედვა. შეჯერებული დებულებები*. თბილისი: ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი (EPRC).
7. გორგაძე თ. 2018. *სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების პერსპექტივები საქართველოში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის გზით*. თბილისი: საქართველოს უნივერსიტეტი.
8. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. 2021. *COVID-19 საქართველოში: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ანგარიში, მე-6 გადახედვა*. თბილისი: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.
9. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. 2015. *არაგადამდებ დაავადებათა ტვირთი გლობალურ და ეროვნულ დონეზე*. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.
10. დემეტრაშვილი კ. გურგენიძე ვ. ჩაგანავა ზ. ნაფეტვარიძე ნ. გოგიჩაიშვილი დ. ჯაიანი დ. სალუქვაძე მ. გვარჯალაძე მ. 2004. *საქართველოს საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების განვითარების ჩარჩო პროგრამა*. თბილისი: UNDP Georgia, NCTeam (cims consalting).

11. ვერულავა თ. (2016). *ჯანდაცვის პოლიტიკა (1-ლი გამოცემა)*. თბილისი: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.
12. ვერულავა თ. 2009. *ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. (მე-2 გამოცემა)*. თბილისი: საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანდაცვის სკოლა.
13. ვერულავა თ. 2017. უნივერსალური ჯანდაცვის მსოფლიო გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები. *II საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია: გლობალიზაციის გამოწვევები ეკონომიკასა და ბიზნესში* (გვ. 185-191). თბილისი: ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.
14. თალაკვაძე ა. გოცაძე თ. ბოკერია ი. ბაქაძური ნ. სხვიტარიძე ზ. გზირიშვილი დ. 2011. *ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმოხილვა და სამართლებრივი ანალიზი*. თბილისი: ფონდი ღია საზოგადოება-საქართველო.
15. კანდელაკი კ. აბულაძე მ. 2016. *ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული რეფორმა: საჭიროება და მომავლის ხედვა*. სამოქალაქო კულტურის საერთაშორისო ცენტრი და მწვანე კავკასია.
16. მაცაბერიძე მ. 2019. *საქართველოს პოლიტიკური სისტემა*. თბილისი: ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.
17. მირზიკაშვილი ნ. 2020. *რა განაპირობებს ჯანმრთელობას და რას ემსახურება პრევენციული ღონისძიებები?* თბილისი: ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი (EPRC).
18. ოზიაშვილი-გიორგაძე ი. 2015. *დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი*. თბილისი: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.
19. რიჩარდსონი ე. ჯანმო. 2022. *ჯანმრთელობის დაცვის მოქმედი სისტემები: საქართველო*. კოპენჰაგენი, დანია: ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, ევროპის რეგიონალური ოფისი.
20. საერთაშორისო ფონდი კურაციო / სს გალტ ენდ თაგარტი. 2021. *ჯანდაცვის სექტორის ფინანსური სტაბილურობის და რისკების შეფასება. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, მე-14 ტალღა*. საერთაშორისო ფონდი კურაციო.
21. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2019. *ჯანდაცვის სფეროს გამოწვევა: პირველადი ჯანდაცვა. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, მე-12 ტალღა*. საერთაშორისო ფონდი კურაციო.
22. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2022. *ჯანდაცვის სფეროს გამოწვევა: პირველადი ჯანდაცვა. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, მე-15 ტალღა*. საერთაშორისო ფონდი კურაციო.

23. საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო. (27.01.2020). *ამონაწერი სამეწარმეო რეესტრიდან: საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგი*. თბილისი: საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო, სსიპ საჯარო რეესტრის ეროვნული სააგენტო.
24. საქართველოს მთავრობა. 2020. *სამთავრობო პროგრამა 2021-2024 „ევროპული სახელმწიფოს მშენებლობისთვის“*. თბილისი. ვებგვერდი.
25. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2021. *ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანდაცვა, სოციალური კეთილდღეობა და ღირსეული შრომითი გარემო 2030 (2021-2030 წლის გეგმა)*. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებგვერდი.
26. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2021. *ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები-პანდემიის მართვა და რეფორმები (სამინისტროს მუშაობის ანგარიში)*. თბილისი: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ. გვერდი.
27. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2015. *საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში*. თბილისი: საქართველოს მთავრობა.
28. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2018. თბილისი: *საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა*. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
29. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2022. *ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია (საჯარო მმართველობის რეფორმის მხარდაჭერა საქართველოში)*. თბილისი: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
30. საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგი. 2020. *არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირი საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგი: წესდება*. თბილისი
31. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. *ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის*

შესახებ (2014-2015). თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

32. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2013. *ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში*. თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
33. სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი. 2021. *საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრის საქმიანობის ანგარიში*. თბილისი. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ. გვერდი.
34. სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო. 2021. *სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს საქმიანობის ანგარიში*. თბილისი. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ. გვერდი.
35. ყაზახაშვილი ნ. 2020. *სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, მართვა და გაუმჯობესება*. თბილისი: ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.
36. ყაზახიშვილი ნ. 2019. *სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, მართვა და გაუმჯობესება*. თბილისი: ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.
37. შერგელაშვილი თ. ხოკრიშვილი ე. 2012. *სინგაპური, ესტონეთი, შვეიცარია: სამიზნე მოდელები ქართული ტრანსფორმაციისთვის?* თბილისი: ევროპული ინიციატივა - ლიბერალური აკადემია თბილისი.
38. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2018. *ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები 2012-2017*. თბილისი: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
39. ჭიბერაშვილი ზ. 2020. *ჯანმრთელობა - უფლება თუ ინდივიდუალური პასუხისმგებლობა?* თბილისი: ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი (EPRC).
40. ჯადუგიშვილი შ. 2010. *ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში 1990-2010*. თბილისი: პარტნიორობა სოციალური ინიციატივებისთვის.
41. ჯავაშვილი გ. კიკნაძე გ. ქუთათელაძე ნ. 2012. *ადამიანის უფლებების საკითხებზე საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი რეგულაციებისა და ეთიკის ნორმების მიმოხილვა და ანალიზი*. თბილისი: კოალიცია ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

42. ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო. 2021. *ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს საქმიანობის ანგარიში*. თბილისი. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ. გვერდი.
43. Bachner F. Bobek J. Habimana K. Ladurner J. Lepuschütz L. Ostermann H. Ostermann H. Rainer L. Schmidt A. E. Zuba M. Quentin W. Winkelmann J. 2018. *Austria: Health system review (Vol 20. No 3)*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization. Health Systems in Transition.
44. Berenson R. A. Upadhyay D. K. Delbanco S. F. Murray R. 2016. *Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care*. Washington: Urban Institute.
45. Blank, R. H., Burau, V., & Kuhlmann, E. 2018. *Comparative Health Policy* (5th edition). Macmillan International Higher Education.
46. Brinkerhoff D. W. Bossert T. J. 2008. *Health Governance: Concepts, Experience, and Programming Options. health systems 2020 policy brief*. USAID.
47. Buse K. Mays N. Walt G. 2012. *Making Health Policy* (2nd Edition.). Maidenhead: Open University Press.
48. Busse R. Blümel M. 2014. *Germany: Health system review* (Vol. 16). Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
49. Chanturidze T. Ugulava T. Durán A. Ensor T. Richardson E. 2009. *Georgia: Health System Review (Vol. 11)*. European Observatory on Health Systems and Policies.
50. Cylus J. Richardson E. Findley L. Longley M. O'Neill C. Steel D. World Health Organization. 2015. *United Kingdom: Health system review (Vol. 17)*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
51. De Pietro C. Camenzind P. Sturny I. Crivelli L. Edwards-Garavoglia S. Spranger A. Wittenbecher F. Quentin W. World Health Organization. 2015. *Switzerland: health system review (Vol. 17)*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
52. Donabedian A. 1980. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (Vol. 1)*. Health Administration Press.
53. Donabedian A. 2003. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, USA: Oxford University Press.
54. Enthoven A. C. 1985. *Reflections on the Management of the National Health Service*. London: Nuffield Provincial Hospital Trust.
55. European Commission. 2010. *EU Actions on Patient Safety and Quality of Healthcare. European Commission, Healthcare Systems Unit*. Madrid: European Commission.

56. Fierlbeck, K. 2011. *Health Care in Canada: A Citizen's Guide to Policy and Politics (Vol. 6)*. University of Toronto Press.
57. Gamkrelidze A. Atun R. Gotsadze G. Maclehorse L. 2002. *Health Care Systems in Transition – Georgia 2002 (Vol. 4)*. Copenhagen:: European Observatory on Health Care system.
58. Giaimo S. 2016. *Reforming Health Care in the United States, Germany, and South Africa* (1st Edition). Basingstoke, United Kingdom: Palgrave-Macmillan.
59. Gönenç R. Hofmarcher M. M. Wörgötter A. 2011. *Reforming Austria's highly regarded but costly health system* (Vol. No 895). Economics Department Working Papers (OECD).
60. Ham C. 2009. *Health policy in Britain (6th Edition.)*. Basingstoke: Hampshire .
61. Ham C. Baird B. Gregory S. Jabbal J. Alderwick H. 2015. *The NHS under the coalition government. Part one: NHS reform*. London: The King's Fund.
62. Hood, C. 1983. *The Tools of Government (1st Edition)*. London: Palgrave.
63. Howlett M. 2019. *Designing Public Policies: Principles and Instruments (2nd Edition)*. London and New Yourk: Routledge.
64. Institute of Medicine. 1990. *Medicare: A Strategy for Quality Assurance (Vol. 1)*. Washington, D.C.: National Academy of Sciences.
65. Jakubowski E. Saltman R. B. 2013. *The Changing National Role in Health System Governance. A case-based study of 11 European countries and Australia*. Denmark, Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
66. Johnson J. A. Stoskopf C. Shi L. 2018. *Comparative health systems: a global perspective (2nd Edition)*. Burlington: ones & Bartlett Learning.
67. Keisler-Starkey K. Bunch L. N. 2020. *Health insurance coverage in the United States: 2019*. Washington, D.C.: US Census Bureau.
68. Kickbusch I. Gleicher D. 2012. *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
69. Kilduff M. 2019. *Healthcare Organizations and the Health System*. Independently published
70. Klein R. 2013. *The New Politics of the NHS (7th Edition)*. London: CRC Press.
71. Kroneman M. Boerma W. van den Berg M. Groenewegen P. de Jong J. van Ginneken E. 2016. *Netherlands: Health system review (Vol. 18)*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
72. Kutzin J. 2000. *Towards Universal Health Care Coverage, A Goal-oriented Framework for Policy Analysis*. Washington, DC: The World Bank.

73. Lafortune G. Schoenstein M. Moreira L. 2016. *Health Workforce Policies in OECD Countries. Right Jobs, Right Skills, Right Places (Trends in health labour markets and policy priorities to address workforce issues.)*. OECD Publishing.
74. Lafortune, G., Socha-Dietrich, K. Vickstrom E. OECD. 2019. *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*. Paris: OECD Publishing.
75. Leebov W. Ersoz C. J. 2003. *The health care manager's guide to continuous quality improvement*. iUniverse.
76. Levy A. Goring S. Gatsonis C. Sobolev B. Van Ginneken E. Busse R. 2019. *Health Services Evaluation*. New York: Springer Science+Business Media LLC.
77. Lohr K. 1991. *Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Vol. I*. Washington, DC: National Academy Press.
78. Marchildon G. P. 2013. *Canada: Health system review (Vol. 15)*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
79. Mossialos E. Dixon A. Figueras J. Kutzin J. World Health Organization. 2002. *Funding health care: options for Europe*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization. Regional Office for Europe
80. Mossialos E. Djordjevic A. Osborn R. Sarnak D. 2017. *International Profiles of Health Care Systems*. New York: The Commonwealth Fund.
81. Mossialos E. Mossialos S. 2004. *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
82. OECD. 2017. *Caring for Quality in Health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality. OECD Reviews of Health Care Quality*. Paris: OECD Publishing.
83. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. 2019. *Germany: Country Health Profile 2019*. Paris: OECD Publishing.
84. Omaswa F. Boufford J. I. 2014. *Strong Ministries for Strong Health Systems: A Handbook for Ministers of Health*. Kampala, Uganda: African Centre for Global Health and Social Transformation; The New York Academy of Medicine.
85. Österle A. 2013. Austria: A Health Care System between Continuity and Gradual Changes. E. Pavolini, & A. M. Guillén. 2013. *Health Care Systems in Europe under Austerity. Work and Welfare in Europe*. London: Palgrave Macmillan.
86. PAHO/WHO. 2007. *The Steering Role of the National Health Authority in Action: Lessons Learned*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO).

87. Rice T. Rosenau P. Unruh L. Y. Barnes A. J. Saltman R. B. Van Ginneken E. World Health Organization. 2013. *United States of America: health system review* (Vol. 15). Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
88. Roemer M. I. 1991. *National Health Systems of the World: The countries*. Oxford University Press.
89. Rooney A. L. Van Ostenberg P. R. 1999. *Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality*. Bethesda, Maryland: Center for Human Services.
90. Saltman B. Rico A. Boerma W. G. 2006. *Primary care in the driver's seat? Organizational Reform in European primary care*. Maidenhead: Open University Press.
91. Saltman R. B. Busse R. Figuras J. 2004. *Social Health Insurance Systems In Western Europe*. Maidenhead, England: Open University Press.
92. Schneider E. C. Sarnak D. O. Squires D. Shah A. Doty M. M. 2017. *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*. The Commonwealth Found.
93. Schuster M. A. Reifel J. L. McGuigan K. 1998. *Assessment of the quality of cancer care: A review for the National Cancer Policy Board of the Institute of Medicine..* National Cancer Policy Board commissioned paper.
94. Schweppenstedde D. Hinrichs S. Ogbu U. Schneider E. C. Kringos D. S. Klazinga N. S. Healy J. Vuorenkoski L. Busse R. Guerin B. Pitchforth E. Nolte E. 2014. *Regulating quality and safety of health and social care: International experiences*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
95. Sherny G. Smith P. C. 2012. *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford : University Press
96. Sriram V. Sheikh K. Soucat A. Bigdeli M. 2020. *Addressing governance challenges and capacities in Ministries of Health*. Geneva: World Health Organization.
97. Srivastava D. Mueller M. Helwett E. 2016 . *OECD Health Policy Studies: Bettwe ways to Pay for Health Care*. Paris: OECD Publishing.
98. Tandon A. Murray C. J. Lauren J. A. Evans D. B. 2000. *Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries*. World Health Organization.
99. The Council of Europe. 1997. *The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. Recommendation No. R (97) 17 and explanatory memorandum*. Strasbourg: The Council of Europe.
100. The World Bank. 2002. *Georgia: Poverty Update*. Washington, D.C.: The World Bank.
101. The World Bank. 2007. *Georgia Structural Reform Support Project*. Washington, D.C.: The World Bank.

102. Thomson S. Cylus J. Evetovits T. 2019. *Can people afford to pay for health care?* World Health Organization. Regional office for Europe
103. Tikkanen R. Osborn R. Mossialos E. Djordjevic A. Wharton G. 2020. *International Profiles of Health Care Systems*. New York: The Commonwealth Fund.
104. Toth F. 2021. *Comparative Health Systems: A New Framework*. Cambridge University Press.
105. Travis P. Egger D. Davies P. Mechbal P. 2002. *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
106. Tuohy C. 2018. *Remaking Policy. Scale, Pace, and Political Strategy in Health*. Toronto: University of Toronto Press.
107. Weissert W. G. Weissert C. S. 2019. *Governing Health: The Politics of Health Policy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
108. WHO. 2000. *The World health report 2000 Health Systems: Improving Performance*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
109. WHO. 2007. *Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization.
110. WHO. 2010. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
111. WHO. 2016. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
112. WHO. 2018. *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.
113. WHO. OECD. EOHSP. 2019. *Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. United Kingdom: World Health Organization. Regional Office for Europe.
114. WHO/OECD/World Bank. 2018. *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank.
115. World Bank. 2003. *World development report 2004: making services work for poor people*. Washington, D.C.: The World Bank.
116. World Bank. 2007. *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results*. Washington, D.C.: World Bank.

117. World Health Organization. 2014. *Health systems governance for universal health coverage action plan: department of health systems governance and financing*. World Health Organization.
118. World Health Organization. 2020. *Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019)*. Geneva: World Health Organization.

პერიოდული გამოცემები

119. ვერულავა თ. კენჭაშვილი ა. კვიციანი მ. კვიციანი ლ. ბურჭულაძე ლ. მაჩიტაძე ა. ყაჭიური ც. 2017. უნივერსალური მოცვის მსოფლიო გამოცდილება და საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმა. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 3, გვ. 140-151.
120. Abimbola S. Negin J. Jan S. Martiniuk A. 2014. Towards people-centred health systems: a multi-level framework for analysing primary health care governance in low- and middle-income countries. *Health policy and planning*, 29 (suppl_2), ii29–ii39.
121. Abimbola S. Negin J. Martiniuk A. L. Jan S. 2017. Institutional analysis of health system governance. *Health Policy and Planning*, 32 (9), 13337-1344.
122. Abimbola S. Ogunsina K. Charles-Okoli A. N. Negin J. Martiniuk A. L. Jan S. 2016. Information, regulation and coordination: realist analysis of the efforts of community health committees to limit informal health care providers in Nigeria. *Health Economics Review*, 6 (1), 1-16.
123. Alders P. Schut F. T. 2019. The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 123 (3), 312-316.
124. Algunmeeyn A. Alrawashdeh M. Alhabashneh H. 2020. Benefits of applying for hospital accreditation: The perspective of staff. *Journal of Nursing Management*, 28 (6), 1233-1240.
125. Alnaser F. A. 2021. Primary Health Care: The Foundation of the Health. *International Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2 (2), 1037.
126. Barbazza E. Tello J. E. 2014. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 116 (1), 1–11.
127. Barr M. D. 2001. Medical savings accounts in Singapore: a critical inquiry. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (4), 709-726.
128. Bigdeli M. Rouffy B. Lane B. D. Schmets G. Soucat A. The Bellagio Group. 2020. Health systems governance: the missing links. *BMJ Global Health*, 5(8), e002533.
129. Biller-Andorno N. Zeltner T. 2015. Individual responsibility and community solidarity--the Swiss health care system. *New England Journal of Medicine*, 373 (23), 2193-2197.
130. Blumenthal D. 2006. Employer-sponsored health insurance in the United States: origins and implications. *New England Journal of Medicine*, 355 (1), 82–88.

131. Böhm K. Schmid A. Götze R. Landwehr C. Rothgang H. 2013. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, 113 (3), 258-269.
132. Braveman P. Gottlieb L. 2014. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports*, 129 (1_suppl2), 19-31.
133. Busse R. Blümel M. Knieps F. Bärnighausen T. 2017. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390 (10097), 882–897.
134. Collins C. Green A. Hunter D. 1999. Health sector reform and the interpretation of policy context. *Health Policy*, 47(1), 69-83.
135. Cutler D. M. 2002. Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature*, 40 (3), 881-906.
136. Fritzen S. A. 2007. Reorienting Health Ministry roles in transition settings: capacity and strategy gaps. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 83 (1), 73–83.
137. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. 2018. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet (London, England)*, 391 (10136), 2236-2271.
138. Geva-May I. Maslove A. 2000. What Prompts Health Care Policy Change? On Political Power Contests and Reform of Health Care Systems (The Case of Canada and Israel). *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25 (4), 717–742.
139. Harolds J. A. 2021. Quality and Safety in Healthcare, Part LXXII: Credentialing and Privileging. *Clinical Nuclear Medicine*, 46 (11), 908-910.
140. Helderma J. Bevan G. France G. 2012. The rise of the regulatory state in health care: A comparative analysis of the Netherlands, England and Italy. *Health Economics, Policy and Law*, 7 (1), 103-124.
141. Hussey P. Anderson G. F. 2003. A comparison of single-and multi-payer health insurance systems and options for reform. *Health policy*, 66 (3), 215-228.
142. Jacobs L. Skocpol T. 2012. Accomplished and embattled: understanding Obama's presidency. *Political Science Quarterly*, 127 (1), 1-24.
143. Jones D. K. Bradley K. Oberlander J. 2014. Pascal's wager: health insurance exchanges, Obamacare, and the Republican dilemma. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 39 (1), 97-137.

144. Kifmann M. 2017. Competition policy for health care provision in Germany. *Health Policy*, 12 (2), 119-125.
145. Kourkouta L. Iliadis C. Sialakis C. Adamakidou T. Ouzounakis P. Kleisiaris C. 2021. Quality of health services. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 12 (1), 498-502.
146. Kutzin J. 2001. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health policy*, 56 (3), 171-204.
147. Laurant M. van der Biezen M. Wijers M. Watananirun K. Kontopantelis E. van Vught A. J. 2018. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018 (7).
148. Maarse H. Jeurissen P. Ruwaard D. 2016. Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review. *Health economics, policy, and law*, 11 (2), 161–178.
149. Maier C. B. 2015. The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia. *Health Policy*, 119 (12), 1627-1635.
150. Maier C. B. Aiken L. H. 2016. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, 26 (6), 927–934.
151. Mann R. Williams J. 2003. Standards in medical record keeping. *Clinical medicine*, 3 (4), 329-332.
152. Martin D. Miller A. P. Quesnel-Vallée A. Caron N. R. Vissandjée B. Marchildon G. P. 2018. Canada's universal health-care system: achieving its potential. *The Lancet*, 391 (10131), 1718-1735.
153. Mathes T. Pieper D. Morche J. Polus S. Jaschinski T. Eikerman M. 2019. Pay for performance for hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7).
154. Mosadeghrad A. M. 2012. A conceptual framework for quality of care. *Materia socio-medica*, 24 (4), 251-261.
155. Mosadeghrad A. M. 2014. Factors influencing healthcare service quality. *International journal of health policy and management*, 3 (2), 77-78.
156. Murray C. J. Frenk J. 2000. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the world Health Organization*, 78, 717-731.
157. Okma K. G. Crivelli L. 2013. Swiss and Dutch "consumer-driven health care": ideal model or reality? *Health Policy*, 109 (2), 105-112.
158. Oliver A. 2005. The English National Health Service: 1979-2005. *Health economics*, 14 (S1), S75-S99.

159. Potter C. Brough R. 2004. Systemic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy and Planning*, 19 (5), 336–345.
160. Rasanathan K. Atkins V. Mwansambo C. Soucat A. & Bennett S. 2018. Governing multisectoral action for health in low-income and middle-income countries: an agenda for the way forward. *BMJ Global Health*, 3 (Suppl 4), e000890.
161. Righolt A. J. Walji M. F. Feine J. S. Williams D. M. Kalendarian E. Listl S. 2020. An International Working Definition for Quality of Oral Healthcare. *JDR Clinical & Translational Research*, 5 (2), 102-106.
162. Robinson J. C. 2005. Health Savings Accounts - The Ownership Society in Health Care. *New England Journal of Medicine*, 353 (12), 1199-1202.
163. Robinson R. Bevan G. 2005. The interplay between economic and political logics: path dependency in health care in England. *Journal of health politics, policy and law*, 30 (1-2), 53-78.
164. Rothgang H. Cacare M. Grimmeisen S. Wendt C. 2005. The changing role of the state in healthcare systems. *European Review*, 13 (S1), 187-212.
165. Saif N. I. 2018. The Effect of Applying Accreditation Standards on Patients' Satisfaction in Jordanian Governmental Hospitals. *Modern Applied Science*, 12 (9), 57.
166. Schut F. T. Varkevisser M. 2017. Competition policy for health care provision in the Netherlands. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 121 (2), 126–133.
167. Segatto C. I. Béland D. Marchildon G. P. 2020. Federalism, Physicians, and Public Policy: A Comparison of Health Care Reform in Canada and Brazil. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 22 (3), 250-265.
168. Sheikh K. Sriram V. Rouffy B. Lane B. Soucat S. Bigdeli M. 2021. Governance Roles and Capacities of Ministries of Health: A Multidimensional Framework. *International journal of health policy and management*, 10(5), 237-243.
169. Stolper K. C. Boonen L. H. Schut F. T. Varkevisser M. 2019. Managed competition in the Netherlands: Do insurers have incentives to steer on quality? *Health Policy*, 123 (3), 293-299.
170. Toth F. 2019. How policy tools evolve in the healthcare sector. Five countries compared. *Policy Studies*, 42 (3), 232-251.
171. Toth F. 2020. Integration vs separation in the provision of health care: 24 OECD countries compared. *Health Economics, Policy and Law*, 15 (2), 160-172.
172. Veillard J. H. Brown A. D. Barış E. Permanand G. Klazinga N. S. 2011. Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: concepts, functions and assessment framework. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 103 (2-3), 191–199.

173. Violato C. 2013. Doctor-patient relationships, laws, clinical guidelines, best practices, evidence-based medicine, medical errors and patient safety. *Canadian Medical Education Journal*, 4 (1), e1–e6.
174. Vonk R. A. Schut F. T. 2019. Can universal access be achieved in a voluntary private health insurance market? Dutch private insurers caught between competing logics. *Health Economics, Policy and Law*, 14 (3), 315-336.
175. White F. 2015. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. *Medical principles and practice: International Journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, 24 (2), 103–116.
176. Wouters O. J. Cylus J. Yang W. Thomson S. McKee M. 2016. Medical savings accounts: assessing their impact on efficiency, equity and financial protection in health care. *Health Economics, Policy and Law*, 11 (3), 321-335.
177. Yin J. C. He A. J. 2018. Health insurance reforms in Singapore and Hong Kong: How the two ageing asian tigers respond to health financing challenges? *Health Policy*, 122 (7), 693-697.

ინტერნეტ-წყაროები

178. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ერთიანი პორტალი. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სტრუქტურა. <http://adjara.gov.ge/branches/description.aspx?gtid=1122918&gid=3#.YmGFdNpBy3A>. www.adjara.gov.ge. 10.04.2022
179. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. სტრატეგიები. (2013-2016). <https://ncdc.ge/#/blog/blog-list/f5455739-5773-4499-8e79-54a6cc7af898>. www.ncdc.ge. 05.06.2022.
180. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. სამინისტროს 3 წლიანი საქმიანობის შემაჯამებელი ანგარიში. <https://www.moh.gov.ge/ka/news/6435/saministros-3-wliani-saqmianobis-Semajamebeli-angariSi>. www.moh.gov.ge. 28.12.2021.
181. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. <https://www.moh.gov.ge/ka/news/6919/ministris-komentari-mTavrobis-sxdomis-Semdeg>. www.moh.gov.ge. 11.07.2022
182. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა დაიწყო. <https://www.moh.gov.ge/news/5778/>. www.moh.gov.ge. 07.01.2022

183. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. საინფორმაციო პორტალი / სამედიცინო დაწესებულება. <http://cloud.moh.gov.ge/Default.aspx>. www.moh.gov.ge. 12.08.2021
184. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. სტრუქტურა. <https://www.moh.gov.ge/ka/452/>. www.moh.gov.ge. 26.11.2021
185. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის პროექტის პრეზენტაცია. <http://moh.flash.ge/ka/news/429/#>. www.moh.gov.ge. 01.10. 2019
186. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი საინფორმაციო სისტემა. <http://ehealth.moh.gov.ge/Hmis/Portal/About.aspx>. www.moh.gov.ge. 10.01.2019.
187. საქართველოს პარლამენტი. არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ახალი ეროვნული სტრატეგიის პრეზენტაცია. <https://parliament.ge/print/news/parlamentshiaragadamdeb-daavadebata-preventsiisa-da-kontrolis-akhali-erovnulli-strategiis-prezentatsia-gaimarta>. www.parliament.ge. 06.06.2022.
188. საქართველოს პარლამენტი. პარლამენტში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ახალი ეროვნული სტრატეგიის პრეზენტაცია გაიმართა. <https://parliament.ge/print/news/parlamentshiaragadamdeb-daavadebata-preventsiisa-da-kontrolis-akhali-erovnulli-strategiis-prezentatsia-gaimarta>. www.parliament.ge. 27.02.2022
189. საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკა. Civil ენციკლოპედიური ლექსიკონი. სამართლებრივი სახელმწიფო. <http://www.nplg.gov.ge/gwdict/index.php?a=term&d=5&t=3028>. www.nplg.gov.ge. 21.12.2021
190. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. ჯანდაცვა 2021. <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>. www.geostat.ge. 19.10.2021
191. სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო. სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს სტრუქტურა. <http://rama.moh.gov.ge/geo/static/41/struqtura>. www.rama.moh.gov.ge. 28.01.2022
192. სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო. სააგენტოს სტრუქტურა. https://nha.gov.ge/ge/c/organizational_structure. www.nha.gov.ge. 29.11.2021

193. ჯანდაცვის ასოციაცია. ღია წერილი ბატონ ზურაბ ახარაშვილს.
https://www.healthcareassociation.ge/ka/blog/s2j53l2lrr3eesm3jbxash89nlpfy3?fbclid=IwAR3nEgi8K-O7uHAr30ymImjx8doa6x2JXUwGz0ow8_N56GG64KV6qCKX03s.
www.healthcareassociation.ge. 14.07.2022
194. AHRQ Agency for Healthcare Research and quality. AHRQ's Core Competencies.
<https://www.ahrq.gov/cpi/corecompetencies/index.html>. www.ahrq.gov. 12.02.2022.
195. Cambridge Dictionary. health care.
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/health-care>. www.dictionary.cambridge.org.
 18.03.2022
196. Cambridge Dictionary. healthcare.
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/healthcare>. www.dictionary.cambridge.org.
 18.03.2022
197. Care Quality Commission.The fundamental standards. <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/fundamental-standards>. www.cqc.org.uk. 22.04.2022
198. CDC Centers for Disease Control and Prevention. *CDC Organization*.
https://www.cdc.gov/about/organization/cio.htm?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fabout%2Forganization%2Findex.html. www.cdc.gov. 01.03.2022
199. Centers for Medicare & Medicaid Services. Regulations & Guidance.
<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Regulations-and-Guidance>. www.cms.gov.
 12.04.2022
200. CEOWORLD magazine. STATS GATE. Revealed: Countries With The Best Health Care Systems, 2021. <https://ceoworld.biz/2021/04/27/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2021/>. www.ceoworld.biz. 12.02.2022
201. EPA The Environmental Protection Agency. Laws & Regulations. <https://www.epa.gov/laws-regulations>. www.epa.gov. 11.03.2022
202. Gemeinsamer Bundesausschuss.The Federal Joint Committee. <https://www.g-ba.de/english/structure/>. www.g-ba.de. 25.03.2022
203. Government of the Netherlands. Monitoring the quality of healthcare.
<https://www.government.nl/topics/quality-of-healthcare/monitoring-and-quality-requirements/monitoring-the-quality-of-healthcare>. www.government.nl. 12.04.2022
204. Government of United Kingdom. Monitor.
<https://www.gov.uk/government/organisations/monitor>. . www.gov.uk. 17.04.2022

205. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP). Centers for Disease Control and Prevention. Health and Economic Costs of Chronic Diseases. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/costs/index.htm>. www.cdc.gov. 12.08.2021
206. Statista. Percentage of the U.S. population with health insurance in 2019 and 2020, by coverage type. <https://www.statista.com/statistics/235223/distribution-of-us-population-with-health-insurance-by-coverage/>. www.statista.com. 22.12.2021
207. The Joint Commission. *Accreditation & Certification*. <https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/>. www.jointcommission.org. 18.02.2022
208. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>. www.worldbank.org. 07.11.2021.
209. Thomas L. News Medical Life Sciences. 07.12.2021. What is the Role of Regulatory Bodies in Healthcare? <https://www.news-medical.net/health/What-is-the-Role-of-Regulatory-Bodies-in-Healthcare.aspx?showform=printpdf>. www.news-medical.net. 12.03.2022
210. U.S. Food and Drug Agency. Regulatory Information. <https://www.fda.gov/regulatory-information>. www.fda.gov. 18.02.2022
211. World Health Organization. Health system governance. https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab_1. www.who.int. 21.03.2021
212. World Population Review. Best Healthcare In The World 2021. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>. www.worldpopulationreview.com. 18.08.2021
213. ბიზნესი Powered by Bloomberg. 2020 წელს საწოლფონდი 6,3%-ით გაიზარდა - საქსტატი. <https://businessformula.ge/News/4029>. www.businessformula.ge. 03.09.2021

სახელისუფლებო დოკუმენტები

214. საქართველო. ა.რ. მთავრობა. 2013. დადგენილება: აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ (4, 08.05.2013). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
215. საქართველო. ა.რ. მთავრობა. 2021. დადგენილება: საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის დებულების დამტკიცების შესახებ (9, 23.07.2021). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

216. საქართველო. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის უმაღლესი წარმომადგენლობითი ორგანო. 2018. ა.რ. კანონი: აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის სტრუქტურის, უფლებამოსილებისა და საქმიანობის წესის შესახებ (79-უ.ს.შ.ს. 20.12.2018). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
217. საქართველო. საქართველოს მთავრობა, 2017. მთავრობის დადგენილება: 2018 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ. (592, 28.12.2017). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
218. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2007. დადგენილება: საქართველოს საჯარო სკოლების მასწავლებლებისთვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ. (256, 21.11.2007). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
219. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2007. დადგენილება: ქალაქ თბილისსა და იმერეთში მცხოვრები სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ. (166, 31.07.2007). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
220. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2007. მთავრობის დადგენილება: ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის დამტკიცების შესახებ. (11, 26.01.2007). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
221. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2008. დადგენილება: სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ. (92, 08.04.2008). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
222. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2009. დადგენილება: სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ. (218, 9.12.2009). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
223. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2009. დადგენილება: სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში 2009 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით მოსახლეობისათვის გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ. (32, 19.02.2009). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

224. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2009. დადგენილება: ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ. (33, 26.02.2009). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
225. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2010. მთავრობის დადგენილება: მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე. (359, 22.11.2010). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
226. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2010. მთავრობის დადგენილება: სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე. (385, 17.12.2010). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
227. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2010. მთავრობის დადგენილება: საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებაში ცვლილებებისა და დამატებების შეტანის თაობაზე. (110, 10.04.2010). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
228. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2012. მთავრობის დადგენილება: სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესების დამტკიცების შესახებ. (177, 14.05.2012). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
229. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2013. მთავრობის დადგენილება: საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ. (36, 21.02.2013). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
230. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2014. დადგენილება: 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის მთავრობის დადგენილება „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ დამტკიცების შესახებ. (724, 26.12.2014). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
231. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2014. მთავრობის განკარგულება: ერთის მხრივ, ევროკავშირს და ევროპის ატომური ენერჯის გაერთიანებას და მათ წევრ სახელმწიფოებსა და მეორეს მხრივ, საქართველოს შორის ასოცირების შესახებ შეთანხმებისა და საქართველოსა და ევროკავშირს შორის ასოცირების დღის წესრიგის

განხორციელების 2014 წლის ეროვნული სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ. (1516, 03.09.2014). თბილისი, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

232. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2014. მთავრობის დადგენილება: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემაში სსიპ-ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის დაფუძნების შესახებ. (122, 06.02.2014). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
233. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2015. მთავრობის დადგენილება: ინფექციურ დაავადებებზე, მათ შორის, განსაკუთრებით საშიში პათოგენებით გამოწვეულ დაავადებებზე, ეპიდზედამხედველობის ინტეგრირებული ეროვნული სისტემის ფუნქციონირების წესის დამტკიცების შესახებ. (336, 09.07.2015). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
234. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2015. მთავრობის დადგენილება: სამედიცინო, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებში დეზინფექციისა და სტერილიზაციის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების შესახებ. (185, 24.04.2015). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
235. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2017. მთავრობის დადგენილება: სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის №385 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ. (56, 03.02.2017). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
236. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2017. მთავრობის დადგენილება: საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის 2017-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე. (2, 11.01.2017). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
237. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2018. მთავრობის დადგენილება: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ. (473, 14.09.2018). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
238. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2019. მთავრობის დადგენილება: „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“

საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე. (520, 05.11.2019). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

239. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2019. მთავრობის დადგენილება: საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ. (334, 16.07.2019). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
240. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2019. მთავრობის დადგენილება: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებულ ზოგიერთ საჯარო სამართლის იურიდიულ პირში ფუნქციებისა და უფლებამოსილებების გადანაწილებასთან/განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელ ღონისძიებათა შესახებ. (487, 10.10.2019). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე
241. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2020. მთავრობის დადგენილება: საქართველოს ღია მმართველობის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭოს დებულებისა და შემადგენლობის დამტკიცების შესახებ. (110, 13.02.2020). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
242. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2020. მთავრობის დადგენილება: საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს დაფუძნების შესახებ. (12, 08.01.2020). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე
243. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2020. მთავრობის დადგენილება: საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს დაფუძნების შესახებ. (509, 17.08.2020). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე..
244. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2021. მთავრობის დადგენილება: აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ. (15, 22.03.2021). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
245. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2021. მთავრობის დადგენილება: თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო სტრატეგია 2021 – 2025-ის დამტკიცების შესახებ. (285, 16.06.2021). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

246. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2022. მთავრობის დადგენილება: 2022 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ. (4, 01.12.2022). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
247. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2022. მთავრობის დადგენილება: სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზისა და კონტროლის 2022 წლის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ. (2, 10.01.2022). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
248. საქართველო. საქართველოს მთავრობა. 2022. მთავრობის დადგენილება: საქართველოს 2022 – 2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ. (230, 02.05.2022). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
249. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2021. მინისტრის ბრძანება: „ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შემოწმების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2020 წლის 8 სექტემბრის №01-100/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე. (01-38/ნ, 21.04.2021). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
250. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2020. მინისტრის ბრძანება: ინფექციის კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში - ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) დამტკიცების თაობაზე. (01-455/ო, 14.09.2020). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
251. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2022. მინისტრის ბრძანება: პირველ ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის (ფორმა №1 და ფორმა №2) ფორმების დამტკიცებისა და მისი გამოწერის, შეძენის, შენახვის, აღრიცხვის, გაცემისა და განადგურების წესის შესახებ. (01-30/ნ, 08.04.2022). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
252. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2017. მინისტრის ბრძანება:

სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო ჩანაწერების შენახვის შესახებ. (01-35/ნ, 17.04.2019). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

253. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2019. მინისტრის ბრძანება: სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ. (01-26/ნ, 25.03.2019). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
254. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2018. მინისტრის ბრძანება: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან პროფესიული განვითარების საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ. (№01-9/ნ, 15.08.2018). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
255. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2019. მინისტრის ბრძანება: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 12 სექტემბრის №01-63/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე. (01-40/ნ, 10.05.2019). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
256. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2021. მინისტრის ბრძანება: საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - ინფორმაციული ტექნოლოგიების სააგენტოს დებულების დამტკიცების შესახებ. (01-48/ნ, 19.05.2021). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
257. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2019. მინისტრის ბრძანება: საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრის დებულების დამტკიცების შესახებ. (01-50/ნ, 12.06.2019). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
258. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2018. მინისტრის ბრძანება: საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - სოციალური მომსახურების სააგენტოს

დებულების დამტკიცების შესახებ. (01-14/ნ, 03.10.2018). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

259. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2020. მინისტრის ბრძანება: სსიპ - ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს დებულების დამტკიცების შესახებ. (01-91/ნ, 18.08.2020). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
260. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2022. მინისტრის ბრძანება: ფსიქოტროპული მედიკამენტებისა და სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ფარმაცევტულ პროდუქტთან გათანაბრებული სამკურნალო საშუალებების გამოსაწერი ფორმა N2 ელექტრონული რეცეპტის ბრუნვის წესის დამტკიცების თაობაზე. (01-31/ნ, 08.04.2022). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
261. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2020. მინისტრის ბრძანება: ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შემოწმების წესის დამტკიცების შესახებ. (01-100/ნ, 08.09.2020). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
262. საქართველო. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2019. მინისტრის ბრძანება: ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონული ჩანაწერების სისტემის (EHR) ფუნქციონირებისა და წარმოების წესის განსაზღვრის შესახებ. (01-1/ნ, 03.01.2019). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
263. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 1997. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. (1139, 10.12.1997). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
264. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 1997. საქართველოს კანონი: წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ. (659, 17.04.1997). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
265. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2000. საქართველოს კანონი: პაციენტის უფლებების შესახებ. (283, 05.05.2000). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

266. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2001. საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ. (904, 08.06.2001). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
267. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2001. საქართველოს კანონი: „ინვალიდთა სოციალური დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილებებისა და დამატებების შეტანის თაობაზე (972, 20.06.2001). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
268. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2002. საქართველოს კანონი: „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილებების შეტანის თაობაზე. (1815, 12.03.2002). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
269. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2003. საქართველოს კანონი სავალდებულო სოციალური დაზღვევის შესახებ. (2416, 20.06.2003). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
270. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2004. საქართველოს კანონი: საქართველოს მთავრობის სტრუქტურის, უფლებამოსილებისა და საქმიანობის წესის შესახებ. (3277, 11.02.2004). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
271. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2005. საქართველოს კანონი: ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ. (1775, 24.06.2005). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
272. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2007. საქართველოს კანონი: საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ. (5069, 27.06.2007). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
273. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2008. კანონი: „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილებებისა და დამატებების შეტანის თაობაზე. (5999, 21.03.2008). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
274. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2008. საქართველოს ორგანული კანონი: აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კონსტიტუციის დამტკიცების თაობაზე. (232, 15.07.2008). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
275. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2014. საქართველოს პარლამენტის დადგენილება: „ერთი მხრივ, საქართველოსა და, მეორე მხრივ, ევროკავშირსა და ევროპის ატომური ენერჯის გაერთიანებას და მათ წევრ სახელმწიფოებს შორის ასოცირების შესახებ შეთანხმების“ რატიფიცირების თაობაზე. (2495-რს, 18.07.2014). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

276. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2017. საქართველოს კონსტიტუციური კანონი: აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის შესახებ. (1325-რს, 13.10.2017). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
277. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2018. კონსტიტუციური კანონი: „საქართველოს კონსტიტუციაში ცვლილების შეტანის შესახებ“ საქართველოს კონსტიტუციურ კანონში ცვლილების შეტანის თაობაზე. (2071-III, 23.03.2018). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
278. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. 2021. პარლამენტის დადგენილება: „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონის აღსრულების მდგომარეობის თაობაზე. (455-IVმს-Xმპ, 13.04.2021). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
279. საქართველო. საქართველოს პარლამენტი. საქართველოს კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ. (660, 18.04.1997). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
280. საქართველო. საქართველოს პრეზიდენტი. 1997. პრეზიდენტის ბრძანებულება: საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების ეკონომიკური მექანიზმების სრულყოფის შესახებ. (158, 30.03.1997). თბილისი, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
281. საქართველო. საქართველოს პრეზიდენტი. 2001. ბრძანებულება: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბის შემცირებისა და კორუფციასთან ბრძოლის პირველი რიგის ღონისძიებათა შესახებ. (69 23.02. 2001) თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
282. საქართველო. საქართველოს პრეზიდენტი. 2001. პრეზიდენტის ბრძანებულება: უმაღლესი შემდგომი სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კადრების მართვის გაუმჯობესების ღონისძიებათა შესახებ. (478, 24.11.2001). თბილისი, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
283. საქართველო. საქართველოს პრეზიდენტი. 2002. პრეზიდენტის ბრძანებულება: საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ჩამოყალიბების შესახებ. (558, 31.12.2002). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
284. საქართველო. საქართველოს პრეზიდენტი. 2003. პრეზიდენტის ბრძანებულება: საქართველოს აღმასრულებელი ხელისუფლების სამთავრობო დაწესებულებების

სისტემაში ავტონომიური რესპუბლიკის შესაბამისი სამინისტროებისა და უწყებებისათვის ლიცენზიებისა და ნებართვების გაცემის უფლებამოსილების გადაცემის წესის შესახებ. (472, 29.09.2003). თბილისი, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

285. საქართველო. საქართველოს პრეზიდენტი. 2010. პრეზიდენტის ბრძანებულება: საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის დაფუძნების შესახებ. (386, 07.06.2010). თბილისი, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

286. საქართველო. საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტი, 1994. დადგენილება: ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის ღონისძიებათა პირველი ეტაპის შესახებ. (728, 10.10.1994). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

287. საქართველო. საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტი. 1995. საქართველოს რესპუბლიკის კონსტიტუციური კანონი: საქართველოს კონსტიტუცია. (786, 24.08.1995). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

288. საქართველო. საქართველოს საგარეო საქმეთა სამინისტრო. 2014. საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულება და შეთანხმება: ასოცირების შესახებ შეთანხმება ერთის მხრივ, საქართველოსა და მეორეს მხრივ, ევროკავშირს და ევროპის ატომური ენერჯის გაერთიანებას და მათ წევრ სახელმწიფოებს შორის. (200/42, 27.06.2014). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

289. საქართველო. საქართველოს სახელმწიფოს მეთაური. 1994. ბრძანებულება: საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის სამუშაოების შესრულების უზრუნველყოფის შესახებ. (400 23.12.1994). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

290. საქართველო. საქართველოს სახელმწიფოს მეთაური. 1995. ბრძანებულება: ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პროცესში სამედიცინო დაწესებულებების მუშაკთა სოციალური დაცვის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ. (351, 13.09. 1995). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

291. საქართველო. საქართველოს სახელმწიფოს მეთაური. 1995. ბრძანებულება: ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პირველ ეტაპზე მოსახლეობისათვის სახელმწიფო დახმარების გაფართოების შესახებ. (464, 04.11.1995). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

292. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2006. მინისტრის ბრძანება: კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ. (94/ნ, 27.03.2006). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
293. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2009. მინისტრის ბრძანება: სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმების უფლებისა და შესაბამისი განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალის ნუსხის დამტკიცების შესახებ. (244/ნ, 16.07.2009). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
294. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2009. მინისტრის ბრძანება: სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ. (108/ნ, 19.03.2009). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
295. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2007. მინისტრის ბრძანება: საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის დებულების დამტკიცების შესახებ. (107/ნ, 08.03.2007). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
296. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2007. მინისტრის ბრძანება: საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების დამტკიცების შესახებ. (190/ნ, 27.06.2007). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
297. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2006. მინისტრის ბრძანება: პირველ ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის ლეგალური ბრუნვის სფეროში საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოსთვის სავალდებულო ინფორმაციის მიწოდების სისტემის შექმნის შესახებ. (140/ნ, 25.05.2006). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

298. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2019. ბრძანება: „სსიპ-სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 28 დეკემბრის №01-64/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის შესახებ. (01-68/ნ, 16.10.2019). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
299. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2011. მინისტრის ბრძანება: „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“. (01-64/ნ, 28.12.2011). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
300. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2011. მინისტრის ბრძანება: ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ. (01-41/ნ, 15.08.2011). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
301. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2017. მინისტრის ბრძანება: იმ ქვეყნების ნუსხის დამტკიცების შესახებ, რომელთა მიერ გაცემული დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო მოწმობით მის მფლობელს უფლება აქვს, საქართველოში განახორციელოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა შესაბამის სპეციალობაში (სპეციალობებში) სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების გარეშე და იმ ქვეყნების ნუსხის, რომელთა დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის პროგრამა შეესაბამება სამინისტროს მიერ განსაზღვრულ კრიტერიუმებს. (01-42/ნ, 28.06.2017). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
302. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2016. მინისტრის ბრძანება: ინფექციის კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში - ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) დამტკიცების თაობაზე. (№01-268/ო, 20.12.2016). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
303. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2014. მინისტრის ბრძანება: მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული

პროდუქტის (სამკურნალო საშუალების) რეცეპტის გამოწერის წესისა და ფორმა №3 - რეცეპტის ბლანკის ფორმის დამტკიცების შესახებ. (01-53/ნ, 18.07.2014). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

304. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2016. მინისტრის ბრძანება: მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის (სამკურნალო საშუალების) ფორმა №3 ელექტრონული რეცეპტის ბრუნვის წესის დამტკიცების თაობაზე. (01-29/ნ, 28.07.2016). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

305. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2015. მინისტრის ბრძანება: ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობის, პრევენციისა და კონტროლის წესების დამტკიცების შესახებ. (01-38/ნ, 07.09.2015). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

306. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2011. მინისტრის ბრძანება: რეცეპტის სპეციალურ ბლანკებზე გამოსაწერი სამკურნალო საშუალებების ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ. (01-34/ნ, 15.06.2011). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

307. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი. 2016. მინისტრის ბრძანება: სამედიცინო დაწესებულებების კლასიფიკაციის განსაზღვრის თაობაზე. (01-9/ნ, 04.03.2016). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

308. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2000. მინისტრის ბრძანება: სამედიცინო ეთიკის კომისიის დებულების დამტკიცების შესახებ. (128/ნ, 02.10.2000). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

309. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2012. მინისტრის ბრძანება: სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ. (01-27/ნ, 23.05.2012). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

310. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2012. მინისტრის ბრძანება: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ზოგიერთი ნორმატიული აქტის ძალადაკარგულად

გამოცხადების შესახებ. (01-34/ნ, 12.06.2012). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

311. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2003. მინისტრის ბრძანება: საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს სისტემაში შემავალი აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტროსათვის სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობისათვის ლიცენზიის გაცემის უფლებამოსილების გადაცემის წესის დამტკიცების შესახებ. (310/ნ, 02.12.2003). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
312. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2018. მინისტრის ბრძანება: საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ. (01-5/ნ, 07.02.2018). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
313. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2010. მინისტრის ბრძანება: საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის დებულების დამტკიცების შესახებ. (192/ნ, 30.06.2010). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
314. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2004. მინისტრის ბრძანება: სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ფარმაცევტულ პროდუქტთან გათანაბრებული სამკურნალო საშუალებების ნუსხისა და მათი ლეგალური ბრუნვის წესების დამტკიცების შესახებ. (22/ნ, 22.01.2004). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
315. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2012. მინისტრის ბრძანება: სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ. (01-63/ნ, 12.09.2012). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.
316. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2017. სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმების უფლებისა და შესაბამისი განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალის ნუსხის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის

16 ივლისის №244/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის შესახებ. (01-21/ნ, 01.05.2017).
თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

317. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტრო. 2016. მინისტრის ბრძანება: სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის
წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ. (01-2/ნ, 18.01.2016). თბილისი: საქართველოს
საკანონმდებლო მაცნე.

318. საქართველო. სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო. 2021. დირექტორის
ბრძანება: სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს ცენტრალური აპარატის
სტრუქტურული ერთეულების და ტერიტორიული ორგანოების დებულებების
დამტკიცების თაობაზე. (10-8/ო, 15.09.2020). თბილისი: საქართველოს საკანონმდებლო
მაცნე.

319. Deutschland. Bundesministerium der Justiz. 1976. Gesetz, Akt: Sozialgesetzbuch (SGB) -
Viertes Buch (IV) - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (DEU-1976-L-77191,
23.12.1976). Bundesgesetzblatt.

320. United Nations. 1948. General Assembly Resolution (217A, 10.12.1948). web-site: www.un.org

321. World Health Organization. 2004. Constitution of the World Health Organization. (CH_IX_1,
Vol. 1. 22.07.1946). WHO – Basic Documents.