

## სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების ახალი მეთოდების შედეგები

თენგიზ ვერულავა, თემურ კალანდაძე, ოთარ გერზმავა

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მენეჯმენტის კათედრა

სტატია დაიბეჭდა „საქართველოს სამედიცინო მოამბე“, 3-4 (მაისი-აგვისტო), 1999 წ.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის შემდგომი განვითარება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული დაფინანსების მეთოდზე, რომლის შერჩევა მოითხოვს მრავალმხრივ მეცნიერულად დასაბუთებულ მონაცემებს.

დაფინანსების ამა თუ იმ მეთოდის გამოყენება გარკვეულ ზემოქმედებას ახდენს არა მარტო სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობისა და თანასწორუფლებიანობის პრინციპის განხორციელებაზე, არამედ, გარკვეულწილად, განაპირობებს როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ისე ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურულ ცვლილებებს. იგი ზემოქმედებს თვით სისტემის ორგანიზაციულ-ადმინისტრაციულ ინფრასტრუქტურაზე, საავადმყოფოების საწოლთა ფონდზე, მათ პროფილსა და ა.შ. დაფინანსების მექანიზმების შეცვლამ შეიძლება გამოიწვიოს ისეთი არაპოპულარული ღონისძიებების ჩატარება, როგორცაა: სამედიცინო დაწესებულებების გაუქმება, სამედიცინო პერსონალის შემცირება ან, პირიქით, ქსელის გაფართოება.

ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდი განაპირობებს სამედიცინო დახმარების ხარისხს, მოწინავე ტექნოლოგიების დანერგვის ინტენსიურობას, ხელს უწყობს პროფილაქტიკური მედიცინისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვას.

ჯანდაცვის სისტემის საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლისას არანაკლებ მწვავედ დგება პაციენტზე გაწეული სამედიცინო დახმარების ეკონომიკური ეფექტურობის საკითხი.

საქართველოს პირობებში განსაკუთრებით საყურადღებოა ისეთი მეთოდების შერჩევა, რომლითაც შესაძლებელი იქნება ჯანდაცვის სისტემის დასაფინანსებლად გამოყოფილი მცირე თანხის არა მარტო დაზოგვა, არამედ მაქსიმალური ეფექტიანობით გამოყენებაც. ამასთან დაკავშირებით, საყურადღებოა ის გარემოება, რომ სხვა სფეროებში მომუშავე პერსონალისაგან განსხვავებით, ექიმი წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების მოთხოვნილების განმსაზღვრელს, ასევე, მის მიმწოდებელს. ამან კი, თავის მხრივ, შეიძლება გამოიწვიოს სამედიცინო დახმარების მწარმოებლის დაინტერესება, მეტი შემოსავლის მიღების მიზნით, ხელოვნურად გაზარდოს მისი მოცულობა. (მაგალითად,

პაციენტისათვის ნაკლებად საჭირო, მაგრამ ძვირადღირებული გამოკვლევების ჩატარებით, მრავალრიცხოვანი პრეპარატის დანიშვნით და ა.შ.). ამიტომ, რეფორმის განხორციელების პროცესში დიდი ყურადღება ექცევა საექიმო საქმიანობის კონტროლს.

საქართველოში არსებული მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა განსაკუთრებული სიმწვავეთ შეეხო ბავშვებს. სამეგრელოს რეგიონის დემოგრაფიული მაჩვენებლების ანალიზი ცხადყოფს, რომ მკვეთრად გაიზარდა ავადობა, შემცირდა შობადობა, ბუნებრივი ნამატი.

ამასთან დაკავშირებით, ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანეს პრობლემას წარმოადგენს. მისი გაუმჯობესების ერთ-ერთ გზად გვესახება სამედიცინო დაწესებულებებისათვის ისეთი ანაზღაურების მეთოდების განსაზღვრა, რომლებიც სტიმულს მისცემს პერსონალს მნიშვნელოვნად გაზარდოს სამედიცინო მეთვალყურეობისა და გაწეული დახმარების ხარისხი.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, 1997-1998 წლებში, ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით გათვალისწინებული სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსება ხორციელდება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებით (ამასთან ერთად, გამოიყენებოდა გლობალური ბიუჯეტის მეთოდი). წინა წლებისაგან განსხვავებით, ბიუჯეტი გამოითვლებოდა არა სამედიცინო სიმძლავრის (საწოლთა ფონდი, სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა და სხვა) მიხედვით, არამედ წინა წელს შესრულებული მუშაობის მოცულობის გათვალისწინებით.

ანაზღაურების ამ მეთოდის საფუძველს წარმოადგენდა საწოლდღის ღირებულების ზუსტი დადგენა. გაწეული მუშაობის ანგარიშსწორება ხდებოდა ცალკეული ნოზოლოგიური ჯგუფის მკურნალობაზე გათვალისწინებული ტარიფების ფარგლებში. ამასთან, სტანდარტით გათვალისწინებული მანიპულაციის ფასი, რომელიც სხვადასხვა მიზეზით არ ჩაუტარდა კონკრეტულ პაციენტს, არ გამოირიცხებოდა ტარიფით გათვალისწინებული მთლიანი საფასურიდან.

საკითხისადმი ასეთმა მიდგომამ, გარკვეულწილად, ხელი შეუწყო ისეთი შემთხვევების გახშირებას, როდესაც პერსონალი არ ცდილობდა განეხორციელებინა სტანდარტით გათვალისწინებული ყველა მანიპულაცია ან, არაიშვიათად, მიენდო პაციენტის ახლობლისათვის სტანდარტით გათვალისწინებული პრეპარატის ან დიაგნოსტიკური საშუალების შესყიდვა, რომლის საფასურის ანაზღაურება მოგვიანებით უხდებოდა ბიუჯეტს. თავისთავად, აღნიშნული მიდგომარეობა, ერთი მხრივ, ხელს უწყობდა არაუცილებელი სამედიცინო მომსახურების ჩატარებას, მეორე მხრივ, უსაფუძვლოდ ზრდიდა ბიუჯეტს. ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, 1998

წელს, ამავე პროგრამით, სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსება ხორციელდებოდა უკვე ე.წ. სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებით. სამედიცინო დაწესებულება მოითხოვს მხოლოდ რეალურად ჩატარებული სამედიცინო დახმარების საფასურს, რომელიც გათვალისწინებულია სტანდარტით. თანხის განსაზღვრა, წინა წელთან შედარებით, მართალია, ხდება არსებული ტარიფის ფარგლებში, მაგრამ მას უკვე აკლდება იმ მანიპულაციების ფასი, რომლებიც სხვადასხვა მიზეზით არ ჩატარდა, მაგრამ გათვალისწინებული იყო არსებული სტანდარტით, მიუხედავად იმისა, რომ ახალი მეთოდის გამოყენება უფრო შრომატევადია, რომელიც წარმოადგენს როგორც ბიუჯეტის დაზოგვის რეალურ გზას, ისე გაწეული დახმარების ხარისხის ამაღლების საშუალებას.

ამბოლათორიულ-პოლიკლინიკური ტიპის სამედიცინო დაწესებულების დაფინანსება 1996 წლიდან ჩვენს ქვეყანაში ხორციელდება ე.წ. კაპიტაციური (სულადობრივი) და სამედიცინო-ეკონომიკური სტანდარტების მეთოდების გამოყენებით. ამასთან, 1997 წლიდან, საბიუჯეტო სახსრების დაზოგვის თვალსაზრისით გამოიყენება მხოლოდ კაპიტაციური მეთოდი. ამან, ჩვენი შეფასებით, მხოლოდ ნაწილობრივ გაამართლა, ვინაიდან, სამედიცინო-ეკონომიკური სტანდარტების მეთოდების გამორიცხვამ შეამცირა ექიმის დაინტერესება, რათა თავის დონეზე განახორციელოს პაციენტის დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და რეაბილიტაცია. თუმცა, კაპიტაციური მეთოდის შემოღების შემდეგ პირდაპირი ხარჯები პაციენტთა სამედიცინო დახმარებაზე საკმაოდ შემცირდა, მაგრამ განუხრელად იზრდება სტაციონარული მომსახურების დაფინანსება, ვინაიდან არსებულ სიტუაციაში, პოლიკლინიკის ექიმის ინტერესებშია არა იმდენად ცალკეულ პაციენტთან ხანგრძლივი შრომატევადი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მუშაობა, რამდენადაც სამუშაო საათებში ავადმყოფთა მაქსიმალური რაოდენობის გატარება. ზემოაღნიშნულმა განაპირობა ის, რომ სტაციონარულ დაწესებულებებში პოლიკლინიკიდან გადაგზავნილი პაციენტების რიცხვი რეგიონში განუხრელად მატულობს. მართალია, არსებული ფინანსური სიმწელები სახსრების უფრო ეფექტურად გამოყენების ახალი გზების ძიებას მოითხოვს, მაგრამ ვთვლით, რომ როდესაც საქმე ეხება ბავშვთა გადარჩენის პროგრამის განხორციელებას, საჭიროა დაფინანსების ორივე მეთოდის გამოყენება. ამას ადასტურებს ჩატარებული საექსპერტო შეფასებისა და გამოკითხვის მასალებიც.

ამ კუთხით, ბავშვთა გადარჩენის პროგრამის მაგალითზე, ჩვენ მიერ შეფასდა გამოყენებული ანაზღაურების მეთოდების ადეკვატურობა. კვლევის პროცესი მიმდინარეობდა ორი მიმართულებით; ერთი მხრივ, სპეციალური კრიტერიუმის გამოყენებით, რომელიც ეყრდნობოდა საექსპორტო შეფასებებს, მეორე მხრივ, სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის სოციოლოგიური კვლევის საფუძველზე.

არსებული მეთოდების შესაფასებლად გამოყენებული იყო შემდეგი კრიტერიუმები:

## **1.განხორციელებადობა**

- 1.1. არსებულთან მისადაგება
- 1.2. სტრუქტურული ცვლილებების საჭიროება.
- 1.3. მართვა
  - 1.3.1. კადრები.
  - 1.3.2. მართვის ინფორმაციული სისტემები
  - 1.3.3. კონტროლი.
- 1.4. დანერგვის სიმარტივე

## **2.ეკონომიკური მახასიათებლები.**

- 2.1. ეფექტურობა
  - 2.1.1. სამედიცინო დახმარების ერთეულზე დახარჯული თანხის ოდენობა.
  - 2.1.2. ადმინისტრაციული დანახარჯები.
- 2.2. ანაზღაურების საშუალო დაყოვნება.
- 2.3. განფასების ადეკვატურობა.

## **3.ადეკვატურობა.**

- 3.1. რესურსების ეკონომიკურად დაზოგვა.
- 3.2. სამედიცინო პერსონალის დაკმაყოფილება.
- 3.3. პაციენტის დაკმაყოფილება.
- 3.4. სამედიცინო დახმარების ხარისხი.

გამოკითხვაში მონაწილეობდა ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამაში მონაწილე სამეგრელოს რეგიონის 26 სამედიცინო დაწესებულების 320 სამედიცინო პერსონალი (მთავარი ექიმები, ეკონომისტები, პედიატრები, ნეონატოლოგები) და 500 პაციენტი. პაციენტებს, ძირითადად, შეადგენდნენ 0-დან 2 წლამდე ასაკის ბავშვების მშობლები.

ცხრილი: ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდების საექსპერტო შეფასების შედეგები

კრიტერიუმი	პოლიკლინიკა		სტაციონარი	
	1996 წ	1997/1998 წწ	1997 წ	1998 წ.
	სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტი, კაპიტაციური	კაპიტაციური	საწოლ/დღე	სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტი
არსებულთან მისადაგება	1	2	2	1
სტრუქტურული ცვლილებების საჭიროება	1	3	2	1
კადრები	1	2	2	1
მართვის ინფორმაციული სისტემები	1	2	2	1
კონტროლი	2	3	2	1
დანერგვის სიმარტივე	2	3	2	1
განხორციელებადობა. ქულათა ჯამი	8	15	12	6
სამედიცინო დახმარების ერთეულზე დახარჯული თანხა	2	1	2	3
ადმინისტრაციული ხარჯები	1	3	3	1
ანაზღაურების საშუალო დაყოვნება	1	2	3	1
განფასების ადექვატურობა	2	1	2	3
ეკონომიკური მახასიათებლები ქულათა ჯამი	6	7	10	9
რესურსების ეკონომიკურად დაზოგვა	1	2	2	3
პაციენტის დაკმაყოფილება	3	2	2	3
სამედიცინო პერსონალის დაკმაყოფილება	3	2	2	3
სამედიცინო დახმარების ხარისხი	3	1	2	3
ადექვატურობა ქულათა ჯამი	10	7	8	12
ქულათა მთლიანი ჯამი	24	29	30	28

ზემოჩამოთვლილი კრიტერიუმებისა და გამოკითხვის მასალების შედეგად შეფასდა 1996-1998 წლებში ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო დაწესებულებების ანაზღაურების მეთოდების ადეკვატურობისა და მათი ეფექტურობის შედეგები (იხ. ცხრილი).

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პოლიკლინიკური ტიპის სამედიცინო დაწესებულებების ანაზღაურების მეთოდებიდან ყველაზე მეტი ქულა მიენიჭა კაპიტაციურ (სულადობრივ) მეთოდს (29 ქულა). განხორციელების თვალსაზრისით, ამ მეთოდმა მოიპოვა მეტი ქულა (15), რადგანაც იგი არ მოითხოვს მნიშვნელოვან სტრუქტურულ ცვლილებებს, ადვილია სამართავად, მონიტორინგის გასახორციელებლად არ არის საჭირო ინფორმაციის დიდი მოცულობის შეგროვება, ადვილია კონტროლი. მისი დანერგვა არ წარმოადგენს დიდ სირთულეს.

ეკონომიკური ეფექტურობის თვალსაზრისითაც ამ მეთოდმა შედარებით მაღალი ქულა მოიპოვა (7), რადგანაც საკმარისად მცირეა ადმინისტრაციული ხარჯები, გადახდის დაყოვნება, უფრო ეკონომიკურად გამოიყენება რესურსები. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სამედიცინო დახმარების ხარისხის, სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის დაკმაყოფილების თვალსაზრისით უფრო მაღალი ქულა მოიპოვა შესრულებული სამუშაოსა და კაპიტაციური (სულადობრივი) მეთოდის კომბინაციამ.

სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებების ანაზღაურებების მეთოდებიდან ყველაზე მეტი ქულა მიენიჭა საწოლ/დღის მიხედვით გათვლილი ანაზღაურების მეთოდს (30). განხორციელების თვალსაზრისით, იგი უფრო მაღალი მაჩვენებლებით შეფასდა (12 ქულა), რადგანაც არ მოითხოვს მნიშვნელოვან სტრუქტურულ ცვლილებებს, ადვილია სამართავად, მონიტორინგისათვის არ მოითხოვს დიდი მოცულობით ინფორმაციის შეგროვებას, ადვილია კონტროლი. ეკონომიკური ეფექტურობის თვალსაზრისითაც ამ მეთოდმა შედარებით მაღალი ქულა მოიპოვა (10), რადგანაც შედარებით მცირეა ადმინისტრაციული ხარჯები და გადახდის დაყოვნება. მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ რესურსების ეკონომიკური დაზოგვის, სამედიცინო დახმარების ხარისხის, სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის დაკმაყოფილების თვალსაზრისით, უფრო მაღალი ქულა მოიპოვა სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდმა.

ჩატარებული ანალიზი ცხადყოფს, თუ რა მნიშვნელობა ენიჭება დაფინანსების მეთოდების ოპტიმალური ფორმების შერჩევასა და დანერგვას ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის წარმატებით განხორციელებაში. ზოგიერთი საკითხის გათვალისწინებამ, რომლებიც წინა წლებში ნაკლებად მნიშვნელოვნად მიგვაჩნდა, ხელი შეუწყო სამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლებას, ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებას, სამედიცინო დახმარების რეორიენტაციას

პროფილაქტიკურ მუშაობაზე, პროგრამის დაფინანსებისათვის საჭირო რესურსების დაზოგვას.

## **Estimation of new methods of financing of public health instructions of Georgia**

**Tengiz Verulava, Temur Kalandadze, Otar Gerzmava**

Public health system reforms of Georgia defined the search for new forms of financing of medical institutions of the country.

Despite the fact that rather serious changes have been made in financing system in recent years a number of particular questions occurred in the process of shifting to new conditions require serious scientific research.

### **ლიტერატურა:**

1. საქართველოს ჯანდაცვის პოლიტიკა და ძირითადი სტრატეგიები. თბილისი, 1999, 1-86.
2. გერზმავა თ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის. თბილისი, 1998, 187-211.
3. Christa Alternsletter, James Warner Bjorkman. Health Policy Reform, National Variations and Globalization.
4. Glaser W. Paying the Hospital: American Problems and Foreign Solutions. 389-399. 1991.
5. Wiley M. Hospital Financing Reform and Case-mix Measurement Health Care Financing Review. 1992