

## ჯანდაცვის ხარისხის სტრუქტურა და მისი ბაზოზის საშუალებები

### I. შესავალი

წინამდებარე დოკუმენტი მიზნად ისახავს საქართველოში ჯანდაცვის ხარისხთან დაკავშირებული სიტუაციის ზოგად მიმოხილვას ხარისხის შეფასების იმ სტრუქტურითა და გაზომვის საშუალებებით, რომლითაც დღეს ოპერირებენ წამყვანი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემები და ორგანიზაციები.

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

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

### II. დაბალი ხარისხის შედეგად გამოწვეული ეკონომიკური ეფექტი

სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებული პრობლემებია ჯანდაცვის სისტემის ყველა სექტორში. სახეზეა არასაჭირო ოპერაციები, ტესტები, პროცედურები და ისეთი შემთხვევები, რომლებიც ტიპურად არ ჩაითვლება შეცდომად, თუმცა პაციენტს სერიოზული რისკის ქვეშ აყენებს. ხარისხის ასეთი პრობლემები არა მარტო სხვადასხვა სახით იწვევს ჯანმრთელობის გაუარესებას, არამედ ისინი დაკავშირებულია პირდაპირი (გართულებული შემთხვევების მკურნალობის ხარჯები) და არაპირდაპირი (უნარჩვევების დაკარგვა, ცხოვრების ხარისხის დაქვეითება, სიკვდილი) ხარჯების ზრდასთან.

სხვადასხვა ექსპერტის მიერ წარმოადგენილი კვლევების მიხედვით, აშშ –ში ჯანდაცვის ყველა პირდაპირი ხარჯის 30%- ს - ცუდი ხარისხით გაპირობებული ხარჯები შეადგენს. თუ ამას ციფრებში გადავიყვანოთ, სურათი შემდეგი იქნება: დაახლოებით 1, 4 ტრილიონი აშშ დოლარი იყო ჯანდაცვის ხარჯი 2001 წელს აშშ-ში. ამ თანხის 30% შეადგენს 240 მილიარდ დოლარს, ეს არის ხარჯი, რომელიც გამოიწვია უხარისხოდ წარმოებულმა ჯანდაცვის სერვისებმა. ექსპერტები ითვლიან, რომ 2011 წლისათვის მოსალოდნელია ჯანდაცვის ხარჯებმა 2,8 ტრილიონს (Centers for Medicare & Medicaid Services) (CMS) მიაღწიოს. თუ ჯანდაცვის ხარისხი არ გაუმჯობესდება მაშინ ადგილი გასათვლელია თუ რამდენად მოიმატებს ჯანდაცვის უხარისხო სერვისებით გამოწვეული ხარჯები.

აშშ-ს ჯანდაცვის ხარისხთან დაკავშირებული პრობლემები:

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

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

დღეს საქართველოშიც ბევრი დაინტერესებული პირია (როგორც ჯანდაცვის სისტემის შიგნით, ისე მის გარეთ), ვისაც სურს გაერკვეს ხარისხის განსაზღვრებაში და მისი გაუმჯობესების საშუალებებში (ინსტრუმენტებში).

### III. ხარისხის შეფასების სტრუქტურა

სხვადასხვა ლიტერატურა ხარისხის გაუმჯობესების სხვადასხვა განსაზღვრებას იძლევა, თუმცა ალბათ ქვემოთ მოყვანილი განსაზღვრება ყველაზე უკეთ ასახავს პრობლემის გადაჭრისათვის სისტემური მიდგომის აუცილებლობას:

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

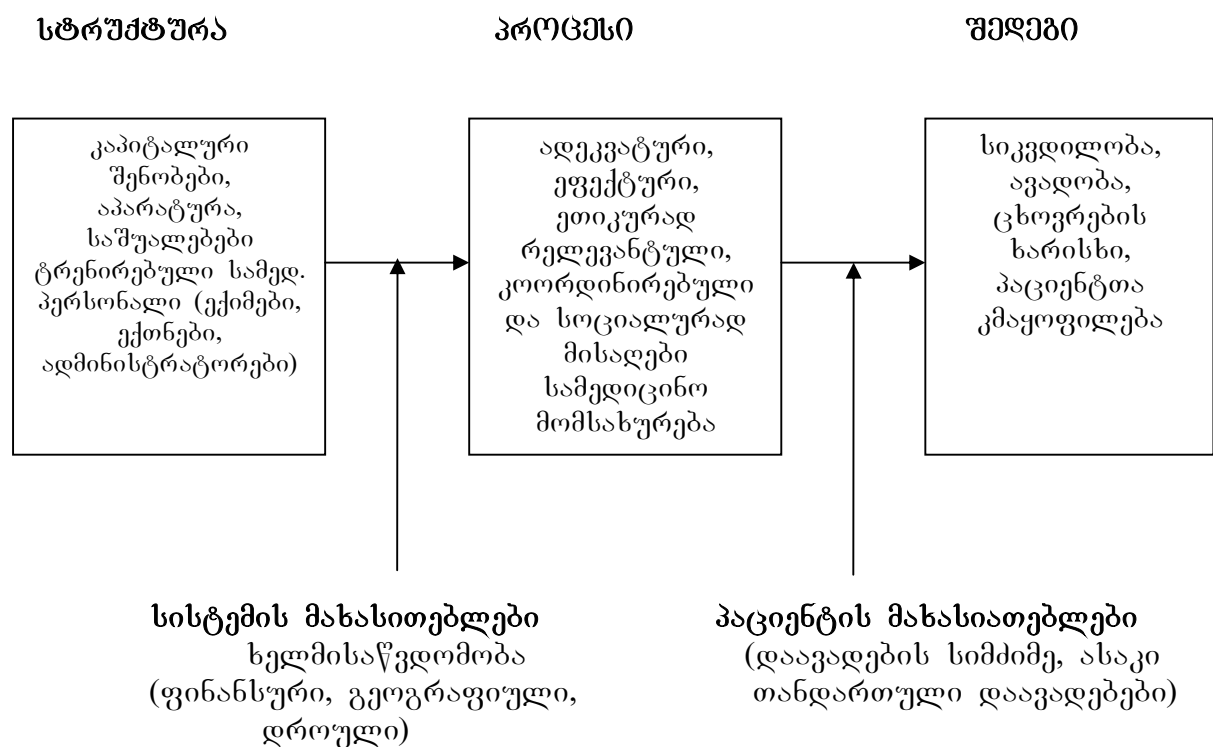
ავედის დონაბედიანი ჯანდაცვის ხარისხზე წერდა: “ძნელია გარანტირებული გახადო ხარისხი – შესაძლებელია მხოლოდ გაზარდო ალბათობა, რომ მომსახურება იქნება “კარგი” ან “უკეთესი”

თავისთავად ყველა გაუმჯობესება მოიცავს ცვლილებას, თუმცა ყველა ცვლილება არ ნიშნავს გაუმჯობესებას, შესაბამისად მნიშვნელოვანია უზრუნველყოფილი იყოს ისეთი ცვლილებების განხორციელება, რომლებიც სარწმუნო სამეცნიერო ცოდნასა და გამოცდილებას ეფუძნება, რომელიც მაქსიმალურად უზრუნველყოფს ცვლილების წარმატებულ შედეგს. განხორციელებული ცვლილების რეალური ეფექტისა და ზემოქმედების შესაფასებლად კი აუცილებელია არსებობდეს გაზომვის ზუსტი მეთოდები და საშუალებები.

როდესაც გაზომვის საშუალებებზე ვსაუბრობთ, მაშინვე ჩნდება კითხვა თუ რა უნდა გაიზომოს ჯანდაცვის სისტემაში, იმისათვის, რომ შეფასდეს ხარისხი. რომელია ის სფეროები, რომლებიც ყველაზე უკეთესად ასახავენ ხარისხს და მის ცვლილებას წარმოებული სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებით.

ხარისხის სფეროში გურუდ არიარებული ექპერტის ა. დონაბედიანის მიერ ჯანდაცვის ხარისხის გაზომვის მიზნით გამოყოფილი იქნა სამი ძირითადი სფერო. (იხ. სქემა №1) ქვემოთ განხილული იქნება თითოეული მათგანი თავისი მახასიათებლებითა და გაზომვის საშუალებებით.

სქემა №1. ჯანდაცვის ხარისხის სისტემა<sup>1</sup>



<sup>1</sup> source: Hopkins: Measuring the quality of medical care, Royal College of Physicians of London, 1991

## სტრუქტურა

ჯანდაცვის სისტემის გამართული სტრუქტურა მოიცავს ყველა იმ საშუალებების არსებობას, რომელთა გამოყენებითაც იწარმოება სამედიცინო მომსახურება. ესენია: სამედიცინო დაწესებულებები, (საავადმყოფოები, პოლიკლინიკები, ამბულატორიები, სამედიცინო და არასამედიცინო აპარატურა, სასწრაფო დახმარების მანქანები - მათი ეკიპირება, სამედიცინო მოხმარების საგნები). სამედიცინო აპარატურის ექსპლუატაციისა წესებისა და სტანდარტების არსებობა.

გარდა ზემოთ ჩამოთვლილისა, ჯანდაცვის სტრუქტურის განუყოფელი და უმნიშვნელოვანესი ნაწილია ყველა საჭირო დოკუმენტაცია, საინფორმაციო სისტემის გამართულობა, ოპერირების გეგმა და ადმინისტრირების მეთოდოლოგიები, კატასტროფის გეგმა, პაციენტთა და თანამშრომელთა უსაფრთხოების სტანდარტები და სამოქმედო წესები, კლინიკური გაიდლაინები და პროტოკოლები. ასევე მნიშვნელოვანია საჭიროების მიხედვით გათვლილი საშტატო განრიგის (კატასტროფის გეგმის გათვალისწინებით) არსებობა, მაგ. ჰოსპიტალს წინასწარ უნდა ჰქონდეს განსაზღვრული საჭირო რაოდენობა მედ პერსონალისა, ვინაიდან დადგენილია, რომ პერსონალის როგორც სიმცირე, ისე სიჭარბე შეიძლება გახდეს დაბალი ხარისხის მომსახურების მიზეზი.

სტრუქტურული მაჩვენებლის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაწილია კვალიფიციური და შესაბამისი უნარ-ჩვევების მქონე სამედიცინო პერსონალი, რომლებიც სრულად უპასუხებენ თანამედროვე მედიცინის გამოწვევებს.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის პროცესში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ჯანდაცვის პროფესიონალების განვითარების სწორი პოლიტიკისა და სტრატეგიის ფორმირებას. საქართველოში წლების მანძილზე არ არსებობდა საკადრო რესურსების განვითარების ყოვლისმომცველი გეგმა. პროფესიული კადრების კვალიფიკაცია და გადანაწილება არაადეკვატური იყო, რაც უდიდეს პრობლემას ქმნიდა ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღებისას.

მიუხედავად იმისა, რომ სტრუქტურის შეფასება და მისი გამოყენება, როგორც ხარისხის შეფასების კრიტერიუმისა, შედარებით მარტივია, საეჭვოა მარტო სტრუქტურული მახასიათებლები გამოდგნენ უნიკალურ საშუალებად ხარისხის შესაფასებლად. საკმაოდ ხშირია შემთხვევები, როდესაც სერიოზული დარღვევები (როგორც სამედიცინო შეცდომების კუთხით, ასევე რესურსების გაუმართაობით) ხდება სტრუქტურულად გამართულ დაწესებულებებშიც. (აშშ-ს მაგალითები)

2000 წელს მედიცინის ინსტიტუტმა გამოაქვეყნა მოხსენება, სადაც ყურადღება გამახვილებულია ახლად აღმოჩენილ სტატისტიკურ რეალობაზე, რომლის თანახმადაც, სამედიცინო შეცდომების შედეგად ყოველწლიურად დაახლოებით 98,000 ამერიკელი კვდება.

თავიდან აცილებადი სამედიცინო შეცდომების შედეგად ყოველწლიურად 18,000 სიკდილის შემთხვევა გამოვლინდა ავსტრალიაში და 24,000-მდე – კანადაში; “ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის” მონაცემებით 850,000 პაციენტი ზიანდება დიდ ბრიტანეთში. ეს იმ ქვეყნებში სადაც ჯანდაცვის სტრუქტურას დიდი ყურადღებას აქცევენ.

აქედან გამომდინარე კიდევ უფრო ნათელი ხდება, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც სტრუქტურული მახასიათებლები არაადეკვატურია, დაბალი ხარისხის მომსახურების რისკი გაცილებით მატულობს.

## **რა მდგომარეობაა ამ მხრივ საქართველოში?**

სამწუხაროდ საქართველოში, პრაქტიკულად არცერთი საავადმყოფო არ არის დაგეგმილი პაციენტთა საჭიროებების გათვალისწინებით, არ არის დაცული უსაფრთხოების ნორმები; უმეტეს სამედიცინო დაწესებულებებში აპარატურა და ტექნოლოგიები არ შეესაბამება სტანდარტებს და მოძველებულია, ზოგ შემთხვევაში კი საერთოდ არ არსებობს ისეთი, რომელიც დაწესებულებას სჭირდება დეკლარირებული სერვისის წარმოებისათვის. ამავდროულად არ ხდება აპარატურის პერიოდული შემოწმება, თუ რამდენად სარწმუნოა მათი მანქანებლები და რამდენად ეფექტურია მათი მუშაობა. არ ხორციელდება კალიბრირება, ტაქსონომია.

ერთ-ერთ საავადმყოფოში დეფიბრილატორის შემოწმებისას აღმოჩნდა, რომ დეფიბრილატორი გამოიმუშავებს გაცილებით დაბალ ვოლტაჟის დენს, ვიდრე საჭიროა გულის მუშაობის აღსადგენად.

სამედიცინო დაწესებულებათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში არ არის სამოქმედო გეგმა, ასევე არ არსებობს სამედიცინო პერსონალისათვის გაწერილი სამუშაო აღწერილობები (უფლება-მოვალეობები). არ არსებობს პაციენტთა უსაფრთხოების მეთოდოლოგიები, ხარისხის პოლიტიკა, ისევე, როგორც ზოგადად დაწესებულების მიზნები და მათი განხორციელების გზების ამსახველი დოკუმენტები.

საერთაშორისო გამოცდილება გვაჩვენებს, რომ ჯანდაცვის მიმწოდებლები უნდა აკმაყოფილებდნენ ე. წ. ბაზისურ მოთხოვნებს. ეს მოთხოვნები განსხვავებულია კონტრაქტის შინაარსიდან გამომდინარე. მაგალითად, კონტრაქტით გათვალისწინებული სპეციფიური ამოცანების მისაღწევად პროვაიდერს შეიძლება მოეთხოვოს განსაკუთრებული ტიპის ფინანსური სისტემის ქონა, მომსახურების მიწოდებისას კონკრეტული კლინიკური პროტოკოლების გათვალისწინება, მომსახურების ხარისხის პროგრამების არსებობა (მათ შორის კლიენტების კმაყოფილების კვლევა, თანამშრომლების განათლება და მომზადება), ექიმების ექთნებთან შეფარდების არსებული პროპორციის შენარჩუნება და აპარატურაზე ან ინფრაქტრუსტურაზე კონკრეტული საბაზისო მოთხოვნების შენარჩუნება.

ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს სტრუქტურულ მახასიათებელს წარმოადგენს საინფორმაციო სისტემები, რომლებსაც ეფუძნება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება და შემდეგ ამ მონაცემებზე დაყრდნობით გაუმჯობესების სტრატეგიის შემუშავება. საქართველოში ასეთი ან არ არსებობს ან ინფორმაციის ვალიდურობის დასადგენად მოითხოვს დამატებით სკურულოზურ გადამოწმებას.

მნიშვნელოვანი პრობლემაა, სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის უწყვეტი განვითარებისა და განათლების სისტემების არარსებობა, ან არსებულის არ გამოყენება.

სუსტია რეზიდენტურის სისტემა. სამედიცინო უნივერსიტეტებს პრაქტიკულად არ გააჩნიათ სამედიცინო ბაზა (მე-4 დონის მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალი, ყველა შესაძლო სერვისითა და სპეციალობით). არ ხდება რეზიდენტურის კურსის გავლის შემდეგ კურსდამთავრებულების პრაქტიკული უნარჩვევების დეტალური შეფასება წინასწარ დადგენილი მოთხოვნების სტანდარტების მიხედვით.

საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის რეფორმას საფუძვლად უდევს „საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის რეორგანიზაციის კონცეფცია“. კონცეფცია დამტკიცებულია საქართველოს პრეზიდენტის 2001 წლის 24 ნოემბრის №478 ბრძანებულებით. მის სამართლებრივ საფუძველს წარმოადგენს კანონები: „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და „საექიმო საქმიანობის შესახებ“. თუმცა პროფესიული განვითარების უწყვეტობას საქართველოში მხოლოდ გარკვეულ დარგებში ვაწყდებით და მას სისტემური ხასიათი არ გააჩნია.

სახელმწიფო ჯანდაცვის მართვის ერთ-ერთ მექანიზმს წარმოადგენდა სამედიცინო პერსონალის და დაწესებულებების ლიცენზირება და სერთიფიცირება. თითოეული ექიმი, რომელიც გაივლიდა ლიცენზირების სპეციალურ ტესტს, ვალდებული იყო ხელახლა გაეარა ტესტირება ყოველ ხუთ წელიწადში ერთხელ, ან მონაწილეობა მიეღო უწყვეტი სწავლების პროგრამებში და ხელახლა გამოცდის ჩაბარების ნაცვლად მიეღო შეღავათიანი კრედიტ-საათები. აღნიშნული წესი 2007 წელს შეიცვალა, კერძოდ: „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის 24-ე მუხლის თანახმად „სახელმწიფო სერტიფიკატის მფლობელი პირი დადგენილი წესით განსაზღვრული პერიოდულობით გაივლის რესერტიფიცირებას“, თუმცა კანონი არ ითვალისწინებს დათქმას, თუ რა პერიოდში უნდა გაიაროს სამედიცინო პერსონალმა რესერტიფიკაცია.

უწყვეტი სამედიცინო განათლება – შეტანილია საქართველოს კანონმდებლობაში 1997 წელს (საქართველოს ჯანდაცვის კანონი). უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის არსებობა მნიშვნელოვან ისტრუმენტს წარმოადგენს ხარისხთან მიმართებაში, თუმცა, სამწუხაროდ, ეს მარეგულირებელი მექანიზმი საქართველოში სუსტად გამოიყენება.

კანონი “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” უწყვეტ სამედიცინო განათლებას განმარტავს როგორც: “დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლების მქონე სპეციალისტის მიერ პროფესიული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების მუდმივი გადრმავება და განახლება, რაც დასტურდება სათანადო მოწმობით”.

საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქის უფლებების შესახებ შედგება საქართველოს კონსტიტუციის, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის, ჯანდაცვის სფეროში მოქმედი სხვა კანონებისაგან და ნორმატიული აქტებისაგან.

საქართველოს კანონის “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” მე-16 მუხლის ბ) პუნქტის თანახმად: ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის ერთ-ერთი მექანიზმია სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი, ხოლო ამავე კანონის 63-ე მუხლის თანახმად “ყველა სამედიცინო დაწესებულების

სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლს დადგენილი წესით აწარმოებს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო”.

საქართველოს კანონის “საექიმო საქმიანობის შესახებ” 67-ე მუხლის თანახმად: საქიმო საქმიანობაზე სახელმწიფო ზედამხედველობის ერთ-ერთი სახეა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი.

მომსახურების ხარისხის კონტროლის შეფასების ეფექტურობა ეჭვქვეშ დგება, შეფასების ხარისხის შესაბამისი პოლიტიკის, განხორციელების გეგმისა და ინსტრუმენტების არ ქონის გამო. შესაბამისად, საქართველოში სტრუქტურასთან დაკავშირებით სერიოზული ხარვეზებია, რაც აპრიორი აჩენს პაციენტის უსაფრთხოებასა და ხარისხის გაუმჯობესებაზე ზრუნვის აუცილებლობას.

## პროცესი

აღნიშნული ეხება ისეთ აქტივობებს, რომელიც დაკავშირებულია სამედიცინო მომსახურების უშუალო წარმოებასთან, მაგ. ჰოსპიტალიზაცია (დადგენილი ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმებზე დაყრდნობით), გადაყვანა ერთი საავადმყოფოდან მეორეში (საჭირო სერვისის სწორად განსაზღვრის შემდეგ), კვლევის ან ჩარევისა თუ სხვა მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევა, სწორი განყოფილების თუ სერვისის შერჩევა, დაწესებულებიდან სწორი (რჩევა დარიგებებით) და დროული (გაწერის კრიტერიუმებზე დაფუძნებული) გაწერა და ა.შ.

ჯანდაცვის მომსახურების პროცესი თავისთავად მოიცავს რამდენიმე მიმართულებას:

**1. ადეკვატური მომსახურება** – გულისხმობს, თუ რამდენად თანხვედრაშია პაციენტის კლინიკურ საჭიროებასთან სპეციფიური ტესტი, პროცედურა თუ სერვისი, და თუ რამდენად მეტია ჩატარებული მომსახურების შედეგად მიღებული ჯანმრთელობის სარგებელი (შემცირებული ტკივილი, ფუნქციური გაუმჯობესება, მომატებული სიცოცხლის ხანგრძლივობა, გაუმჯობესებული ცხოვრების ხარისხი) შესაძლო ნეგატიურ შედეგებზე (დაავადების გართულება, დეპრესია, ტკივილი პროცედურის დროს და მის შემდეგ, მცადრი დიაგნოზი, სიკვდილი). არაადეკვატური მომსახურების ქვეშ იგულისხმება როგორც ზედმეტი სამედიცინო ჩარევა, ისე მისი დეფიციტი.<sup>2</sup>

**2. მომსახურების უწყვეტობა** – გულისხმობს თუ რა ხარისხით აქვს პაციენტს განმეორებითი ვიზიტების დროს ერთი და იგივე ექიმთან ურთიერთობა და რამდენად შეუძლია პაციენტს იმ ექიმის იდენტიფიცირება, რომელიც პასუხისმგებელია მის ჯანმრთელობაზე (როცა, მკურნალობის პროცესში ჩართული არიან სხვა ექიმებიც). ან მაგალითად, რამდენად ხდება პაციენტის გაწერის შემდეგ მისი გადაბარება პირველადი ჯანდაცვის რგოლზე შემდგომი დაკვირვებისა და რეაბილიტაციის პროცესზე მეთვალყურეობისათვის, რამდენად არის უკუკავშირის სისტემა სპეციალისტთან;

**3. მომსახურების კოორდინაცია** – გულისხმობს თუ რამდენად საქმის კურსშია მკურნალი ექიმი (პირველადი, თუ ვიწრო სპეციალისტი), ყველა იმ

<sup>2</sup> (Chassin MR, Park RE, Kahn KL, Kosecoff J

მკურნალობის სქემების შესახებ, რომელსაც პაციენტი იღებს, და რამდენად ახორციელებს კომუნიკაციას სხვა სპეციალისტებთან;

**4. მომსახურების დროულობა** – გულისხმობს, განისაზღვროს ჩარევის დროულობა პაციენტის სურვილის მიუხედავად. ხშირია შემთხვევები, როდესაც პაციენტის სურვილი და ჩარევის საჭიროება არ ემთხვევა ერთმანეთს. აქ მნიშვნელოვანია პაციენტთან სწორი კომუნიკაციის წარმართვა და ახსნა-განმარტების ჩატარება დროზე ადრე ან გვიან ჩატარებული ჩარევის რისკების შესახებ;

**5. თანასწორობა მომსახურების პროცესში** – მომსახურება თანაბრად უნდა მიეწოდოს სხვადასხვა პაციენტს (ერთი და იგივე დიაგნოზების შემთხვევაში); მაგალითად სამედიცინო მომსახურების მიღების შანსი (ბარძაყის თავის პროტეზირება ან სხვა ჩარევა) ერთნაირი უნდა იყოს სხვადასხვა სოციალური, ეთნიკური თუ რელიგიური წარმომავლობის პაციენტებისათვის

**6. ხელმისაწვდომი მომსახურება** – მომსახურება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, როგორც გეოგრაფიულად ისე ფინანსურად და ხარისხობრივად. არ უნდა არსებობდეს ისეთი სისტემა როდესაც პაციენტი უარს ღებულობს სამედიცინო მომსახურებაზე რაიმე ნიშნით დისკრიმინაციის გამო ან გადაუღებელ მომსახურებაზე ფინანსური შესაძლებლობის არქონის გამო.

**7. სოციალურად მიღებული მომსახურება** - სამედიცინო სერვისი უნდა ასახავდეს თუ პოტენციურად რა შეიძლება უნდოდეს პაციენტს და როგორ. წარმოებული სერვისი უნდა აკმაყოფილებდეს მის მოლოდინებს. ძირითადად ის მოითხოვს სამედიცინო პერსონალისაგან ისეთ თვისებებს, როგორიცაა: გულსხმიერება, პატივისცემა, მეგობრულობა, მგრძობელობა და კომუნიკაციის შესაძლებლობა, რათა პაციენტს, მისთვის გასაგებ ფორმებში მიეწოდოს სრული ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის შესახებ;

**8. მომსახურების უსაფრთხოება** – განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშაა ისეთი საკითხი, როგორიცაა პაციენტთა უსაფრთხოება, განსაკუთრებით კი ამერიკის მედიცინის ინსტიტუტის (IOM) 990წ. ანგარიშის შემდეგ. უსაფრთხოება მოიცავს მომსახურების ხარისხის სხვადასხვა ასპექტებს. განსაზღვრების მიხედვით, უსაფრთხოება ეს არის გართულების რისკებისაგან, დაზიანებისაგან და არასასურველი შედეგისაგან პაციენტის დაცულობა. ჯანდაცვაში უსაფრთხოება განსაზღვრავს, თუ რამდენად არის შემცირებული ინტერვენციისა (წამალი, პროცედურა) თუ გარემო ფაქტორების (დაცემა, მოტეხილობა) და ასევე პერსონალის მხრიდან გამოწვეული რისკები.

მკურნალობა ან პროცედურა შეიძლება არ იყოს უსაფრთხო, იმ შემთხვევაშიაც კი თუ ის დროული და სოციალურად მისაღებია (მაგალითად პროცედურას აწარმოებს კარგ ტრენინგ გავლილი, გამოცდილი, მაგრამ დაღლილი ქირურგი).  
(2)

პაციენტის უსაფრთხოება აუცილებელია განიხილებოდეს, როგორც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სპეციფიკური მაჩვენებელი. პაციენტის უსაფრთხოება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი მჭიდროდაა კავშირში პაციენტის უფლებებთან, როგორც ადამიანის უფლებების ერთ-ერთ ძირითად ნაწილთან, რომელთა საკანონმდებლო ბაზა საქართველოში ჰარმონიზებულია ევროპულ კანონმდებლობასთან. პაციენტთა უფლებებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების მიმართების გასაზღვრა მნიშვნელოვანი ფაქტორი უნდა იყოს მომსახურების ხარისხის ამაღლების თვალსაზრისით.



ჯანმო-ს შეფასებით (2009)<sup>3</sup>: “ჯანდაცვის მომსახურების ცვალებადობის აღმოფხვრას ყოველ წელს ათასობით სიცოცხლის გადარჩენა შეუძლია საქართველოში. ჯანდაცვის მომსახურების გაზრდილი ხარისხი განაპირობებს კლინიკური შედეგების გაუმჯობესებას, პაციენტების მეტ უსაფრთხოებასა და მათ კმაყოფილებას. ამ კომპონენტის შესაფასებლად ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი დაბრკოლებაა პაციენტების უსაფრთხოების შესახებ მონაცემების ნაკლებობა. მონაცემები, რომლებიც აუცილებელია პაციენტების უსაფრთხოების ისეთი ძირითადი ინდიკატორებისათვის, როგორცაა ოპერაციის შემდგომი ინფექციები და სამედიცინო შეცდომები, არ მიეწოდება ჯანდაცვის ცენტრალურ საინფორმაციო სისტემას. ინფორმაცია საკეისრო კვებების შემდეგ სამედიცინო ტრავმებისა და პერიტონიტების შესახებ, ხელმისაწვდომია, თუმცა, როგორც ჩანს, არასაიმედო. პაციენტების უსაფრთხოების შეფასებისთვის აუცილებელია ზუსტი გაზომვები და ასეთი ინფორმაციის წარმოდგენა.”

საქართველოს რეალობაში პროცესის შეფასების თვალსაზრისით სერიოზული პრობლემებია ყველა რვა მიმართულებით. თუმცა ისინი სხვადასხვა ხარისხითაა წარმოჩენილი ყველა მიმართულებაში.

ჩატარებული მოსახურების ხარისხის ერთიან ჭრილში შეფასებისა და პრობლემების აღმოფხვრისათვის, მნიშვნელოვანია კავშირების დანახვა სტრუქტურასა და პროცესს შორის; განსასაზღვრია, თუ რამდენად ზემოქმედებს არასწორი სტრუქტურა სამედიცინო მომსახურების პროცესსზე და როგორ ზიანს აყენებს იგი ხარისხს. ასე, მაგალითად იმის გამო, რომ საავადმყოფოებში არ არის დანერგილი აპარატურის მუდმივი შემოწმების, კალიბრირებისა და ტაქსონომიის სისტემები (სტრუქტურა), პაციენტის უსაფრთხოება (პროცესი) მაღალი რისკის ქვეშ დგება. პაციენტმა სამედიცინო ჩარევის შედეგად შესაძლებელია მიიღოს ზიანი გაუმართავი აპარატურისაგან, ან ის დასკვნა, რაც კვლევის შედეგად იქნა მიღებული, იყოს არასარწმუნო. ასევე რთულია იმსჯელო ადეკვატურ სამედიცინო მომსახურებაზე (პროცესი), თუ სამედიცინო პერსონალი აწარმოებს ჩარევას იმ აპარატურის მონაცემებზე დაყრდნობით, რომლის მაჩვენებლების სისწორე არ შემოწმებულა (სტრუქტურა) წლების განმავლობაში და არსებობს ალბათობა, რომ აპარატურა მცდარ მონაცემს იძლეოდეს. ასევე ძნელია იფიქრო ადეკვატურობასა (პროცესი), თუ უსაფრთხოებაზე (პროცესი) თუ სამედიცინო პერსონალი არ სარგებლობს საყოველთაოდ აღიარებული სამედიცინო მეთოდოლოგიებითა თუ პროტოკოლებით (სტრუქტურა), და მუდმივად არ იმაღლებს თავის პროფესიულ უნარჩვენებს (სტრუქტურა). გამოთვლილია, იმისათვის, რომ მედიცინის განვითარებას მისდიოს და კომპეტენციის დონე შეინარჩუნოს, ექიმი დღეში რამდენიმე (5 – 10) მაღალი იმპაქტ ფაქტორის მქონე ჟურნალის სტატიას უნდა გაეცნოს. გარდა ამისა, იგი უნდა მონაწილეობდეს კლინიკურ კვლევებსა თუ სხვა აკადემიური საქმიანობით იყოს დაკავებული.

არსებობს უამრავი მაგალითი, რომელიც ასახავს სტრუქტურის პროცესისა და შედეგის ურთიერთკავშირს. მნიშვნელოვანია ამ კავშირების დანახვა, რათა

<sup>3</sup> საქართველო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება © ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია 2009. გვ.14

2. Improving patient safety across a large integrated health care delivery system A. Frankel, TK. Gandhi, DW. Bates, International Journal for Quality in Health Care 2003; Volume 15, Supplement 1: pp. i31-i40

10 von Laue NC, Schwappach DL, Koeck CM: The epidemiology of medical errors: a review of the literature. Wiener Klinische Wochenschrift, 115: 318-25, 2003

სწორედ იქნას შეფასებული წარმოებული მომსახურება, ზუსტად დაფიქსირდეს სერვისის ხარვეზი და მისი წარმოშობის წყარო.

## შედგეი

შედგეი ასახავს პაციენტის არსებული ან მომავალი ჯანმრთელობის მდგომარეობაში სამედიცინო კვლევით, მკურნალობით ან ჩარევით გამოწვეულ ცვლილებას. შედგეი როგორც გაუმჯობესება, გამოჯანმრთელება, ფუნქციის აღდგენა, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, ან გადარჩენა საკმაოდ ხშირად გამოიყენება ჯანდაცვის ხარისხის შესაფასებლად.

ზოგჯერ კონკრეტული შედგეი შეიძლება იყოს არარელევანტური მაჩვენებელი, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც შედგეი გამოიყენება, როგორც წარმატებული ჩარევის საშუალება. საუბარია პაციენტის გადარჩენაზე, მაშინ, როცა შემთხვევა არ იყო ფატალური, მაგრამ სუბოპტიმალური გადარჩენის თვალსაზრისით. შესაბამისად, გადარჩენა შეიძლება ჩაითვალოს, როგორც სხვა ფაქტორებით გამოწვეული შედგეი. მაშინაც კი, როდესაც ინფორმაცია შესაბამისია, საჭიროა უფრო ზუსტი გამოთვლების წარმოება, თუმცა გარკვეული შედგეის მაჩვენებელი საკმაოდ ადვილი გასაზომი და სარწმუნოა (მაგ სიკვდილი), სხვა ისეთი შედგეის მაჩვენებლები, როგორებიცაა პაციენტთა კმაყოფილება, გარკვეული მკურნალობის ფონზე გახანგრძლივებული სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა. და ა.შ.<sup>4</sup> შესაძლოა უფრო ნაკლებად აკურატული და შესაბამისად ზუსტი ანალიზისათვის მიუღებელი იყოს.

მიუხედავად იმისა, რომ შედგეი ასახავს კარგად თუ ცუდად გაწეულ მომსახურებას, ის მაინც არ აღწერს სამედიცინო მომსახურების დეფიციტის ბუნებას და ლოკალიზაციას. ისევე, როგორც კარგი მომსახურების ძლიერ მხარეებს სრულად და დეტალურად (McDermott et al). თუმცა შედგეი მაინც რჩება ხარისხის შეფასების საბოლოო ბაზისურ მაჩვენებლად და ხშირად სწორედ შედგეობრივი ანალიზის პირველადი მონაცემების საფუძველზე ხორციელდება შემდგომ პროცესისა და სტრუქტურის მაჩვენებლების შესწავლა.

საქართველოში სარწმუნო ინფორმაციის მიღების, დამუშავებისა და ანალიზის პრობლემაა, ერთეული ორგანიზაციების გარდა ჯანდაცვით თუ კლინიკურ მაჩვენებლებს იშვითად თუ ვინმე ამუშავებს და იყენებს ყოველდღიურ პრაქტიკაში. სამწუხაროდ, არც ამის მასტიმულირებელი მექანიზმები არ არის ჩამოყალიბებული, რაც ალბათ ერთ-ერთი მიზეზია საქართველოს ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემების ხანგრძლივ ემბრიონულ ფაზაში ყოფნისა.

ჩვენს ქვეყანაში, ყველაზე მეტად სიკვდილობის მაჩვენებელი გამოიყენება, როგორც კრიტერიუმი ჯანდაცვის ხარისხის შესაფასებლად, თუმცა, როგორც ზემოთ ითქვა, უფრო ფუნდამენტალური შეფასება არ შეიძლება ჩაითვალოს სარწმუნოდ, თუ ის პროცესისა და სტრუქტურის შემაფასებელი ვალიდური კრიტერიუმებით არ არის გამაგრებული და არ არის დანახული ერთიან სისტემაში.

---

<sup>4</sup> (Avedis Donabedian)

#### IV. ხარისხის შემაფასებელი ინდიკატორები

არსებობს რიგი ხარისხის შემაფასებელი ინდიკატორებისა, რომლებიც ასახავენ ჯანდაცვის, როგორც სტრუქტურას, ისე პროცესს და შედეგს. ადეკვატური ინდიკატორი უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს, კერძოდ:

1. უნდა იყოს გასაგები და რელევანტური პაციენტისათვის და კლინიკური გადაწყვეტილების მიმღებისათვის;
2. უნდა იყოს მეცნიერულად სრულყოფილი და დასაბუთებული;
3. უნდა იძლეოდეს საშუალებას დასკვნა გაკეთდეს პაციენტის გამოსავალზე და პოზიტიური შედეგის დადგომაზე;
4. უნდა შეეხოს როგორც ინდივიდუალური ისე მთლიანად მოსახლეობის გამოსავალს;
5. უნდა ასახავდეს ხარისხობრივ გაუმჯობესებას და პროგრესს;
6. უნდა იყოს ადვილი იმპლემენტაციისა და ადმინისტრირებისათვის;
7. უნდა იყოს შესრულებადი და ხარჯთ-ეფექტური;

იხილეთ ჯანმოს მიერ მოწოდებული ინდიკატორების რამოდენიმე მაგალითი:

1. საკეისრო კვეთათა სიხშირე
2. პროფილაქტიკის მიზნით ანტიბიოტიკის გამოყენების სიხშირე
3. სიკვდილობა
4. შემობრუნება ჰოსპიტალში
5. ამბულატორიული ქირურგიების სიხშირე
6. ჰოსპიტალიზაცია დღის ქირურგიის შემდეგ
7. ინტენსიურ პალატაში შემობრუნების სიხშირე
8. საწოლზე საშუალო დაყოვნება
9. საოპერაციოს გამოყენების სიხშირე
10. პერსონალის ტრენინგებზე დახარჯული თანხის რაოდენობა
11. ნემსით ჩხვლეტების სიხშირე
12. ზედმეტი სამუშაო საათები
13. მწვეელი თანამშრომლების სიხშირე
14. ძუძუთი კვებაზე მყოფი ახალშობილების სიხშირე გაწერისას
15. პაციენტთა სხვა საავადმყოფოებში გადაყვანის სიხშირე
16. პაციენტთა კმაყოფილება

#### V. პაციენტის უსაფრთხოება, ხარისხი და კანონმდებლობა

საქართველოს კანონმდებლობით მიხედვით სამედიცინო საქმიანობა რეგულირდება შემდეგი კანონების მიხედვით:

- კანონი "ლიცენზიის და ნებართვების შესახებ";
- კანონი "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ";
- კანონი "საექიმო საქმიანობის შესახებ";
- საქართველოს მთავრობის „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის გაცემის წესის და პირობების შესახებ დებულების დამტკიცების თაობაზე“ 2005 წლის 1 სექტემბრის №153 დადგენილება

ქართული სამართლის ცალკეული სფეროები, რომლებიც გარკვეულ მიმართებაშია პაციენტთა უსაფრთხოების და გაწეული მომსახურების ხარისხის პრობლემასთან (როგორცაა: დელიქტური სამართალი, მომხმარებელთა და პაციენტთა უფლებების დაცვის სამართალი, სისტემის ინსტიტუციური რეგულირება, პროფესიული რეგულირება და სხვ..) არ მოიაზრება როგორც სამართლის ერთიანი, მთლიანი სისტემა და ამიტომაც ცალკეული ეს სამართალი მთლიანობაში ვერ წყვეტს პაციენტთა უსაფრთხოებასთან დაკავშირებით წარმოშობილ პრობლემებს, მათი უფლებების დაცვის ჩათვლით.

## **VI. სახელმწიფოს ამოცანები:**

**ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფოს საყოველთაოდ აღიარებული ამოცანებია:**

1. ჯანმრთელი მოსახლეობა დარჩეს ჯანმრთელი;
2. განიკურნოს მოსახლეობა მწვავე დაავადებებისაგან;
3. უზრუნველყოფილ იყოს ქრონიკული დაავადებებით შეპყრობილებისათვის რაც შეიძლება ხანგრძლივი და ხარისხიანი ცხოვრება.

იმისათვის, რომ უზრუნველყოს ხარისხი ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფოს ერთ-ერთი მთავარია ფუნქციაა არეგულიროს ჯანდაცვის ბაზარი და უზრუნველყოს უსაფრთხოების ეროვნული მიზნების ჩამოყალიბებისა და დანერგვის პროცესის ხელშეწყობა.

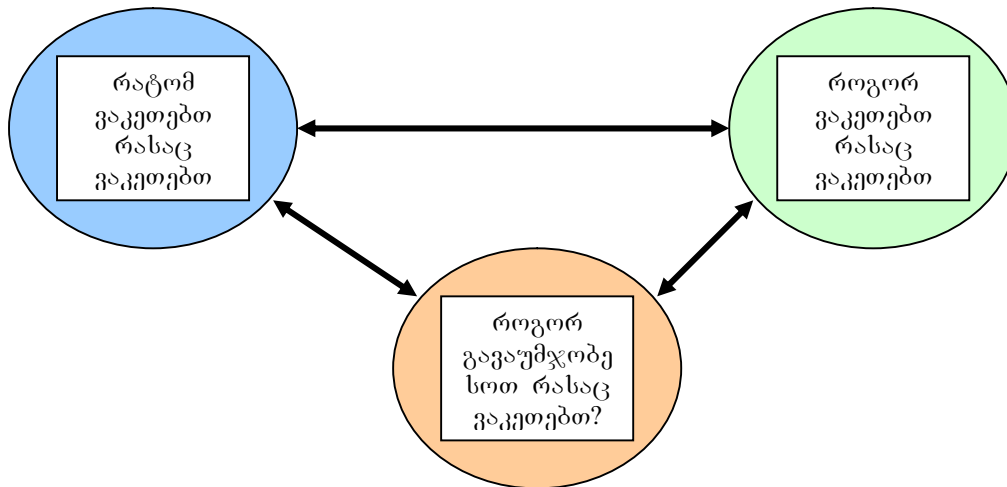
ჯანმოს მიერ რეკომენდირებული ქვეყნის პაციენტთა უსაფრთხოების მიზნები შემდეგია:

- უსაფრთხოებაზე ფოკუსირებული სტანდარტების შემუშავება
- შეცდომების შეტყობინების ხელშეწყობა
- გამოცდილების გაზიარება
- რისკის შემცირება პრევენციის გზით
- პაციენტების უსაფრთხოებაში ჩართვა
- უსაფრთხოების ყოველწლიური მიზნების შემუშავება
- თავშეყრა, თანამშრომლობა, განათლება

## **VII. ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდები**

ლიტერატურა ხარისხის გაუმჯობესების სხვადასხვა გზებს გვთავაზობს, თუმცა ძირითადი პრინციპები ყველა მოდელში მსგავსია. მნიშვნელოვანია ხარისხის გაუმჯობესების პროცესის უწყვეტობა და მნიშვნელოვანი კითხვების (სქემა № 2) მუდმივად დასმა.

სქემა №2. მუდმივი 3 კითხვა ხარისხის გაუმჯობესებისათვის



ქვემოთ მოყვანილია ხარისხის გაუმჯობესების ნაბიჯები და სტიმულირების სამი მოდელი.

ნაბიჯი №1. მოიპოვე მონაცემები, განსაზღვრე მაღალი პრიორიტეტის პრობლემები

ნაბიჯი №2 გაზომე შენი დეპარტამენტებისა და თანამშრომლების მაჩვენებლები და ჩართე ისინი ხარისხის გაუმჯობესების უწყვეტ პროცესში

ნაბიჯი №3 გახადე შენი ხარისხის მაჩვენებლები ხელმისაწვდომი პაციენტებისათვის და გაანათლე ისინი ამ მიმართულებით

ნაბიჯი №4 არ დაიშურო აღიარება კარგი ხარისხისათვის და არ დატოვო უყურადღებოდ არც ერთი ცუდი ხარისხის შემთხვევა;

მოდელი №1 ფინანსური სტიმულირება:

- 1.1 პირდაპირი ფინანსური სტიმულები მიმწოდებელს კარგი ხარისხისთვის
- 1.2 სახალხო აღიარება საუკეთესო მიმწოდებელს
- 1.3 მომხმარებლის ფინანსური სტიმულირება უკეთესი ხარისხის არჩევისათვის
- 1.4 ხარისხთან დაკავშირებული აქტივობების სუბსიდირება

მოდელი №2

სელექტიური კონტრაქტირება საუკეთესო მაჩვენებლების მქონე მიმწოდებელთან

- 2.1 კონტრაქტით განსაზღვრული უფლება მოვალეობები
- 2.2 შესრულების კრიტერიუმების დანერგვა
- 2.3 საუკეთესო ცენტრების აღიარება – რეფერენს ცენტრებად ქცევა, სელექტიური კონტრაქტირება

მოდელი №3

რეგულირების სხვა საშუალებები,

3.1 მიმწოდებელთა ქცევის რეგულაცია (ლიცენზირება უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების ჩართვით). თანამედროვე კლინიკური გაიდლაინებისა და პროტოკოლების დანერგვა;

3.2 სტრუქტურის გაუმჯობესების ხელშეწყობა, დაწესებულებათა გამკაცრებული სტანდარტების და ახალი კრიტერიუმების დანერგვით

3.3 პროცესის ხელშეწყობა აკრედიტაციის პროცესის დანერგვით

## References:

1. FACCT (Foundation for Accountability). 1997. *The FACCT Consumer Information Framework: Comparative Information for Better Health Care Decisions*. [Online]. Available: <http://www.facct.org/information.html> [accessed June 4, 2002].
2. IOM (Institute of Medicine). 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.
3. IOM. 2003. *Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality*. Adams K, Corrigan JM, eds. Washington, DC: The National Academies Press.
4. National Quality Forum. 2004. *National Priorities for Healthcare Quality Measurement and Reporting*. [Online]. Available: <http://www.qualityforum.org/webprioritiespublic.pdf> [accessed January 19, 2005].
5. Merry, MD, and Brown, JP. 2002. .From a Culture of Safety to a Culture of Excellence: Quality Science, Human Factors, and the Future of Healthcare Quality,. *Journal of Innovative Management*. 7(2): 29-46.
6. Kohn, LT, Corrigan, JM, and Donaldson, MS (Eds). 1999. *To Err Is Human: Building a Safer Health Care System*. Institute of Medicine, published by National Academy of Sciences; Becher, Elise C. and Chassin, Mark R. 2001. .Improving the Quality of
7. Health Care: Who Will Lead?. *Health Affairs* 20(5):164-179.  
Institute of Medicine (IOM). 2002. Minorities More Likely to Receive Lower-Quality
8. Health Care, Regardless of Income and Insurance Coverage. National Academy of Sciences  
press release announcing release of new IOM study, *Unequal Treatment: Confronting*
9. Racial and Ethnic Disparities in Health Care. The full press release and report are available at <http://national-academies.org>.  
Tieman, Jeff. 2003. .Hospital Care Fuels Spending,. *Modern Healthcare* (January 13).
10. Graham, Judith. 2002. .Forecast has health costs rising faster,. *Chicago Tribune* (March 12). Available on [www.chicagotribune.com/news/nationworld/chi-0203120286mar12.story](http://www.chicagotribune.com/news/nationworld/chi-0203120286mar12.story).
11. The Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School. 1999. *The Quality of Medical Care in the United States: A Report on the Medicare Program*, The  
*Dartmouth Atlas of Health Care 1999*, pp. 128-129.