

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება თბილისში

დეკემბერი, 2018

რეფორმის ზოგადი მოთხოვნები პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების თაობაზე ქ. თბილისში

ქალაქებში პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების დაგეგმვა გეოგრაფიული სისტემის გამოყენებით არ ხდება. ქალაქის ტიპის დასახლებებში უფრო მნიშვნელოვანია რაციონალური ზომის ჯგუფური პრაქტიკების ჩამოყალიბება. ჯგუფური მუშაობა ხელს უწყობს მაღალეფექტური პროფესიული ურთიერთობების ჩამოყალიბებას და ზრდის მიმდინარე და კაპიტალური დანახარჯების რენტაბელურობას.

თბილისში, მსოფლიო ბანკის მიერ შემუშავებული გენგეგმის შესაბამისად, პირველადი ჯანდაცვის თითოეულ ობიექტზე სამიზნე მოსახლეობის მინიმალური რაოდენობა განისაზღვრა 20,000 შერეული (ყველა ასაკის) მოსახლით.

თუმცა, პირველადი ჯანდაცვის განვითარების მოცემულ ეტაპზე, სამიზნე მოსახლეობის ქვედა დონეს 20,000 პაციენტის განსაზღვრა მიუღებელია იმ რეგიონული ცენტრების შემთხვევაში, რომლებიც თბილისთან შედარებით ბევრად პატარებია. მოსახლეობის მიმაგრება რეგიონულ ცენტრებში/ქალაქებში, სასურველია, აღემატებოდეს 30,000 ყველა ასაკის მოსახლეს, თითოეული პჯდ ობიექტისთვის.

გარდა ამისა, გენგეგმის მიხედვით, რა მიდგომაც არ უნდა იქნას გამოყენებული, მიღებული უნდა იყოს ინფორმირებული გადაწყვეტილება შემდეგი ტექნიკური საკითხების გათვალისწინებით:

პირველი:

ფიზიკური ინფრასტრუქტურის მდგომარეობის შეფასება, რომელიც იძლევა ინფორმაციას, ინფრასტრუქტურის რეაბილიტაციის მიზანშეწონილობისა და კაპიტალური ხარჯების შესახებ;

მეორე:

გაანგარიშება, რომელიც მიუთითებს, რომ სახელმწიფო დაფინანსებით პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი რენტაბელურია 20,000 ყველა ასაკის მოსახლეობის მოცვის "უდანაკარგო წერტილის" პირობებში, იმის გათვალისწინებით, რომ ერთი ექიმისა და ერთი ექთნისაგან შემდგარი გუნდი ემსახურება 2000-2400 ყველა ასაკის (ბავშვთა/მოზრდილთა) მოსახლეს.

მესამე

მიღწევადობის კარტოგრაფიული განსაზღვრა ურბანულ კონტექსტში.

საკითხის კომპლექსურობიდან გამომდინარე, რაციონალიზაციის გადაწყვეტილება, ანალიტიკური მეთოდების გარდა, შესაძლოა მიღებული იქნას სხვადასხვა მოდელებით, როგორცაა: სახელმწიფოს მიერ მინიჭებული უფლებამოსილების ფარგლებში (კანონმდებლობისა და მმართველი ხელისუფლების მიერ მინიჭებული

უფლებამოსილების ფარგლებში, მაგალითად სამინისტროს გადაწყვეტილებით ინფორმირებული დასკვნების საფუძველზე, წარმომადგენლობითი ან სასამართლოს უფლებამოსილების გადაწყვეტილებით და ა.შ.), საექსპერტო და საზოგადოებრივი კონსენსუსის საფუძველზე, მოლაპარაკებისა და/ან კონკურსის გზით. გენგემა უპირატესობას ანიჭებს კონკურსის გზას. თუმცა, მათივე რეკომენდაციით, ოთხივე მეთოდი იმსახურებს ყურადღებას და ოთხივე რენტაბელურია. საკონსურსო გადაწყვეტილების მიდგომის უპირატესობას წარმოადგენს ის, რომ მისი ორგანიზება იოლია, არ მოითხოვს დიდ დროს (სულ რამდენიმე თვეს) და ამცირებს დაინტერესებულ მხარეთა მიერ შეფერხებისა და პოლიტიზაციის რისკს. ასევე, ეს მიდგომა ხელს შეუწყობს თბილისში პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტულობას და საბაზრო ძალების მსგავსი რესურსების მოზიდვას.

აღნიშნული რაციონალიზაციის ეფექტური გამოყენების მიზნით, ყველა ეს პროცესი უნდა იმართებოდეს ისე, რომ უზრუნველყოფილი იქნას ადეკვატური გამჭვირვალობა და საზოგადოების მხრიდან რეაქციის გამოხატვის შესაძლებლობა. დაგეგმვისას მიღებული გადაწყვეტილებანი უნდა ექვემდებარებოდეს არსებულ, ან სათანადოდ მოდიფიცირებულ კანონებსა და რეგულაციებს.

მსგოლიო ბანკის მიერ შემუშავებული გენერალური გეგმის რეკომენდაციები, დღესაც აქტუალურია. აღნიშნული გენგეგმის მიხედვით, თბილისში პირველადი ჯანდაცვის გენერალური დაგეგმვის შესახებ გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში, გასათვალისწინებელია შემდეგი პრინციპები:

1. აღიარება იმისა, რომ თბილისი, როგორც საქართველოს დედაქალაქი, პჯდ-ის ლიდერი და მთავარი რესურსი უნდა იყოს მთელი ქვეყნის მასშტაბით;
2. პჯდ-ს განვითარება, როგორც ქალაქის მოსახლეობისათვის ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების მთავარი მაგისტრალი;
3. პირველადი ჯანდაცვის საუკეთესო პრაქტიკის ცენტრების შექმნა დედაქალაქში ინფორმაციის გავრცელების მიზნით, ქვეყნის მასშტაბით;
4. მომსახურებათა მიმართვა სოციალურად დაუცველი ფენებისაკენ;
5. პჯდ-ის დაკავშირება ქალაქის რაციონალიზებულ საავადმყოფო და სასწრაფო გადაუდებელ დახმარებასთან ისე, რომ შენარჩუნებული იქნას PHC პრიორიტეტულობა და განვითარება;
6. არსებული კერძო სექტორის იმ დაწესებულებათა შევსება, რომლებიც უზრუნველყოფენ მაღალხარისხოვანი პჯდ მომსახურების გაწევას;

7. უზრუნველყოფა იმისა, რომ პაციენტებს შეუნარჩუნდეთ უფლება, თვითონ ამოირჩიონ ექიმები და პჯდ ცენტრები, რაც, თავის მხრივ, საბაზრო მექანიზმების ამოქმედებით, ხელს შეუწყობს ეფექტურობისა და პროდუქტიულობის გაზრდას;
8. საზოგადოებასთან ადეკვატური კონსულტაციები და მისი თანამონაწილეობის უზრუნველყოფა, ფასებისა და საზოგადოებრივი და პოლიტიკური მოლოდინის მართვის პროცესში.

საერთაშორისო გამოცდილება ცხადყოფს, რომ პჯდ-ს რეფორმა, ინფრასტრუქტურის განვითარებასთან ერთად, მოიცავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის, პროფესიული და ინსტიტუციონალური განვითარების პროცესს, რომელიც არ იფარგლება ადამიანური რესურსების ტრენინგით მხოლოდ, არამედ მათი (ფინანსური და სხვა საშუალებებით) მოტივირებისა და უნარ-ჩვევების მუდმივ განახლებასაც მოითხოვს.

აღნიშნული ამოცანების მისაღწევად, საქართველოში ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასსა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომში - სამინისტრო) შორის 2017 წლის 21 დეკემბერს თანამშრომლობისა და პარტნიორობის შესახებ ხელმოწერილი შეთანხმების საფუძველზე დაიწყო 2017-2019 წლებში განსახორციელებელი პროექტის - „პირველადი ჯანდაცვის საპილოტე დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება საქართველოში“ განხორციელება. პროექტის ფარგლებში შერჩეულ იქნა საპილოტე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები.

პილოტური გარემო შექმნის შესაძლებლობას სხვადასხვა ვარიანტის დანერგვისა და გაანალიზებისათვის. კარგი იქნება, თუ პილოტირების პროცესში შეიქმნება მუშაობის არსებული მეთოდების შეცვლისა და ცვლილებების შედეგებზე მონიტორინგის პირობები.

ამასთან, გასათვალისწინებელი არის გარდამავალი ხასიათის ღონისძიებები, რაც საჭირო იქნება მანამ, ვიდრე გადასამზადებლად შერჩეული კადრი, ახალ პროფესიულ ამპლუაში, სრული დატვირთვით შეუდგებოდეს მუშაობას.

პილოტური ცენტრებისათვის ადამიანური რესურსის დაგეგმვის პროცესი, ბუნებრივია, გარკვეულ იურიდიულ და ფუნქციონალურ ჩარჩოებში უნდა ხორციელდებოდეს, რაც გარკვეულწილად ზღუდავს პილოტის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების შესაძლებლობებს, თუმცა, პილოტური პროგრამების გამოყენება შედარებით გრძელვადიანი პროცესების გამოკვლევის საუკეთესო საშუალებაა.

რეფორმის მოთხოვნები პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის/ადამიანური რესურსების განვითარებასთან დაკავშირებით ქ.თბილისში

მარეგულირებელი გარემოს გაძლიერების მიზნით, საქართველოს ჯანდაცვის მთავრობა აწესებს სანებართვო პირობებს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებებისათვის.

განისაზღვრა მინიმალური მოთხოვნები თბილისში პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების ინფრასტრუქტურის მიმართ, სადაც გათვალისწინებულია:

- a) მომსახურების მიმწოდებლების ფუნქციონირების თავისებურებები;
- b) პაციენტების საჭიროებები და უფლებები (კონფიდენციალობა, პრივატულობა, პაციენტის ღირსების დაცვა და კომფორტი);
- c) დადგენილი სამშენებლო-საინჟინრო სტანდარტები;
- d) ეკონომიკური პარამეტრები

ძირითადი პრინციპები

- მუშაობს კონკრეტულ თემში და გააჩნია ლოკალურად პჯდ სერვისის მიწოდების „ისტორიული“ გამოცდილება;
- ინტერესთა კონფლიქტის არარსებობა (ჰოსპიტალურ, ფარმაცევტული კომპანიებთან ასოცირება და სხვ.);
- რეგისტრირებული ბენეფიციარების რაოდენობა აღემატება 20,000 შერეულ (ბავშვთა/მოზრდილთა) მოსახლეს;
- დაცულია გეოგრაფიული მიღწევადობის "პარამეტრები" - მომსახურების არეალი განისაზღვროს - სამედიცინო დაწესებულებიდან არაუმეტეს 15 კმ-იანი რადიუსით;
- პროგრამის განსახორციელებლად იმ ორგანიზაციის შერჩევას, რომელიც ფლობს რამდენიმე ამბულატორიულ დაწესებულებას, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის და კონტიგენტის მიმაგრების პრინციპი, დაცული უნდა იქნას ორგანიზაციის შემადგენლობაში შემავალი, ცალკეული ამბულატორიის მიმართ.

სპეციფიკური მოთხოვნები შენობასთან/საოფისე აღჭურვილობასთან დაკავშირებით:

- შენობა - თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისი, კარგ მდგომარეობაში:
 - ✓ ადვილად დასასუფთავებელ-დასამუშავებელი და სითხეების, ქიმიური ნივთიერებებისა და სადეზინფექციო საშუალებების მიმართ მდგრადი იატაკი, კედლები და სამუშაო ზედაპირები;

- ✓ ინფრასტრუქტურა და საშუალებები პირადი ჰიგიენის დაცვის, შენობის დასუფთავებისა და დეზინფექციისათვის (წყალმომარაგება, საპირფარეოები პერსონალისა და პაციენტებისთვის, ჰიგიენისა და სადეზინფექციო საშუალებები);
- ✓ სამედიცინო დაწესებულების ეზო უნდა იყოს სუფთა და თავისუფალი ნარჩენებისგან;
- ✓ სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტთათვის თვალსაჩინო ადგილას განთავსებული ან ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ინფორმაცია ამ დაწესებულების მიერ მიწოდებული სერვისების სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამებით დაფარვის შესახებ. ამასთან, „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან“ დაკავშირებული დამატებითი ინფორმაციის შინაარსი და ფორმატი განისაზღვრება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის შესაბამისი ნორმატიული აქტით;
- პირობები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უსაფრთხო გადაადგილებისათვის.
- 5-გუნდიანი პჯდ პრაქტიკისთვის, შენობის მინიმალური ფართობი განისაზღვრა - 320მ²-ით, ამასთან დამატებით 40მ², თითოეულ დამატებით გუნდზე; შესაბამისად - 8 გუნდიანი - 440მ²; 10-გუნდიანისთვის - 520მ².
 - ✓ საკონსულტაციო ოთახის ფართობი, სადაც განთავსებულია გასასინჯი ტახტი, უნდა იყოს არანაკლებ 12მ²;
 - ✓ საკონსულტაციო ოთახის ფართობი, სადაც არ არის გასასინჯი ტახტი, უნდა იყოს არანაკლებ 9მ².
 - ✓ მხოლოდ გასასინჯი ოთახის ფართობი არ უნდა იყოს 4,5მ²-ზე (შესაძლოა 6,7მ²) ნაკლები (1,86 გასასინჯი ტახტის სიგრძე);
 - ✓ საპროცედურო ≈17,5მ²
 - ✓ საპროცედურო ≈9,5მ² (9,5მ²- ნაკლებიც) შეზღუდული გამოყენებით;
 - ✓ მოსაცდელი სივრცე სრული საპემანო სისტემის პირობებში 5 ადგილი (≈1მ²- თითოეულ ადგილზე) თითო საკონსულტაციო ოთახზე;
 - ✓ ტუალეტი (მ.შ. ეტლით მოძრაობის საშუალება);
 - ✓ წყალი ყველა კლინიკური დანიშნულების ოთახში;
 - ✓ სივრცის ≈30%-მდე საჭიროა ცირკულაციისათვის;
 - ✓ მიმღების ოფისი და დოკუმენტების შესანახი სივრცე არ უნდა იყოს ≈2მ² -ზე ნაკლები ყოველ 1000 პაციენტზე, რომელთა ჩანაწერებიც ინახება დაწესებულებაში;
 - ✓ დამატებითი სივრცე ბეჭდვისა და სამდივნო სამუშაოებისათვის საჭიროა და არ უნდა იყოს ≈1მ² -ზე ნაკლები, ყოველ 1000 პაციენტზე;
 - ✓ გაზიარებული ოთახი ≈1,5მ² თითოეულ პერსონაზე ერთდროულად მუშაობის პირობებში ოთახში, რომლის მინიმალური ფართობია ≈9,5მ²;

- ხანძარსაწინააღმდეგო, შრომითი უსაფრთხოების, განათების, გათბობის და ვენტილაციის ადექვატური სისტემები, ასევე: მიმწოდებელის მიერ, სამედიცინო მომსახურების გაწევისას, უზრუნველყოფილ უნდა იქნას:
 - a) უწყვეტი ელექტრომომარაგება, ელექტროენერჯის ავტონომიური წყარო;
 - b) ხელოვნური ან/და ბუნებრივი ვენტილაცია, ამასთან, სამანიპულაციო/საპროცედურო/ექიმის ოთახ(ებ)ში უნდა იყოს ბუნებრივი განათება/ვენტილაცია.
 - c) ვაქცინების მომარაგება/შენახვის პირობები (ცივი ჯაჭვით უზრუნველყოფა, უწყვეტი დენის წყარო);
 - d) სტაბილური ტემპერატურული რეჟიმი, საშუალოდ 18-25°C.
- მედიკამენტების, ინსტრუმენტების, აღჭურვილობის უსაფრთხოება - შესაბამისი კონტრაქტები მეტროლოგიის, კალიბრაციის, მედსერვისის და ა.შ.
- მომსახურების მიმწოდებელი უნდა ახორციელებდეს:
 - a) იმუნიზაციის სერვისს (ვაქცინაციის კაბინეტი ფართით არანაკლებ 12 მ²), კანონმდებლობით დადგენილი წესით, „პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრისა და იმუნიზაციის მართვის წესების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 19 ნოემბრის №01-57/ნ ბრძანების შესაბამისად;
 - b) სამედიცინო ნარჩენების მართვას, კანონმდებლობით დადგენილი წესით, „ტექნიკური რეგლამენტის – „სამედიცინო ნარჩენების მართვა“ დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 26 ივნისის №294 დადგენილების შესაბამისად;
 - c) დეზინფექციასა და სტერილიზაციას (მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო იარაღების, საგნებისა და მასალებისათვის) „სამედიცინო, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებში დეზინფექციისა და სტერილიზაციის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 24 აპრილის №185 დადგენილების შესაბამისად;
 - d) სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების კონტროლს და პრევენციას, კანონმდებლობით დადგენილი წესით, „ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდემიოლოგიის, პრევენციისა და კონტროლის წესების დამტკიცების შესახებ“ სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 7 სექტემბრის ბრძანება №01-38/ნ ბრძანების შესაბამისად.

- ფუნქციონირებისათვის საჭირო საოფისე აღჭურვილობა (საოფისე ავეჯით - საოფისე მაგიდა, სკამი, პაციენტის გასასინჯი ტახტითა და სამედიცინო მედიკამენტების/ინსტრუმენტების კარადით, კომპიუტერით და სხვ.);
- საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიით უზრუნველყოფა და ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების სისტემაზე ხელმისაწვდომობა, სულ მცირე, წინასწარი ჩაწერის/რიგების მართვის მიზნით, ელექტრონული ინტერფეისი გამოსახვით სადიაგნოსტიკო/ლაბორატორიული სერვისებთან და ელექტრონული რეცეპტების გასაგზავნად ფარმაცევტულ ქსელში.
- პჯდ სერვისის ხელმისაწვდომობა სამუშაო კვირის განმავლობაში განისაზღვროს შემდეგნაირად: სამუშაო დღეებში - 9.00-20.00 სთ, შაბათობით - 9.00-18.00 სთ.

მოთხოვნები პჯდ დონეზე მომსახურების გასაწევად საჭირო სამედიცინო აღჭურვილობასთან დაკავშირებით:

- არტერიული წნევის საზომი აპარატი, სიმაღლის მზომი და სასწორი, მხედველობის სიმახვილის და ფერებზე შეგრძნების მზომი ტაბულები, ელექტროკარდიოგრაფი, პიკ-ფლოუმეტრი, ოტოსკოპი, ოფთალმოსკოპი, უროტესტები, ჰემოგლობინომეტრი, პრევენციის ინსტრუმენტები (ბავშვთა განვითარებაზე მეთვალყურეობის, კარდიო-ვასკულური რისკების, დიაბეტის განვითარების რისკის შესაფასებელი ინსტრუმენტები და სხვ.) და ა.შ.
- აუცილებელი მედიკამენტებისა და სამედიცინო ბლანკების მარაგები. მომსახურების მიმწოდებელს უნდა გააჩნდეს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებისა და ანტიშოკური თერაპიის უზრუნველყოფის შესაძლებლობა. მომსახურების მიმწოდებელი, კანონმდებლობით დადგენილი წესით, უნდა აწარმოებდეს სამედიცინო და სტატისტიკურ დოკუმენტაციას.
- მომსახურების მიმწოდებელს უნდა გააჩნდეს პოლიფარმაციის შემთხვევებზე რეაგირების შიდა სისტემა, რომელიც მოიცავს პაციენტის დანიშნულებების მონიტორინგს, პოლიფარმაციის შემთხვევების იდენტიფიცირებას, შესწავლას, აღრიცხვას და მართვას (მ.შ. რეაგირებას).

მოთხოვნები პჯდ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ პერსონალთან დაკავშირებით

8-10 ტრენირებული ოჯახის ექიმის გუნდი (პრევენციაზე ორიენტირებული).

მომსახურების მიწოდების პროცესში მონაწილე სამედიცინო პერსონალის სერტიფიკატი/კვალიფიკაცია უნდა აკმაყოფილებს კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს.

საჭირო პერსონალის რაოდენობა (იგულისხმება სრულ განაკვეთზე - კვირაში 40-45 სთ);

- ✓ სერთიფიცირებული ოჯახის ექიმი - 8-10;

- ✓ პრევენციაში ტრენინგული ექთანი/სხვა დამხმარე ფუნქციებში
გადამზადებული პერსონალი, ექიმის კლინიკური ხელმძღვანელობით - 8-10
(მ.შ. უბნის ექთანი - 4-5; პრევენციული/საპროცედურო/იმუნიზაციის
კაბინეტის ექთანი - 4-5)
- ✓ მიმღები ოფისი/რეგისტრატურა - 4- 6
- ✓ კლინიკური მენეჯერი - 1
- ✓ სტატისტიკოსი/საინფორმაციო ასისტენტი - 2-3
- ✓ ადმინისტრაციული (მ.შ. დირექტორი, ხარისხის მართვა, ზოგადსაექიმო
პრაქტიკის მენეჯერი, საექთნო საქმიანობის მენეჯერი, საინფორმაციო
სამსახურის მენეჯერი) და სხვა დამხმარე პერსონალი (საფინანსო-სააღრიცხვო,
დამლაგებელი, დარაჯი და სხვ.) - 16-20

ოჯახის ექიმის/გუნდის კონტრაქტირების დროს გასათვალისწინებელი რეკომენდაციებია:

- ოჯახის ექიმის სამუშაო კვირის საათების სავარაუდო განაწილება
განხორციელდეს შემდეგნაირად: 28 სთ ამბულატორიული მიღება, 4 სთ ბინაზე
მომსახურება, 4 სთ გუნდის შეხვედრებისათვის, 4 სთ
თვითგანვითარებისათვის/უპგ-სთვის, 2-6 სთ - სხვა ორგანიზაციული
საქმიანობისათვის.
- ოჯახის ექიმი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პაციენტისთვის ამბულატორიულ
მიღებაზე, არანაკლებ კვირაში 1-ჯერ, საღამოს საათებში 20.00სთ-მდე).

დამატებითი მოთხოვნები გაფართოებული სერვისების მიწოდების მიზნით:

ასევე, მნიშვნელოვანია, სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ზოგადი სპეციალისტების მიერ ამბულატორიული და დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული მომსახურება ხელმისაწვდომი იყოს პაციენტისთვის დაწესებულების შიგნით და/ან მასთან ახლოს და არ ქმნიდეს გეოგრაფიულ/ფინანსურ ბარიერებს.

პჯდ დაწესებულებას გააჩნია გამართული რეფერალის სისტემა და საყოველთაო ჯანდაცვის გეგმიური ამბულატორიული პროგრამის (უნივერსალური მინიმალური ბაზისური პაკეტის) ფარგლებში, ხარისხიანი ლაბორატორიული და სპეციალიზებული საკონსულტაციო/დიაგნოსტიკური სერვისების უზრუნველყოფის შესაძლებლობები.

1. მოთხოვნები საყოველთაო ჯანდაცვის გეგმიური ამბულატორიული პროგრამის (უნივერსალური მინიმალური ბაზისური პაკეტის) ფარგლებში, ხარისხიანი ლაბორატორიული სერვისების უზრუნველყოფის მიზნით:
 - ✓ ლაბორატორია მუშაობს ქვეყანაში არსებული კანონმდებლობის სრული დაცვით.

✓ ინფრასტრუქტურა - 8-10-გუნდიანი პჯდ პრაქტიკისთვის, ლაბორატორიის მინიმალური ფართობი განისაზღვრა 60 მ²-ის ოდენობით.

✓ საჭირო პერსონალი:

ლაბორატორიული სამსახურის უფროსი - 1

ფლებოტომისტი - 2.5

საშუალო ტექნიკური პერსონალი - 2

საოპერაციო ასისტენტი - 1

ექიმი (ლაბორატორიული მედიცინა) – 2

2. მოთხოვნები საყოველთაო ჯანდაცვის გეგმიური ამბულატორიული პროგრამის ფარგლებში ხარისხიანი სპეციალიზებული საკონსულტაციო/დიაგნოსტიკური სერვისების უზრუნველყოფის მიზნით. უფრო კონკრეტულად:

✓ პროგრამით განსაზღვრულ სპეციალისტებს - ენდოკრინოლოგი, ოფთალმოლოგი, კარდიოლოგი, ნევროლოგი, უროლოგი, გინეკოლოგი, ქირურგი, ლარინგოლოგი.

✓ რენტგენო-რადიოლოგიური ამბულატორიული სერვისის (მათ შორის, ულტრაბგერით-დიაგნოსტიკურ კვლევას და რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკას).

ამასთან, უნდა ფლობდეს კანონმდებლობის შესაბამისად გაცემულ ბირთვული და რადიაციული საქმიანობის ლიცენზიას.

✓ დაწესებულება უზრუნველყოფს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული სპეციალისტების მიერ მომსახურების მიწოდებას ოჯახის ექიმის მიერ განსაზღვრული საჭიროებების შესაბამისად, პაციენტისთვის უფასოდ.

✓ დაწესებულება უზრუნველყოფს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული გამოკვლევების ჩატარებას, ოჯახის ექიმის მიერ განსაზღვრული საჭიროებების შესაბამისად, პაციენტისთვის უფასოდ.

ქვემოთ წარმოდგენილია, ქ.თბილისის რაიონების მიხედვით, დაწესებულებების ჩამონათვალი, რომელთა ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსები უნდა შეფასდეს რეფორმის მოთხოვნების გათვალისწინებით.

გასათვალისწინებელია - პროგრამის განსახორციელებლად იმ ორგანიზაციის შერჩევას, რომელიც ფლობს რამდენიმე ამბულატორიულ დაწესებულებას, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის და კონტიგენტის მიმაგრების პრინციპი, დაცული უნდა იქნას ორგანიზაციის შემადგენლობაში შემავალი, ცალკეული ამბულატორიის მიმართ.

მონაცემები, რაიონების მიხედვით, პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებების და რეგისტრირებული მოსახლეობის მიხედვით

	დაწესებულებები თბილისის რაიონების მიხედვით	მოსახლეობა 1.06.2018	სულ, სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებების რ-ბა	>20,000 შეიძლება შეფასება, ზოგიერთის ინფრასტრუქტურა მიუღებელია	<20,000, თუმცა დამატებითი საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება შეფასება
1	გლდანი	152,635	17	3	1
2	დიდუბე	60,965	10	0	3
3	ვაკე	55,946	13	1	1
4	ისანი	118,366	15	2	1
5	კრწანისი	24,435	5	0	1
6	მთაწმინდა	27,025	5	0	1
7	ნამალადევი	93,766	13	1	2
8	საბურთალო	147,496	21	3	1
9	სამგორი	101,705	14	2	2
10	ჩუღურეთი	68,473	6	1	1
	სულ	850,812	119	13	14

დაწესებულებების ჩამონათვალი, რომელთა შეფასების დაწყებაც ამ ეტაპზე შეიძლება

დაწესებულებები თბილისის რაიონების მიხედვით		მოსახლეობა 1.06.2018	
გლდანი		152,635	
1	შპს "მედისონ ჰოლდინგი"	26,216	
2	შპს მედკაპიტალი	54,365	
3	შპს სამედიცინო ჰოლდინგი 23	27,617	
4	სს სამედიცინო კორპორაცია ევექსი-გლდანის პოლიკლინიკა	10,029	
დიდუბე		60,965	
1	შპს ქ. თბილისის N3 სამკურნალო პროფილაქტიკური ცენტრი	18,875	ინფრასტრუქტურა სუსტი დიდუბეში, სათაო ოფისი დილომშია
2	საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი		ზედღევა უბნების დიდუბეში
3	შპს მედკაპიტალი	13,410	
4	სს სამედიცინო კორპორაცია ევექსი-დიდუბის პოლიკლინიკა	10,927	
ვაკე		55,946	
1	სს პოლიკლინიკა ვერე	23,080	
2	შპს Krol Medical Corporation	11,711	
ისანი		118,366	
1	შპს თბილისის N4 საოჯახო მედიცინის ცენტრი	39,256	
2	შპს ქ.თბილისის №19 მოზრდილთა პოლიკლინიკა	23,093	
3	სს სამედიცინო კორპორაცია ევექსი-ვარკეთილის პოლიკლინიკა	14,034	
კრწანისი		24,435	
1	სს სამედიცინო კორპორაცია ევექსი-მთაწმინდის პოლიკლინიკა	16,075	
მთაწმინდა		27,025	
1	შპს "MEDICOM"	18,314	
ნაძალადევი		93,766	
1	შპს ქ.თბილისის №2 საოჯახო მედიცინის ცენტრი	19,775	
2	შპს Krol Medical Corporation	16,069	
3	შპს მოზრდილთა N2 პოლიკლინიკა	13,337	
საბურთალო		147,496	
1	შპს "მედისონ ჰოლდინგი"	24,644	
2	შპს მედკაპიტალი	43,161	
3	შპს რეგიონული ჰოსპიტალის საბურთალოს პოლიკლინიკა	15,512	
4	შპს "ქ. თბილისის № 14 შერეული პოლიკლინიკა"	19,847	
სამგორი		101,705	
1	შპს "მედისონ ჰოლდინგი"	26,497	
2	შპს მედკაპიტალი	20,648	
3	შპს ავერსის კლინიკა	18,761	
4	შპს ბიჯი უნიმედი	13,804	
ჩუღურეთი		68,473	
1	შპს საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი	31,144	
2	შპს "ოჯახის მკურნალი"	14,453	

საოჯახო მედიცინის მომსახურების მიმწოდებელი პირველადი ჯანდაცვის გუნდის როლი და ფუნქციები

საოჯახო მედიცინის მოდელის ჩამოყალიბება მართვის ახალი ტიპის სისტემებისა და ახალი სამსახურების შექმნას გულისხმობს, კერძოდ უნდა:

- ჩამოყალიბდეს პაციენტთა გამოძახებისა და ვიზიტების დანიშვნის წინასწარი ჩაწერის (საპაემანო) სისტემა;
- დაინერგოს ჯანმრთელობის დამკვიდრებისა და დაავადებათა მართვის კლინიკები. უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტთა (ხანდაზმულთა, მათ მომვლელთა, ბავშვთა, მაღალი რისკის პირთა და სხვ.) სამედიცინო განათლება მათი ინდივიდუალური საჭიროებების შესაფერისად, ჯანმრთელობის სკოლებისა და სემინარების ორგანიზაცია, მათთვის საგანმანათლებლო მასალის შემუშავება და დანერგვა.
- მიმართვიანობის-უკუმიმართვიანობის სისტემის ჩამოყალიბება;
- დაინერგოს სამედიცინო მომსახურების პროცესში პაციენტი-თემის მონაწილეობის საფუძვლები, რაც ხელს შეუწყობს პაციენტის თვით-პასუხისმგებლობის გაზრდას და მასთან თანამშრომლობის ჩამოყალიბებას.
- ჩამოყალიბდეს ახალი ტიპის საინფორმაციო სისტემები - შემუშავდეს და დაინერგოს ახალი ტიპის სამედიცინო რუკები, ფორმები და პაციენტის ინდივიდუალური ბარათები; ყოველთვიური (ახალი ტიპის) ანგარიშები.
- შეიქმნას წამლების კომპონენტთან და მათ რაციონალურ გამოყენებასთან დაკავშირებული აღრიცხვიანობის სისტემა.

საოჯახო მედიცინის განმახორციელებელი პირველადი ჯანდაცვის გუნდია, მისი ბირთვი ექიმებით, ექთნებით, რეგისტრატორებითა და ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერთაა წარმოდგენილი.

საოჯახო მედიცინის ცენტრის ეფექტური ფუნქციონირებისათვის სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს ახალი ტიპის საექთნო სამსახურების ჩამოყალიბებას. მნიშვნელოვანია საექთნო საქმის განვითარების ხელშეწყობა, სამედიცინო მომსახურების პროცესში ექთნის როლის განსაზღვრა და მათთვის წახალისების შესაფერისი მექანიზმების ამოქმედება. პრევენციული საქმიანობა, რომელიც საოჯახო მედიცინის ქვაკუთხედაა, ძირითადად საექთნო სამსახურების საშუალებით უნდა განხორციელდეს. ექთნის მიერ შესასრულებელი ძირითადი საქმიანობების ჩამონათვალი:

- პაციენტთა ფიზიკური მდგომარეობის შეფასება

- პაციენტთა ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასება
- სოციალური გარემოს შეფასება
- მედიკამენტების გამოყენების მოქმედების შეფასება
- საექთნო მოვლა-პატრონობა
- მომვლელის მხარდაჭერა
- პაციენტებისა და მათი მომვლელების განათლება, დანიშნულების ზუსტად შესრულების აუცილებლობისა და მოსალოდნელი გვერდითი ეფექტების გამოვლინების შესახებ; ასრულებს თუ არა პაციენტი დანიშნულებას, ესმის თუ არა მედიკამენტის ხანგრძლივი მიღების აუცილებლობა და ა.შ.

სასურველია, რომ პაციენტთა სამედიცინო განათლება საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის ნებისმიერი კონსულტაციის აუცილებელი ნაწილი იყოს, მაგრამ ეს, სამწუხაროდ, ყოველთვის ასე არ ხდება. საერთაშორისო პრაქტიკა ხაზს უსვამს - პირველადი ჯანდაცვის ექიმები, დღის დატვირთული რეჟიმის გამო, ხშირად აღნიშნავენ, რომ დრო აღარ რჩებათ პაციენტთა სამედიცინო განათლებისათვის. გამოსავალი ამ სიტუაციიდან ასეთია - პაციენტთა განათლებას, შეიძლება, არაჩვეულებრივად გაართვას თავი სათანადოდ მომზადებულმა ექთანმაც.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, ზოგადი პრაქტიკის პირობებში მოსახლეობის სამედიცინო განათლების კიდევ ერთი უპირატესობა. პირველადი ჯანდაცვის ექიმსა თუ ექთანს პაციენტთან ხანგრძლივი და უწყვეტი კონტაქტი საშუალებას აძლევს, სისტემატურად განამტკიცოს ერთხელ მიცემული ინფორმაცია და დააკვირდეს დინამიკას - რამდენად იცვლება პაციენტის ქცევა, რა სირთულეებს აწყდება იგი ამ პროცესში, კიდევ რა დამატებითი ინფორმაციაა საჭირო იმისათვის, რომ პიროვნებამ დასახული ამოცანა წარმატებით განახორციელოს. ასე რომ, პაციენტის სამედიცინო განათლება თეორიული კონცეფციის ფარგლებს სცილდება და მისი პრაქტიკაში წარმატებით განხორციელების შანსი საკმაოდ მაღალია.

საოჯახო მედიცინის ცენტრში პაციენტთა მოზიდვის მიზნით აუცილებელია სოციალური მარკეტინგის ღონისძიებების განხორციელება. რაც გულისხმობს პაციენტების ინფორმირების მაქსიმალურად ეფექტური გზების ფორმირებას, როგორცაა საინფორმაციო ვიზიტები ბინაზე, პლაკატებისა და საინფორმაციო ბუკლეტების შემუშავება და გავრცელება. მართალია, ბინაზე ვიზიტები დაკავშირებულია ცენტრის სამედიცინო პერსონალის სერიოზულ დატვირთვასთან, მაგრამ ამ საქმიანობის ეფექტურობა პაციენტების ინფორმირების, ოჯახური გარემოს შეფასებისა და პაციენტების ჯანმრთელობის/სოციალური საჭიროებების გამოვლენისათვის უდავოდ ძალიან დიდია.

ოჯახის ექიმის, ექთნისა და პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერის მოვალეობებისა და კომპეტენციების შესახებ დებულებები განსაზღვრულია საქართველოს შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 9 იანვრის №01-4/ო ბრძანებაში „თანამშრომლობისა და პარტნიორობის შესახებ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საქართველოში ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასს შორის „პირველადი ჯანდაცვის საპილოტე დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გასაუმჯობესებლად“ 2017 წლის 21 დეკემბრის ხელმოწერილი შეთანხმების იმპლემენტაციის ორგანიზაციული უზრუნველყოფის თაობაზე“ იხილეთ ბრძანების დანართი №1.

გუნდური მუშაობა არ არის იოლი ამოცანა. რაც უფრო დიდია გუნდი, მით მეტია კოორდინაციისა და სათანადო კომუნიკაციის აუცილებლობა და მით უფრო რთულია ხელმძღვანელობის წინაშე მდგომი ამოცანა.

პჯდ გუნდის მთავარი ფუნქციაა პჯდ მომსახურების გაწევა მოსახლეობის განსაზღვრული ჯგუფისათვის. იდეალურ შემთხვევაში, აღნიშნული მომსახურება ყოვლისმომცველი, მაღალი ხარისხის, მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებებზე ორიენტირებულია და შეესაბამება პირველადი ჯანდაცვის სხვა მნიშვნელოვან მახასიათებლებს (უწყვეტობა, კოორდინაცია და სხვ.). ფუნქციური საკითხები, ყოვლისმომცველობისა და მაღალი ხარისხის უზრუნველსაყოფად, გულისხმობს პჯდ გუნდის კომპეტენციის გაფართოებას. კონკრეტული კომპეტენცია (ცოდნა, მიდგომა და უნარ-ჩვევები) აუცილებელია პჯდ გუნდის ფარგლებში, რათა მან ეფექტურად შეასრულოს თავისი როლი რეალურ და ცვალებად გარემოში. ამდენად, კომპეტენცია განსაზღვრავს, თუ რა წვლილი უნდა შეიტანონ გუნდის წევრებმა საერთო საქმეში ან როგორ განვითარდნენ გუნდის მიერ აღებული ვალდებულებების ეფექტიანად შესრულების მიზნით. კომპეტენციაზე ზეგავლენას ახდენს ჯანდაცვის სპეციალისტის (ექიმი/ექთან) როლი და განსაზღვრავს მის მიერ ორგანიზაციის ფარგლებში შესასრულებელ სამუშაოს.

პჯდ რეფორმის პროცესი გამოიწვევს პჯდ მომსახურების მიმწოდებელთა როლების ხელახალ განსაზღვრას და ახალი სამუშაო ადგილების წარმოშობას, რომელთა შექმნა ანუ კომპეტენციის შესაბამისი სამუშაოების განსაზღვრა, ყურადღებით უნდა იქნას გათვალისწინებული კონკრეტული როლის ფარგლებში. ამიტომ მნიშვნელოვანია:

- სამუშაოების ისეთი დიზაინი, რომ ცალკეული სამუშაოს შემსრულებელს საშუალება ჰქონდეს იყოს ანგარიშვალდებული მნიშვნელოვანი შედეგების მისაღებად;
- სამუშაოების განსაზღვრა ისე, რომ დატვირთვა იყოს მისაღები და აღნიშნული სამუშაო შეასრულოს კომპეტენტურმა და მოტივირებულმა პერსონალმა.
- სამუშაოების ისე განსაზღვრა, რომ სამუშაოს შემსრულებელი უზრუნველყოფილი იყოს დაბალანსებული სამუშაოთი მისი

მრავალფეროვნების, ყოველდღიურობის, პერსპექტიულობის და განვითარების თვალსაზრისით.

- სამუშაოების ისე განსაზღვრა, რომ შესაძლებელი იყოს მისი შესრულება, ანუ ის არ უნდა მოითხოვდეს კომპეტენციის ისეთ კომბინაციას თუ თვითკომპეტენციას, რომლის უზრუნველყოფაც რთული იქნება სამუშაოს შემსრულებლისათვის.
- სამუშაოების ისე განსაზღვრა, რომ დასაქმებულს საშუალება მიეცეს შეითვისოს ახალი კომპეტენცია და რომელიც, შედეგად, უზრუნველყოფს მის ეტაპობრივ წინსვლას და თანმიმდევრულ დაგეგმვას პროფესიული განვითარების თვალსაზრისით.

ამდენად, პჯდ გუნდის მიერ მიწოდებული მომსახურება უზრუნველყოფს თითოეული მოსახლის თანასწორ უფლებას, მიიღოს მაქსიმალური სარგებელი ქვეყანაში დამტკიცებული ბაზისური პაკეტით განსაზღვრული მოცულობის ფარგლებში.

საერთაშორისო გამოცდილებით, მიმაგრებული მოსახლეობის ოპტიმალური რაოდენობა უნდა განისაზღვროს შემდეგი ფაქტორების გათვალისწინებით:

- როგორია ოჯახის ექიმის მოსალოდნელი როლი:
რეაგირება ეპიზოდურ/მწვავე პრობლემებზე, თუ ყველა ტიპის პრევენცია (პირველადი, მეორეული და მესამეული, რაც ქრონიკული დაავადებების ადეკვატურ მართვას მოიცავს).
- როგორია პჯდ მომართვიანობა და რამდენად მოსახლოდნელია მომართვიანობის მატება ფინანსური ბარიერის ელიმინაციის შემთხვევაში - ანუ დატვირთვას რამდენად გაუძლებს (ამის საშიშროება ნაკლებად გვაქვს, დღევანდელი დატვირთვისა და მედიკამენტებზე კვლავაც შეზღუდული ხელმისაწვდომობის პირობებში).
- რამდენად კვალიფიციურია დამხმარე პერსონალი (მაგ. ექთანი, პრაქტიკის მენეჯერი) და შეუძლია თუ არა ოჯახის ექიმს ფუნქციების ნაწილის დელეგირება.

ეს ფაქტორები ყველა ქვეყნისთვის სპეციფიკურია, ამიტომ, მყარი ფაქტების მოშველიება ექიმი/პაციენტების ოპტიმალური თანაფარდობის დასადგენად რთულია და ეს საკითხი ექსპერტების შეთანხმების საფუძველზე უნდა გადაწყდეს.

ამ მონაცემების საქართველოს პირობებში თუ გამოვიყენებთ, შეიძლება გავაკეთოთ რამდენიმე დაშვება, კერძოდ:

1. უახლოეს პერიოდში მოსალოდნელია პჯდ სერვისების მკვეთრი პრევენციული ორიენტაცია.

2. აქცენტი, ამავე დროს, მაღალი იქნება ეპიზოდური მომართვებისა და მწვავე პრობლემების მართვაზე, განსაკუთრებით უმწეოთა ჯგუფში, რომელშიც ქრონიკული დაავადებები შედარებით მეტად არის გავრცელებული.
3. ოჯახის ექიმი სრულად ვერ მოახერხებს ექთანთან დელეგირებას იმგვარად, რომ დაზოგოს დროის 20%.
4. ქრონიკული დაავადებების მართვისთვის შეფასებული დროის 50%, საკმარისად უნდა ჩაითვალოს (3.4 საათი).
5. პრევენციული პროგრამების განხორციელებისთვის, ამგვარი დატვირთვის პირობებში, დრო პრაქტიკულად აღარ რჩება - გარდა მინიმალური აქტივობებისა, რაც ინტეგრირებული სახით სამედიცინო კონსულტაციის პროცესში შეიძლება განხორციელდეს.

ამდენად, ოჯახის ექიმმა უნდა მოახერხოს მისაღები ხარისხის მომსახურება გაუწიოს 1500-2000 სამიზნე შერეული (ბავშვთა/მოზრდილთა) ასაკის მოსახლეობას.

სხვა სერვისების მიწოდება საყოველთაო ჯანდაცვის უნივერსალური ბაზისური პაკეტის ფარგლებში

ასევე, მნიშვნელოვანია, სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ზოგადი სპეციალისტების მიერ ამბულატორიული და დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული მომსახურება ხელმისაწვდომი იყოს პაციენტისთვის დაწესებულების შიგნით და/ან მასთან ახლოს და არ ქმნიდეს გეოგრაფიულ/ფინანსურ ბარიერებს.

ქ.თბილისში საყოველთაო ჯანდაცვის გეგმიური ამბულატორიული პროგრამით გათვალისწინებული აუცილებელი კლინიკურ-დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული სერვისების/სპეციალისტთა კონსულტაციების ანაზღაურება შეტანილია პჯდ პრაქტიკის კაპიტაციის კოეფიციენტში, რადგან აღნიშნული სერვისების მიმწოდებელი ერთეულები, ყველგან, წარმოადგენს პჯდ დაწესებულების ორგანიზაციული სტრუქტურის შემადგენელ ნაწილს. ასეთ შემთხვევაში, ყველა მიმართვები და შესაბამისი საინფორმაციო და ფინანსური საკითხები, წყდება დაწესებულების შიგნით. სახელმწიფო მხარს უჭერს ასეთი პრინციპის დანერგვას ქალაქ თბილისში.

მნიშვნელოვანი ღონისძიება, რომელიც პირველად ჯანდაცვას აკავშირებს სამედიცინო დახმარების სხვა დონეებთან, არის **მიმართვების/უკუმიმართვების პროცედურა (რეფერალი)**. მიმართვების სისტემის მიღების შემდეგ, გამოყენებული უნდა იყოს მიმართვების გენერირებისა და აღრიცხვის წმინდა ადმინისტრაციული მექანიზმები. ოჯახის ექიმები დახმარებას გაუწევენ პაციენტებს სპეციალისტი ექიმების, დიაგნოსტიკური და თერაპიული მომსახურებების მისაღებად, რეფერალის-უკურეფერალის მექანიზმების გამოყენებით.

ამდენად, მნიშვნელოვანია, რომ განვითარდეს რეფერალის საჭიროების განსაზღვრისა და რეგულირების მექანიზმები, რომელიც ეფუძნება სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული კლინიკური სტანდარტებს, კომპეტენციებსა და დონეებს/დაწესებულებებს შორის ინფორმაციის გაცვლის კარგად აწყობილ სისტემას.

როგორც სხვა კლინიცისტები, ექიმი-სპეციალისტები საჭიროებენ სპეციალიზაციის შესაბამის დატვირთვას, რათა შესძლონ სამედიცინო-დიაგნოსტიკური და სამკურნალო ცოდნისა და უნარ-ჩვევების შენარჩუნება. მათ, აგრეთვე, ესაჭიროებათ ადექვატური დიაგნოსტიკური და თერაპიული ტექნოლოგიები და სპეციალიზირებული რესურსები, რაც მეორე და მესამე დონეზე იქნება კონცენტრირებული.

სხვადასხვა დონეებს შორის კავშირების დამყარება დაწესებულების შიგნით, მოიცავს პჯდ-მეორეული დონის ინტერფეისის მართვას; ინტერფეისის მართვის გაზიარებული პროტოკოლების შექმნა/დანერგვას.

რეფერალის საჭიროების განსაზღვრისა და რეგულირების მექანიზმები კი მოიცავს სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებულ კლინიკურ სტანდარტებს; რეგულაციებს, რომელიც აღწერილია ჯანდაცვის დაფინანსების პროგრამებში, ხოლო რეგულაციების არარსებობის შემთხვევაში, რეფერალი უნდა მოხდეს პროფესიონალის მიერ, საკუთარი კომპეტენციის გათვალისწინებით.

პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება

პირველადი ჯანდაცვა გაიზომება მომსახურების მიწოდების ხარისხით ინდიკატორებით, ხუთ განზომილებაში: ხელმისაწვდომობა, უტილიზაცია, ხარჯთ-ეფექტურობა, უწყვეტობა, კმაყოფილების/მიმღებობის დონე და ეფექტიანობა. საწყისი წარმატების უმთავრეს ინდიკატორს წარმოადგენს პჯდ მომსახურების (უტილიზაციის) გაზრდა.

ხარისხი პირველად ჯანდაცვაში ზოგადად განისაზღვრება, როგორც საჭიროებების შესაფერისი მომსახურება სწორ ადგილას და სწორ დროს, წარმატების მიღწევის მიზნით და ფასდება ოთხი მიმართულებით:

1. მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ კლინიკურ გაიდლაინებთან შესაბამისი მომსახურება
2. პაციენტის უსაფრთხოება
3. კლინიკური ეფექტურობა
4. პაციენტის საჭიროებებზე პასუხი, პაციენტების კმაყოფილება

საოჯახო მედიცინის მნიშვნელოვანი როლია გააუმჯობესოს მომსახურების ხარისხი კლინიკური სახელმძღვანელოების (გაიდლაინები) და სტანდარტების (პროტოკოლების) გამოყენების, სამედიცინო აუდიტის, კოლეგიალური მიმოხილვისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების საფუძველზე, რაშიც მნიშვნელოვანია მენეჯმენტის როლი, მაქსიმალურად წახალისოს ზემოაღნიშნული აქტივობები.

საოჯახო მედიცინის მოდელის უპირატესობის დემონსტრირებისათვის სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მწარმოებელი სამედიცინო დაწესებულების შექმნას, რაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების სისტემის ჩამოყალიბებისა და სამედიცინო პერსონალის მოტივირების საფუძველზე შეიძლება მიიღწეს. აღნიშნული საკითხი დეტალურადაა განხილული საქართველოში პჯდ განვითარების სტრატეგიაში.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება, პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განვითარებითა და ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების ინსტრუმენტებით , უზრუნველყოფს მოსახლეობისათვის მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისების მიწოდებას.

მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების წარმოებისათვის აუცილებელია:

- კლინიკური მდგომარეობების მართვის გაიდლაინებისა და ხარისხის სტანდარტების/პროტოკოლების დანერგვა;
- კლინიკური აუდიტის სისტემის დანერგვა, რაც სამედიცინო მომსახურების რეგულარული, კრიტიკული ანალიზის საშუალებას იძლევა;
- სამედიცინო სამსახურის მონიტორინგისა და განვითარების თვითშეფასების/შეფასების სისტემის ჩამოყალიბება და დანერგვა;
- მომხმარებლის საჭიროებების შეფასების ინსტრუმენტების პრაქტიკაში დანერგვა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებზე ორიენტირებული სამსახურების ჩამოყალიბება;
- პირველადი ჯანდაცვის გუნდის წევრებისათვის (ექიმები, ექთნები, მენეჯერები, მრავალდისციპლინარული სწავლება) მომზადება-გადამზადებისა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის შექმნა.

როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ხედვა პირველადი ჯანდაცვის გუნდთან მიმართებაში წარმოადგენს არა მოკლე ვადაში მისაღწევ მიზანს, არამედ ის ემსახურება მიზანს, რომელიც მიღწეულ უნდა იქნას პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის სისტემატურ განვითარებასთან ერთად. ეს ხედვა მნიშვნელოვანწილად ადასტურებს იმას, რომ პჯდ მომსახურება

მიწოდებული უნდა იყოს სათანადოდ მომზადებული ოჯახის ექიმის და არა ვიწრო სპეციალისტების მიერ.

კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს პჯდ ცენტრებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის სპეციფიკურ კვალიფიკაციას, უნარ-ჩვევებისა და ცოდნის განახლებას, რათა მათ შესძლონ, ნებისმიერი ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტებში ჯანმრთელობის მთელი რიგი – მწვავე და ქრონიკული პრობლემების, სწორად მართვა. ამისათვის აუცილებელია სასწავლო პროგრამებისა და ამის შემდგომ, უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემის ამოქმედება, რაც ოჯახის ექიმებსა და ექთნებს საშუალებას მისცემს აითვისონ და პრაქტიკაში დანერგონ პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა და მოაგვარონ ჯანმრთელობის პრობლემების ფართო სპექტრი. გადამზადების პროგრამები შეიქმნა, აგრეთვე, ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერებისათვისაც.

ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების პროცედურა ეფუძნება:

- **პჯდ პროვაიდერთა საქმიანობის რეგულარულ შეფასებას**, რაც მოიცავს შემთხვევით თუ მიზანმიმართულად (კონკრეტულ დიაგნოზებზე აქცენტით) შერჩეული პაციენტების მკურნალობის სტრუქტურის რევიზიას, გამომდინარე სამედიცინო დოკუმენტაციის საექსპერტო ანალიზიდან. ასევე, ფასდება დოკუმენტაციის ხარისხი და სისრულე.
- ხარისხის შეფასების კიდევ ერთი წყაროა მონაცემები პჯდ პროვაიდერის შესახებ. იგი ფასდება ვიზიტებისა და რეფერალების რაოდენობის, დანიშნულების მეთოდების, გაწეული პრევენციული მომსახურებისა და სხვა აქტივობების შეფასებით.
- ფართოდ აპრობირებული, ხარჯთ-ეფექტური ინტერვენციებისათვის შემუშავებული ეროვნული ინდიკატორების და შეფასების ინსტრუმენტების გამოყენება, პჯდ სერვისების ხარისხის შეფასების მიზნით.
- ხარისხის შეფასების მესამე წყარო შესაძლოა იყოს პაციენტის აზრის გამოკვლევა. ხსენებული კომპლექსური შეფასების პროცედურამ ხელი უნდა შეუწყოს პჯდ პროვაიდერებს თანმიმდევრულად გააუმჯობესონ მათ მიერ შესრულებული სამუშაოების ხარისხი.
- შეფასების პროცედურა შესაძლოა განხორციელდეს მომსახურების სახელმწიფო შემსყიდველის, სამინისტროს დეპარტამენტების და პჯდ-ში არსებული სამედიცინო პროფესიული გაერთიანებების წარმომადგენლებისაგან.

მოსახლეობის საჭიროებების შესაფერისი სერვისების მიწოდება პჯდ დონეზე

საქართველოს ჯანდაცვის მთავრობის მიერ აღიარებულ იქნა, რომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ოტავას ქარტია - WONCA-ს მიერ განსაზღვრული პირველადი ჯანდაცვის მოდელის დანერგვა და საოჯახო მედიცინის ხელმისაწვდომობის გაზრდა, შესაფერისი და მიზანშეწონილია საქართველოსათვის.

აღნიშნული ამოცანის მისაღწევად, მნიშვნელოვანია:

- მოსახლეობის საჭიროებების შესაბამისი პჯდ, რომელიც ეფუძნება ეფექტიანობას, ოპორტუნისტულ და უნივერსალური მოცვის პრინციპებს.
- საერთაშორისო საუკეთესო პრაქტიკის და WHO-ის რეკომენდაციების შესაბამისად, აუცილებელი მედიკამენტებით ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა.
- პჯდ დონეზე დაავადებათა მართვის ინტეგრირებული მოდელის დანერგვა.

საოჯახო მედიცინის გუნდის, როგორც პჯდ მიმწოდებლის, უმთავრესი მახასიათებლები კარგადაა განმარტებული საქართველოში პჯდ განვითარების სტრატეგიის დოკუმენტში.

ამდენად, ინდივიდუალური/ოჯახის თემის ჯანმრთელობის საჭიროებებზე ინტეგრირებული მიდგომის ჩამოყალიბება, ოჯახის ექიმი, როგორც გუნდის კოორდინატორი და რესურსების მენეჯერი, ახალი საექთნო სამსახურების განვითარება, საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის სწორი ორგანიზაცია (რაც გულისხმობს ადმინისტრაციული პროცედურების - რეგისტრაციის, საფინანსო აღრიცხვა-ანგარიშგების, მონიტორინგისა და ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების, საინფორმაციო სისტემების მართვის, სამედიცინო სტატისტიკისა და ანგარიშგების, მიმართვების - რეფერალის, შესყიდვებისა და კონტრაქტირების, მედიკამენტის დანიშვნის, პაციენტთა ნაკადის მართვის, პაციენტთან დაკავშირებული ჩანაწერების, ინფორმაციის შენახვის, დაცვისა და სხვ.) საჭიროებს **პჯდ გუნდის კომპეტენციების განსაზღვრას** (სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და დამხმარე მოვლა ისევე, როგორც ჯანმრთელობის დამკვიდრება და დაავადებათა პრევენცია) **და ოჯახის ექიმი/ექთნის/მენეჯერის ფუნქციების და პასუხისმგებლობების აღწერას**.

აღნიშნულზე პოლიტიკური გადაწყვეტილებები აუცილებლად აისახება სერვისების დაფინანსების მოდელზე, რაც გათვალისწინებული უნდა იყოს რეფორმის ყველა ეტაპზე.

პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების დაფინანსების მოდელის შემუშავება

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მთავარი პრიორიტეტია ჯანდაცვის სამსახურებზე ფინანსური, ინფორმაციული და გეოგრაფიული ბარიერების მოხსნა და სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ჯანმრთელობის სისტემის დაფინანსების ზოგადი მექანიზმები და პჯდ სისტემის დაფინანსების მოდელი დეტალურადაა განხილული პჯდ განვითარების სტრატეგიის დოკუმენტში.

ქ. თბილისში პჯდ დაფინანსების მოდელის განვითარება, საწყის ეტაპზე, გულისხმობს პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური პაკეტის გადახედვას, რომელიც, რასაკვირველია, უნდა შეესაბამებოდეს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონეს, თუმცა შეზღუდული რესურსების პირობებშიც კი განაპირობებდეს ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების მოტივაციის არსებობას, განისაზღვრებოდეს მომსახურების ადექვატური მოცულობითა და მისი მიწოდების საუკეთესო პირობებით.

მომდევნო წლების სახელმწიფო ბიუჯეტში სათანადო სახსრების გათვალისწინების მიზნით, აუცილებელია, სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული სამედიცინო დავალების შესაბამისი შეფასებების გაკეთება;

- არსებული სტატისტიკური ინფორმაციის და კვლევების საფუძველზე უნდა შემუშავდეს შესაბამისი ფინანსური გათვლების მოდელები და გაანგარიშდეს სახელმწიფო და სადაზღვევო პჯდ დახმარების სახელმწიფო პროგრამის შესაბამისი ბაზისური სადაზღვევო პრემია და რეკომენდაციები სატარიფო კოეფიციენტების შესახებ.
- გათვალისწინებული უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურების ფასების ზრდის ტემპი, რომელიც წარმოადგენს არა მარტო ზოგადად ქვეყანაში მიმდინარე სამედიცინო ფასების ინფლაციის მაჩვენებელს, არამედ პროგრამების განმახორციელებელი ორგანიზაციებისათვის ფასების ზრდის მონაცემსაც.
- პჯდ უნივერსალური ბაზისური პაკეტის ზემოთ, პროგრამების დაფინანსება უნდა განხორციელდეს შესრულებული სამუშაოს შესაბამისად.
- პჯდ უნივერსალური ბაზისური პაკეტის ზემოთ პროგრამების დაფინანსების წესი უნდა ითვალისწინებდეს გადახდისა და მოტივაციის დონეებს, ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით.

პირველადი ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემები

ახალი საინფორმაციო სისტემების ჩამოყალიბება და პჯდ საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურის განვითარება მოითხოვს დიდი რაოდენობით ინვესტიციებს, კომპიუტერული და პროგრამული უზრუნველყოფისა და შესაბამისი ადამიანური რესურსის განვითარების მიზნით. საკუთრების ფორმისა და იურიდიული სტატუსის მიუხედავად, პჯდ სერვისების მიწოდებელი ვალდებულია, უზრუნველყოს დადგენილი წესით ინფორმაციის წარმოება და გადაცემა შესაბამისად ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებისა და გაფორმებული ხელშეკრულების ფარგლებში, მომსახურების შემსყიდველისათვის.

ამ მიმართულებით მნიშვნელოვანია რამდენიმე მიმართულებით ყურადღების გამახვილება:

- მონაცემთა შეგროვების და ხარისხის გაუმჯობესება (დროული, ზუსტი, საიმედო, სასარგებლო);
- ადექვატური ინდიკატორების გამოყენება და დანერგვა საქმიანობის შეფასებისა და მართვის მიზნით, აგრეთვე, იმის შესაფასებლად, მივაღწიეთ თუ არა ჯანმრთელობის პოლიტიკის ამოცანებს;
- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და სხვა საერთაშორისო საინფორმაციო სისტემებთან ინტეგრაცია და ინფორმაციის გაცვლის შესაძლებლობა, რისთვისაც მნიშვნელოვანია **ICPC-2R** კლასიფიკატორის რეალურად და ხარისხიანად დანერგვა საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში.

თუმცა არსებობს **ხარვეზები** ზოგადად, საქართველოში კლასიფიკატორების დანერგვის თაობაზე, რომელთა დროული გადაჭრა არის ძალიან მნიშვნელოვანი. უფრო კონკრეტულად, სამუშაო ჩასატარებელია რამდენიმე მიმართულებით:

- ექიმი ძირითად აქცენტს აკეთებს არა კლინიკურ კლასიფიკაციებზე (რასაც უნდა დაეფუძნოს კლინიკური გადაწყვეტილებები და ჩასატარებელი ღონისძიებები), არამედ კოდირებებზე, რომელსაც აბსოლუტურად სხვა დანიშნულება აქვს.
- **აუცილებელია** მომზადდეს ინსტრუქციული წერილი და/ან დაიგეგმოს საგანმანათლებლო ინტერვენციები, რათა ყველა სამედიცინო დაწესებულებამ/ექიმმა გააცნობიეროს ის პირობა, რომ საერთაშორისო კლასიფიკატორების გამოყენება კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღებისათვის არ არის შექმნილი. მონაცემთა ჩანაწერების კოდირება სხვა ამოცანას ემსახურება და უნდა გააგრძელონ დიაგნოზების დასმა ძირითადი კლინიკური ჯგუფების, კლასიფიკაციების და გაიდლაინების შესაბამისად, ანუ ჯერ ხდება დიაგნოზების კარგად ჩამოყალიბება და მხოლოდ ამის შემდეგ კოდების მინიჭება.

- იმისათვის, რომ პჯდ-ში სრულად იქნას გამოყენებული ICPC კლასიფიკატორი, აუცილებელია, პაციენტთა ჩანაწერების კარგად ორგანიზებული კომპიუტერული სისტემა.
- პჯდ-ში მომსახურე პერსონალს უწევს ერთდროულად 2 კლასიფიკატორის გამოყენება. ICPC-ისა და ICD-10-ის შორის არსებული ურთიერთობები საკმაოდ რთულია. ორივეს გააჩნია ისეთი ცნებები, რომელიც მეორეში ზუსტად არ არის წარმოდგენილი. მაგრამ თითოეული კლასიფიკატორის რუბრიკების უმეტესობისათვის მეორე კლასიფიკატორის ერთი ან მეტი შესატყვისი რუბრიკის დაკავშირება შეიძლება. სამინისტროს მიერ მოწოდებულ კლასიფიკატორების გამოყენება ორივე მიმართულებით იძლევა გადაყვანის შესაძლებლობას. თუმცა ერთი კლასიფიკატორის კოდის მეორე კლასიფიკატორის კოდთან დაკავშირება და შემდეგ უკუპროცესის განხორციელება არ ნიშნავს, რომ აუცილებლად მოხდება იგივე საწყის კოდთან დაკავშირება, რადგანაც თითოეული მიმართულებით შესაძლებელია რამდენიმე კოდის არსებობა, რომელთაგანაც უნდა გაკეთდეს არჩევანი. ICD-10-ისაგან განსხვავებით, ICPC-სათვის დამახასიათებელია მეტი უპირატესობის მინიჭება ორგანიზმის სხეულის მიხედვით ლოკალიზაციისათვის, ვიდრე ეტიოლოგიის საკითხებისათვის. ყველა თავში არის მოცემული სპეციფიკური რუბრიკები, რომლებიც დაავადებისა და ეტიოლოგიის მიხედვით სხეულის სისტემებსა ან ორგანოებზე არის დაფუძნებული.
- ჯანდაცვის მთავრობამ უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება იმის თაობაზე, რომ პჯდ-ში გამოყენებული იქნას ერთერთი კლასიფიკატორი, სადაც ნაციონალურ დონეზე, განხორციელდება ტრანსლაციის კოდების ფარგლებში კოდის შერჩევა.

აღნიშნული გადაწყვეტილებები გააუმჯობესებს დაწესებულებებიდან წამოსული მონაცემების ხარისხს და უზრუნველყოფს სტატისტიკური ინფორმაციის სიზუსტეს, რაც ესოდენ მნიშვნელოვანია პოლიტიკის დონეზე. ამასთანავე, გამოანთავისუფლებს საჭირო დროს პაციენტის სამედიცინო მომსახურებისათვის.

პრევენციული აქტივობები პირველად ჯანდაცვაში

ჯანდაცვის მთავრობის მთავარი ამოცანა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მისაღწევად, არის საოჯახო მედიცინაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაუმჯობესება, რომელიც ძირითადად ფოკუსირებულია მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ აქტივობებზე - ჯანმრთელობის დამკვიდრებასა და დაავადებათა პრევენციაზე.

ეროვნულ დონეზე ხარისხის მართვის მიზნით, უნდა მომზადდეს ეროვნული ინდიკატორების ჩარჩო, რომელთა ინტეგრირებაც მოხდება ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემაში. კერძოდ, მოხდება ფართოდ აპრობირებული, ხარჯთ-

ეფექტური ინტერვენციებისათვის შემუშავებული ინდიკატორებისა და შეფასების ინსტრუმენტების ადაპტაცია, საქართველოში არსებულ პრაქტიკასთან.

ეროვნული ინდიკატორების ჩარჩოს ჩამოყალიბების მიზნით საჭიროა - განისაზღვროს თემები/არეალი/საქმიანობების ჩამონათვალი, რისი მონიტორინგიც უნდა განხორციელდეს; განსაზღვრულ თემებზე ჩამოყალიბდეს მონიტორინგისა და ევალუაციის პროცესები და პროცედურები; დამტკიცდეს განსაზღვრული შესრულების ძირითადი ინდიკატორები, შესაბამისი ინდიკატორებით მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტები და მონაცემთა შეგროვების/ანალიზის პერიოდულობა (დროის გრაფიკი).

ქვემოთ, მოცემულია თემები და ძირითადი ინდიკატორები, რის შეფასებას და გაანალიზებას მიენიჭება ყურადღება, რეფორმის მიმდინარეობის დროს.

თითქმის ყველა, ქვემოთჩამოთვლილი ინდიკატორის მიხედვით მონაცემთა შეგროვება, მოგვცემს პროცესის შეფასების შესაძლებლობას, ხოლო შედეგის მონაცემების ანალიზით შესაძლებელი გახდება ახალი შემთხვევების დროული გამოვლენის შეფასებაც და ინტერვენციების შედეგის შეფასებით, გამოსავლების შეფასებაც.

გამოსავლების შეფასება, შეიძლება ასევე, განხორციელდეს ამბულატორიული მომსახურებაზე მგრძნობიარე მდგომარეობების ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლების მიხედვით (Ambulatory Care Sensitive Conditions Hospitalization Rate), როგორცაა ბრონქული ასთმა, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, გულის უკმარისობა და კარდიალური ასთმა, ჰიპერტენზია, სტენოკარდია და დიაბეტი. მაჩვენებელი ანგარიშდება - 75 წლამდე ასაკის პაციენტების სტაციონარული მკურნალობა ყოველ 100,000 მოსახლეზე.

ასევე, ინდიკატორია 6-55 წლის ასაკის ბრონქული ასთმით დაავადებული პაციენტების რაოდენობა, რომელთაც მიმართეს ჰოსპიტლის გადაუდებელი დახმარების განყოფილებას, ასთმის სამკურნალოდ.

იმუნიზაცია

- მოცვის მაჩვენებელი ბავშვთა ასაკების მიხედვით, ეროვნული კალენდრით რეკომენდებული აცრების ჩატარების თაობაზე.

➤ ბავშვთა განვითარებაზე მეთვალყურეობა

- პაციენტების %, ვისაც ჩაუტარდა მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის სკრინინგი
- პაციენტების %, ვისაც ჩაუტარდა მხედველობის პრობლემების სკრინინგი
- პაციენტების %, ვისაც ჩაუტარდა სმენის პრობლემების სკრინინგი

- პირველად ჯანდაცვაში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მართვის მიზნით, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს შემდეგ საკითხებს:
 - ინდივიდუალური რისკის შეფასებას (შეფასების ინსტრუმენტების - ფრემინგემი, Q-რისკი, Score და სხვ. გამოყენებით);
 - გამოვლენილი რისკების მართვას პჯდ დონეზე; რეკომენდაციები მოიცავს მედიკამენტოზურ მკურნალობას რისკების მართვის მიზნით და არამედიკამენტოზურ ინტერვენციებს.

➤ **თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის თაობაზე**

- 12 წლის და უფროსი ასაკის პაციენტებში - სპეციფიკური დახმარების შეთავაზება, ინფორმაციის მიწოდება, რჩევა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტასთან დაკავშირებით, კონსულტირება მწვევლებში უკანასკნელი 15 თვის მანძილზე

➤ **რჩევები წონის კორექციის თაობაზე**

- 18 წლის და უფროსი ასაკის პაციენტებში, სკრინინგი ჭარბი წონის/სიმსუქნის გამოვლენის მიზნით

➤ **არტერიული ჰიპერტენზიის გამოვლენა**

- 18 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის %, რომელთაც გაეზომათ წნევა უკანასკნელი 15 თვის მანძილზე
- გამოვლინდა ახალი შემთხვევა

➤ **არტერიული ჰიპერტენზიის მართვა**

პჯდ ახორციელებს რეგულარულ მეთვალყურეობას და მკურნალობას პაციენტებზე არტერიული ჰიპერტენზიით, რომელიც ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტურ მკურნალობასთან ერთად მოიცავს ჯანმრთელობის დამკვიდრების ღონისძიებებს - ფიზიკური აქტივობის გაზრდას, სუფრის მარილის შემცირებას და წონის კორექციას ჭარბი წონის შემთხვევაში.

18 წლის და უფროსი ასაკის, ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტებში:

- მოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორების შეფასება - პროცესი
- გაეზომა არტერიული წნევა გასული 12 თვის მანძილზე პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიით
- ჩაუტარდა უზმოდ შაქრის კვლევა სისხლში, გასული 12 თვის მანძილზე
- ჩაუტარდა სიმსუქნე/ჭარბი წონის სკრინინგი, გასული 12 თვის მანძილზე
- არტერიული წნევის ბოლო მაჩვენებელი 140/90-ზე ნაკლებია (თუკი არა აქვს დიაბეტი)
- არტერიული წნევის ბოლო მაჩვენებელი 130/80-ზე ნაკლებია, დიაბეტის დროს

➤ **ქოლესტერინის დონის დაქვეითება**

პჯდ ახორციელებს აწარმოებს გულის კორონარული დაავადებით პაციენტთა რეესტრს იმისათვის, რომ დააწესოს რეგულარული მეთვალყურეობა და მაღალი

რისკის პაციენტების სტატინებით უზრუნველყოფა, დაამკვიდროს ჯანსაღი ცხოვრების წესი, რაც მოიცავს ფიზიკური აქტივობის გაზრდას, ჯანსაღ კვებას და წონის კორექციას ჭარბი წონის შემთხვევაში და რაც თავის მხრივ, აქვეითებს ქოლესტერინის დონეს.

- დისლიპიდემიის მკურნალობის მიზნით, 18 წლის და უფროსი ასაკის პოპულაციაში, ჩამოყალიბებული კარდიო-ვასკულური დაავადებით, რომელთა მომატებული LDL-C (2.0mmol/L-ზე მეტი), ვისაც ლიპიდების შემამცირებელი მედიკამენტები და ცხოვრების წესზე რჩევები შესთავაზეს, გასული 12 თვის მანძილზე.

➤ კად-ის/ინსულტის პრევენცია

პჯდ-ს ოჯახის ექიმები გუნდთან ერთად ახორციელებს აწარმოებს მოციმციმე არითმიით და ინსულტის მაღალი რისკის სხვა პაციენტის დაუყოვნებლივ შეფასებას, რითმისა და სიხშირის კონტროლს, ანტიჰიპერტენზიულ, ანტიარტერიულ ან ანტიკოაგულაციურ მკურნალობას ეროვნული გაიდლაინების შესაბამისად. თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა, ჰიპერტენზიის მკურნალობა, ქოლესტერინის დონის დაქვეითება პაციენტებში იწვევს ნაადრევი სიკვდილის და ინვალიდობის პრევენციას ინფარქტსა და ინსულტზე/განმეორებით შეტევებზე, მაღალი რისკის ინდივიდუალებში.

- ლიპიდური სპექტრის სკრინინგი, ბოლო 12 თვის მანძილზე
- გაეზომა არტერიული წნევა, გასული 12 თვის მანძილზე
- ჭარბი წონის/სიმსუქნეზე სკრინინგი, გასული 12 თვის მანძილზე

➤ დიაბეტის პრევენცია

გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დაქვეითების ყველა შემთხვევაში, პჯდ-ში ოჯახის ექიმები პაციენტებს მკურნალობენ ფარმაკოლოგიურ საშუალებებთან ერთად ცხოვრების სტილის ინტერვენციებით, როგორცაა მიზნობრივი დიეტა, ვარჯიში, წონის კონტროლი და თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა. დადგენილია, რომ აღნიშნულ შემთხვევებში ტიპი 2 დიაბეტის განვითარების სიხშირე მცირდება. ცხოვრების სტილის ინტერვენციები, სულ მცირე, ისეთივე ეფექტურია, როგორც მედიკამენტით მკურნალობა.

- გამოვლინდა მეტაბოლური სინდრომი, შაქრიანი დიაბეტის განვითარების რისკი
- ინტერვენციების შედეგად შემცირდა დიაბეტის განვითარების რისკი (შაქრიანი დიაბეტით დასნებოვნების რისკის გამოსათვლელი ცხრილები/ქულობრივი შეფასება)

➤ დიაბეტის გართულებების პრევენცია

პჯდ-ში ოჯახის ექიმები და მათი კოლეგები უზრუნველყოფენ დიაბეტიან პაციენტებში გართულებების პრევენციას სტრუქტურირებული საგანმანათლებლო პროგრამებით, ქცევის შეცვლის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერით, ადრეულ ეტაპზე

გართულებების გამოვლენითა და თვალის ფსკერის რეგულარული სკრინინგით, 18 წლის და უფროსი ასაკის, პაციენტებში:

- ლიპიდური სპექტრის სკრინინგი ბოლო 36 თვის მანძილზე, კად-ის გარეშე მიმდინარეობის დროს, ხოლო კად-ით ბოლო 12 თვეში
- მინიმუმ ორი HbA1c ტესტი გასული 12 თვის მანძილზე
- ნეფროპათიის სკრინინგი (ალბუმინ/კრეატინინს ფარდობა, მიკროალბუმინურია) გასული 12 თვის მანძილზე
- ფეხის გამოკვლევა გასულ 12 თვის მანძილზე
- გაეზომა არტერიული წნევა გასული 12 თვის მანძილზე
- ჩატარდა სიმსუქნე/ჭარბი წონის სკრინინგი გასული 12 თვის მანძილზე
- თვალის გამოკვლევა გუგების გაფართოებით ბოლო 24 თვის განმავლობაში

➤ **მენტალური პრობლემების გამოვლენა და მართვა პჯდ დონეზე**

- 18 წლის და უფროსი ასაკის პაციენტებში შფოთვითი დარღვევების გამოვლენა, მკურნალობის ან არამედიკამენტური ინტერვენციების (ფსიქოლოგიური ინტერვენციები: ინდივიდუალური თვითდახმარება, ფსიქოგანათლების ჯგუფები) შეთავაზება ან გაგზავნა სპეციალიზებულ სერვისში, გასული 12 თვის მანძილზე

➤ **ტუბერკულოზის, აივ ინფექციის და C ჰეპატიტის სკრინინგი და მართვა პჯდ დონეზე**

მიზანშეწონილია, 18-65 წლის ასაკის ზოგადპოპულაციაში, ტუბერკულოზის, აივ ინფექცია/შიდსისა და C ჰეპატიტის სკრინინგული კვლევების ინტეგრირება უნივერსალურ ბაზისურ პაკეტში, რითაც ქვეყანაში გაიზრდება სკრინინგით მოცვის და შესაბამისად, განკურნების, მაჩვენებლები.

➤ **ონკოლოგიური დაავადებების პრევენციის პროგრამები**

ონკოლოგიური დაავადებებით მოკვდაობის მზარდი მაჩვენებელი ადასტურებს ეროვნული სკრინინგული პროგრამების შემუშავებისა და დანერგვის აუცილებლობას. თბილისის მუნიციპალიტეტი და საერთაშორისო პარტნიორები აფინანსებენ სკრინინგებს და საზოგადოების განათლებას სარძევე ჯირკვლის, საშვილისნოს ყელის, წინამდებარე ჯირკვლის, მსხვილი ნაწლავის კიბოს და სხვ. ავთვისებიან სიმსივნეთა ადრეული გამოვლენის მიზნით, თუმცა აღნიშნული აქტივობები არ არის საკმარისი.

უნდა განისაზღვროს პჯდ-როლი და პასუხისმგებლობა აღნიშნული სკრინინგების ჩატარებაში, პაციენტთა მოზიდვის, მონიტორინგისა და გამოძახების სისტემის ორგანიზაციაში პჯდ პერსონალის მონაწილეობა.

**საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის მინისტრის 2018 წლის 9 იანვრის №01-4/ო ბრძანების
დანართი №1**

**ოჯახის ექიმის, ექთნისა და პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერის კომპეტენციები და
სხვა ორგანიზაციული ღონისძიებები**

1. ოჯახის ექიმის კომპეტენციები და სხვა ორგანიზაციული ღონისძიებები:

ა) ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტისათვის შეთავაზებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, ფორმა და ხასიათი, რომლის შესრულებაზე იგი იღებს პასუხისმგებლობას, უნდა შეესაბამებოდეს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ ოჯახის ექიმის პროფესიულ კომპეტენციებს;

ბ) ერთ ოჯახის ექიმზე მიმაგრებული მოსახლეობის რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 2400-ს;

გ) ოჯახის ექიმი ვალდებულია, აწარმოოს სამედიცინო დოკუმენტაცია, დადგენილი წესით;

დ) ოჯახის ექიმი ვალდებულია, მონაწილეობა მიიღოს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვაში;

ე) ოჯახის ექიმი ვალდებულია, დაიცვას პაციენტის ჯანმრთელობასთან და სოციალურ მდგომარეობასთან დაკავშირებული ინტერესები და უფლებები;

ვ) ოჯახის ექიმი ვალდებულია, ზრუნავდეს პროფესიულ განვითარებაზე;

ზ) ოჯახის ექიმმა, საკუთარი პროფესიული კომპეტენციის ფარგლებში, პაციენტს უნდა გაუწიოს ყოვლისმომცველი სამედიცინო (მ.შ., პრევენციული, სამკურნალო, დიაგნოსტიკური და სარეაბილიტაციო) მომსახურება, ამბულატორიულად და ბინაზე;

თ) ოჯახის ექიმის საქმიანობის მოცულობაში შედის:

თ.ა) სამედიცინო-პროფილაქტიკური განათლება და ჯანმრთელობის დამკვიდრება ორივე სქესისა და ყველა ასაკის პაციენტებში;

თ.ბ) პირველადი (მ.შ. იმუნიზაცია), მეორეული (მ.შ. სკრინინგი), მესამეული პრევენცია;

თ.გ) ზოგად პრაქტიკაში გავრცელებული დაავადებების გართულებების მართვა;

თ.დ) ზოგად პრაქტიკაში გავრცელებული დაავადებების დიაგნოსტიკა კლინიკური სიმპტომკომპლექსისა და აუცილებელი, მინიმალური ინსტრუმენტული გამოკვლევების საფუძველზე;

თ.ე) ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების პრევენცია და მართვა;

თ.ვ) პაციენტისათვის ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩატარების საჭიროების შეფასება და სათანადო სერვისის მისაღებად პაციენტის დროული მიმართვის ხელშეწყობა;

თ.ზ) პაციენტის ლაბორატორიაში, სპეციალისტთან, ჰოსპიტალში, სათემო და სოციალურ სამსახურებში გაგზავნის საჭიროების შეფასება და დროული მიმართვისა და მისი (და/ან სათანადო ინფორმაციის) უკან დაბრუნების უზრუნველყოფა;

თ.თ) პაციენტების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური რეაბილიტაცია;

თ.ი) პაციენტების სხვადასხვა ჯგუფის მიზნობრივი სამედიცინო მომსახურება, კერძოდ:

თ.ი.ა) ჩვილ და მცირე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო მეთვალყურეობა - ფსიქომოტორული განვითარების შეფასება;

თ.ი.ბ) ბავშვებსა და მოზარდებში სამედიცინო პრობლემათა დროული იდენტიფიკაცია და მართვა;

თ.ი.გ) ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება, ასევე, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება, სამედიცინო საჭიროებათა დროული იდენტიფიკაცია და მართვა;

თ.ი.დ) ქალთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება, ორსულთა და მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობა;

თ.ი.ე) პალიატიური მზრუნველობა;

თ.კ) ურგენტული სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა გადაუდებელი მდგომარეობების დროს;

ი) ოჯახის ექიმმა ხელი უნდა შეუწყოს გავრცელებული დაავადებების რაციონალურ ფარმაკოთერაპიას, მათ შორის, რაციონალურ ანტიბიოტიკოთერაპიას;

კ) ოჯახის ექიმმა ხელი უნდა შეუწყოს და აქტიური მონაწილეობა მიიღოს ოჯახის ექიმების, ექთნების, მენეჯერებისა და პირველადი ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრების სწავლებისა და განათლების პროცესში.

2. ექთნის კომპეტენციები და სხვა ორგანიზაციული ღონისძიებები:

ა) ექთანი მუშაობს ოჯახის ექიმთან მჭიდრო თანამშრომლობითა და მასთან ურთიერთშეთანხმებით;

ბ) ექთნის ძირითადი მოვალეობაა თემის, ოჯახებისა და ინდივიდუალური პირებისათვის პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიწოდება;

გ) ექთანი ვალდებულია, აწარმოოს შესაბამისი სამედიცინო დოკუმენტაცია, დადგენილი წესით;

დ) ექთანი ვალდებულია, მონაწილეობდეს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების რეგულირებასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვაში;

ე) ექთანმა უნდა დაიცვას პაციენტის ჯანმრთელობასთან და სოციალურ მდგომარეობასთან დაკავშირებული ინტერესები;

ვ) ექთანმა უნდა დაიცვას მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრული ეთიკურ-სამართლებრივი ნორმები და დაწესებულების შინაგანაწესი;

ზ) ექთანი მუდმივად უნდა ზრუნავდეს საკუთარ პროფესიულ ზრდასა და განვითარებაზე;

თ) ექთანი საქონო სამედიცინო მომსახურებას უწევს ორივე სქესისა და ყველა ასაკის პაციენტს ამბულატორიულად და ბინაზე;

ი) ექთანი ექიმის დანიშნულების მიხედვით ან, კომპეტენციის ფარგლებში, დამოუკიდებლად ახორციელებს პრევენციულ, სამკურნალო, დიაგნოსტიკურ, სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მანიპულაციებსა და პროცედურებს ამბულატორიულად და, საჭიროების შემთხვევაში, ბინაზე;

კ) ექთანი გადაუდებელ ექიმამდელ დახმარებას უწევს ავადმყოფებსა და დაზარალებულებს ურგენტული მდგომარეობებისა და ტრავმების შემთხვევაში;

ლ) ექთნის საქმიანობის მოცულობაა:

ლ.ა) სამკურნალო-პროფილაქტიკური განათლება და ჯანმრთელობის დამკვიდრება, როგორც ინდივიდუალურად, ასევე, პოპულაციის დონეზე;

ლ.ბ) პირველადი (მ.შ. იმუნიზაცია), მეორეული (მ.შ. სკრინინგი), მესამეული პრევენცია;

ლ.გ) პაციენტის პირველადი ექიმამდელი შეფასება მ.შ. პაციენტის სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური საჭიროებების იდენტიფიკაცია;

ლ.დ) პაციენტის ექიმთან მიმართვის აუცილებლობის შეფასება და ვიზიტის ორგანიზება;

ლ.ე) ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების პრევენცია და, კომპეტენციის ფარგლებში, მართვა, ქრონიკულ პაციენტებზე დინამიკური მეთვალყურეობა;

ლ.ვ) გავრცელებული დაავადებების ადრეული ნიშნების გამოვლენა;

ლ.ზ) დაავადების გართულებების ადრეული ნიშნების გამოვლენა;

ლ.თ) ქრონიკული დაავადებების ფონზე აღმოცენებული საგანგაშო ნიშნების (გადაუდებელი მდგომარეობების) გამოვლენა;

ლ.ი) ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩატარებისათვის პაციენტის მომზადება და სათანადო სერვისის მისაღებად პაციენტის დროული მიმართვის ხელშეწყობა.

ლ.კ) პაციენტის დროული ჰოსპიტალიზაციის ხელშეწყობა;

ლ.ლ) მონაწილეობა პაციენტების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის პროცესში;

ლ.მ) ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება;

ლ.ნ) ბავშვთა სამედიცინო მეთვალყურეობა - ფსიქომოტორული განვითარების შეფასება, კომპეტენციის ფარგლებში;

ლ.ო) ბავშვებისა და მოზარდთა სამედიცინო პრობლემების დროული იდენტიფიკაცია;

ლ.პ) ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება, მათი სამედიცინო და სოციალურ საჭიროებათა დროული იდენტიფიკაცია;

ლ.ჟ) ქალთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება და პრობლემების დროული იდენტიფიკაცია;

ლ.რ) ორსულთა და მშობიარობის შემდგომი სამედიცინო მეთვალყურეობა, კომპეტენციის ფარგლებში;

ლ.ს) ტერმინალური პაციენტის მოვლა;

ლ.ტ) ურგენტული სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა ზოგად პრაქტიკაში გავრცელებული გადაუდებელი მდგომარეობების დროს;

მ) ექთანის ოჯახის ექიმებთან, მენეჯერებთან და პირველადი ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრებთან ერთად ხელს უწყობს და აქტიურ მონაწილეობას იღებს მრავალდისციპლინარული სწავლების პროცესში.

3. პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერის კომპეტენციები და სხვა ორგანიზაციული ღონისძიებები:

ა) სამედიცინო დაწესებულებაში მომხმარებლის საჭიროებების შესაფერისი პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების ჩამოყალიბების ხელშეწყობის მიმართულებით:

ა.ა) მენეჯერი აქტიურად მონაწილეობს მომხმარებლის სამედიცინო და სოციალური საჭიროებების შეფასების პროცესში;

ა.ბ) მენეჯერი ახდენს მომხმარებლის კმაყოფილების სისტემატურ შეფასებას;

ა.გ) მენეჯერი ადგენს ბიზნეს გეგმებს და უზრუნველყოფს მათ პრაქტიკულ განხორციელებას, შედეგების სისტემატურ მიმოხილვას და, საჭიროების შემთხვევაში, სამოქმედო გეგმებში ცვლილებების შეტანას;

ბ) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების მიმართულებით:

ბ.ა) მენეჯერი გეგმავს და ახორციელებს დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესებისაკენ მიმართულ ღონისძიებებს;

ბ.ბ) მენეჯერი ირჩევს დაწესებულებისათვის მაქსიმალურად მისაღებ ხარისხის შეფასების მეთოდს და უზრუნველყოფს მის ეფექტურ გამოყენებას;

ბ.გ) მენეჯერი კოორდინირებას უწევს როგორც ორგანიზაციული, ასევე, კლინიკური აუდიტის ჩატარების პროცესს და ამ გზით ხელს უწყობს დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლისა და მისი უწყვეტი გაუმჯობესების სისტემის დანერგვას;

ბ.დ) მენეჯერი, დაწესებულების საჭიროებებიდან გამომდინარე, კოორდინირებას უწევს კადრების შემდგომი პროფესიული განვითარებისა და გადამზადების პროცესს, შეიმუშავებს რეკომენდაციებს ამ პროცესის ძირითად ეტაპებისა და მათი განხორციელების თაობაზე;

ბ.ე) მენეჯერი განსაზღვრავს კადრების შეფასების საჭიროებას, შეიმუშავებს შეფასების მიზანს და ახდენს აღნიშნული პროცესის მომზადებისა და ჩატარების ორგანიზებას;

ბ.ვ) მენეჯერი აქტიურად მონაწილეობს დაწესებულების თანამშრომლების სამუშაოს აღწერილობების შემუშავებაში და მეთვალყურეობას უწევს იქ წარმოდგენილი მოთხოვნების დაცვას, აღრიცხვას და ანალიზს;

გ) საინფორმაციო სისტემების მართვის მიმართულებით:

გ.ა) მენეჯერი ხელს უწყობს და აქტიურად მონაწილეობს დაწესებულების საინფორმაციო სისტემის ჩამოყალიბებაში;

გ.ბ) მენეჯერი აკონტროლებს დაწესებულებაში საინფორმაციო-სააღრიცხვო დოკუმენტაციის წარმოების პროცესს;

გ.გ) მენეჯერი უზრუნველყოფს დაწესებულებაში ინფორმაციის შენახვისა და დამუშავებისათვის ადეკვატური პირობების შექმნასა და შენარჩუნებას;

გ.დ) მენეჯერი იღებს პაციენტის საჩივრის ან, პირიქით, კმაყოფილების გამომხატველ ინფორმაციას, როგორც წერილობით, ისე სიტყვიერად (პირადი ან სატელეფონო საუბრის საფუძველზე), ახდენს ამ ინფორმაციის შესწავლასა და ანალიზს;

დ) კომუნიკაციის კუთხით:

დ.ა) მენეჯერი ამყარებს მჭიდრო ურთიერთობას თავისი დაწესებულების როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო პერსონალთან;

დ.ბ) მენეჯერი უზრუნველყოფს დაწესებულებისთვის მნიშვნელოვანი ნებისმიერი ინფორმაციის გავრცელებას. იგი პასუხისმგებელია დროულად გააცნოს თანამშრომლებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მარეგულირებელი აქტები, ინსტრუქციულ-მეთოდური რეკომენდაციები და დოკუმენტები;

დ.გ) მენეჯერი გეგმავს და ორგანიზებას უკეთებს დაწესებულების თანამშრომლების (პირველადი ჯანდაცვის გუნდის წევრების) ფორმალურ და არაფორმალურ შეხვედრებს, ხელს უწყობს დაწესებულებაში კულტურული და სოციალური ღონისძიებების მოწყობას, რაც საკმაოდ მნიშვნელოვანია ორგანიზაციული კულტურის, საერთო ფასეულობების ჩამოყალიბებისა და ურთიერთგაცნობის თვალსაზრისით.