**სამედიცინო დახმარების ხარისხის მექანიზმები**

**თენგიზ ვერულავა, თემურ კალანდაძე**

***სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია***

**ჟურნალი „საქართველოს სამედიცინო მოამბე“. # 5-6 ივლისი-სექტემბერი. 2000 წ.**

უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა სამედიცინო დახმარების ხარისხის პრობლემასთან დაკავშირებული ინტერესი. 1990 წელს, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპული რეგიონალური ბიუროს მიერ ფორმულებულ იქნა სამედიცინო დახმარების ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმები.

ჩვენს ქვეყანაში აღნიშნული პრობლემის აქტუალობა განპირობებულია ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე გარდაქმნებთან. ამასთან, გატარებული რეფორმები მოითხოვდა სამედიცინო დახმარების ხარისხისადმი ახლებურ მიდგომას. რეფორმის შედეგად არსებითად შეიცვალა ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციულ-სამართლებრივი და დაფინანსების ფორმები, ჩამოყალიბდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა.

საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით, ხარისხი წარმოადგენს მომსახურების თვისებებისა და მახაიათებლების ერთობლიობას, რომელიც განსაზღვრავს მათ უნარს, დააკმაყოფილოს დადგენილი და განზრახული მოთხოვნები. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია სამედიცინო დახმარების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის მიმართ შემდეგ ამოცანებს სახავს: „ყოველი პაციენტი უნდა ღებულობდეს დიაგნოსტიკური და თერაპიული დახმარების ისეთ კომპლექსს, რომლითაც შესაძლებელი იქნება ამ პაციენტის ჯანმრთელობისათვის საჭირო ოპტიმალური შედეგების მიღწევა სამედიცინო მეცნიერების დონისა და ისეთი ბიოლოგიური ფაქტორების შესაბამისად, როგორიცაა ასაკი, დაავადება, თანმხლები მეორადი დიაგნოზი, რეაქცია მკურნალობაზე და სხვა. ასეთი შედეგის მიღწევა უნდა განხორციელდეს მინიმალური საშუალებებით. გაწეული სამედიცინო დახმარების პროცესით პაციენტმა უნდა მიიღოს მაქსიმალური კმაყოფილება“.

სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შემოღებამ მკაცრი მოთხოვნები წაუყენა სამედიცინო დაწესებულებას, რესურსების უფრო ეფექტური გამოყენების, სამედიცინო დახმარების ხარისხის სტიმულირების თვალსაზრისით. ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების შეცვლამ შესრულებული სამუშაოს საბოლოო შედეგის მიხედვით ანაზღაურებით გამოიწვია სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის ინტენსიური მუშაობის სტიმულირება.

დახმარების ხარისხი დაკავშირებულია სამედიცინო დაწესებულების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მდგომარეობაზე, პერსონალის კვალიფიკაციის დონეზე, სამკურნალო- დიაგნოსტიკურ პროვცესში გამოყენებულ ტექნოლოგიებზე, ეთიკურ და დეონტოლოგიურ ნორმებზე, პაციენტისა და სამედიცინო პერსონალის ურთიერთდამოკიდებულებაზე.

ხარისხის შეფასების სისტემის ერთ-ერთი შემქმნელის, დონაბედიანის მიხედვით, სამედიცინო დახმარების ხარისხი შეიძლება შეფასდეს შემდეგი პუნქტებით:

* სამედიცინო დახმარების სტრუქტურა;
* სამედიცინო დახმარების გაწევის პროცესი;
* გაწეული სამედიცინო დახმარების შედეგები.

სამედიცინო დახმარების სტრუქტურა გულისხმობს სამედიცინო დაწესებულების ლიცენზირებისა და აკრედიტაციის თავისებურებებს, მოწყობილობა-დანადგარების მდგომარეობას, მუშაობის ორგანიზაციულ ფორმებს, მართვის სტრუქტურას, ექიმთა მუშაობის პირობებს.

სამედიცინო დახმარების შედეგები გულისხმობს პაციენტზე ჩატარებული სამედიცინო დახმარებისას მიღწეულ შედეგებს.

სამედიცინო დახმარების ხარისხის შეფასება ხორციელდება ორი გზით:

* ჩატარებული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების შესაბამისობა დადგენილ სტანდარტებთან;
* პაციენტის ობიექტური მონაცემების (ჰემოდინამიკა, კლინიკურ-ენდოსკოპიური სურათი) შედარება მკურნალობამდე და მის შემდეგ.

სამედიცინო დახმარების მომხმარებლის პოზიციიდან სამედიცინო დახმარების ხარისხი უნდა ხასიათდებოდეს შემდეგი თავისებურებებით:

* ხელმისაწვდომობა;
* უსაფრთხოება;
* ოპტიმალურობა (პაციენტის მდგომარეობის ადეკვატური და, ამავე დროს, იაფი სამედიცინო ტექნოლოგიის შერჩევა)
* პაციენტის დაკმაყოფილება (ფაქტიურად გაწეული სამედიცინო დახმარების შესაბამისობა პაციენტის მოთხოვნილებასთან).

სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ფუნქციონირების ერთ-ერთი მთავარი მომენტია სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი. იგი წარმოადგენს სადაზღვევო შემთხვევის ანალიზს, რომელიც გულისხმობს, თუ რამდენად არის შესაბამიშობაში გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხი არსებულ ნორმატივებთან, აგრეთვე, თუ რამდენად საფიძვლიანია დაზღვეულის და დამზღვევის პრეტენზიები სამედიცინო დაწესებულებასთან.

სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი უნდა ემყარებოდეს შემდეგ ასპექტებს:

1. კლინიკური - სამედიცინო სტანდარტის შესრულების პრინციპი;
2. სოციოლოგიური - პაციენტთა დაკმაყოფილება გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხითა და მოცულობით;
3. იურიდიული - დაზღვეულთა სამართლებრივი უფლებების რეალიზაციის დონე;
4. ეკონომიკური - ფინანსური დანახრჯების შესაბამისობის ხარისხი.

სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი არის ორი სახის: გეგმური და არაგეგმური. არაგეგმური კონტროლის მიზეზი შეიძლება ოყოს;

* დაზღვეულის საჩივარი;
* ლეტალური გამოსავალი;
* არასწორად დასმული დიაგნოზი;
* სამედიცინო დახმარებაზე უარის თქმა;
* განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია;
* მკურნალობის ხანგრძლივობის მნიშვნელოვანი გადახრა საშუალო სტანდარტულ მაჩვენებელთან შედარებით;

სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი შეიცავს სამედიცინო დაწესებულების მუშაობის შემდეგი კომპონენტების შეფასებას:

* კონკრეტულ შემთხვევაში დადგენილი დიაგნოზის მართებულობა;
* პაციენტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ტაქტიკის ადეკვატურობა;
* თითოეული ნოზოლოგიის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების მოცულობის დადგენილი ნორმატივების დაცვა;
* სამედიცინო დახმარების გაწევისათვის საჭირო ტექნოლოგიებისა და კადრების აუცილებელი დონის არსებობა;
* სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებებისთვის საჭირო ტექნოლოგიური ნორმატივების დაცვა;
* სამედიცინო დახმარების გაწევისათვის საჭირო პირობების შესრულება;
* დეონტოლოგიის პრინციპების დაცვა;
* მკურნალობის ხანგრძლივობისა და შედეგების შეფასება;
* პაციენტების მხრიდან საჩივრების არსებობა სამედიცინო დახმარების ხარისხის მიმართ;
* მკურნალობის ხარისხის სტატისტიკური მაჩვენებლების ანალიზი და შეფასება (საწოლთა პროფილისა და ნოზოლოგიების მიხედვით მკურნალობის საშუალო ხანგრძლივობა, გართულებებისა და ლეტალური გამოსავლის პროცენტი);
* სამედიცინო დახმარების გაწევისას პაციენტებისა და პერსონალის მიმართ უსაფრთხოების ტექნიკის დაცვა;
* სამედიცინო დაწესებულების ფინანსური და მატერიალური-ტექნიკური უზრუნველყოფა;
* სამედიცინო დაწესებულების პერსონალის შრომის ორგანიზაცია.
* პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობისა და დროულობის დასაბუთება:
* სამედიცინო დახმარების ეტაპების თანმიმდევრულობის (უწყვეტობის) შეფასება (პოლიკლინიკა-სტაციონარი-პოლიკლინიკა);
* დიაგნოსტიკური და სამკურნალო ღონისძიებების ხანგრძლივობა;
* პაციენტის სტაციონარიდან გაწერის დროულობა და დასაბუთება;
* პაციენტის გაწერისას სამედიცინო რეკომენდაციების ხარისხი;
* დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ხარისხის კონტროლი (დიაგნოზი დასმულია თუ არა დადგენილი კლასიფიკაციების მიხედვით და დასაბუთებულია თუ არა იგი);
* ავადმყოფის მოვლის ხარისხი;
* სამედიცინო დაწესებულების მიერ პაციენტისათვის ფულის გამოძალვის შემთხვევები და მიზეზები;
* განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების ანალიზი;
* კადრების პროფესიული მომზადების შეფასება;
* აფთიაქის მდგომარეობა, მედიკამენტებით უზრუნველყოფა;
* სამედიცინო დოკუმენტაციის შედგენის სისწორის შეფასება;
* სანიტარული ნორმების დაცვა, შენობის საერთო სანიტარული მდგომარეობა, ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების ორგანიზაცია;
* წყალმომარაგების, კანალიზაციის სისტემის, სამრეცხაოს მდგომარეობა;
* კვების ბლოკის სან-ჰიგიენური მდგომარეობა, სამკურნალო კვების ხარისხი;
* პერსონალის პირადი ჰიგიენის ნორმების დაცვა;
* სამედიცინო ინსტრუმენტების და მოწყობილობების სტერილიზაციისა და დეზინფექციის მდგომარეობა;

დარღვევების შემთხვევების გამოვლენისას სამედიცინო დაწესებულებაზე გარკვეული სანქციები ხორციელდება. საგულისხმოა, რომ სანქციების მნიშვნლოვანი ნაწილი მიმართული უნდა იყოს სამედიცინო დახმარების დაბალი ხარისხის აღმოფხვრისკენ (ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლება, სამედიცინო დაწესებულების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შემდგომი განვითარება, მედიკამენტების შეძენა).

**სამედიცინო დახმარების ხარისხის უწყებრივი და არაუწყებრივი კონტროლი**

სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი იყოფა ორ ჯგუფად: უწყებრივად და არაუწყებრივად. უწყებრივ კონტროლს ახორციელებს ჯანდაცვის მართვის ორგანოები და სამედიცინო დაწესებულება. არასაუწყებო კონტროლს აწარმოებენ პაციენტები და სამედიცინო სამედიცინო დახმარების დამფინანსებლები (სადაზღვევო ფონდები).

სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლის სისტემაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია სამედიცინო დაწესებულებას, რადგანაც იგი წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების უშუალო მიმწოდებელს.

სამედიცინო დახმარების ხარისხის შესაფასებლად გამოიყენება სამედიცინო დახმარების ეფექტურობის მაჩვენებლები (კოეფიციენტი). სამედიცინო დახმარების ეფექტურობის კოეფიციენტი ასახავს მიღწეულ სამედიცინო შედეგს, პაციენტის დაკმაყოფილების ხარისხს და მკურნალობაზე დანახარჯებს შორის ურთიერთკავშირს. სამედიცინო დახმარების ეფექტურობა ფასდება სამი ასპექტის მიხედვით: სამედიცინო, სოციალური და ეკონომიკური.

სამედიცინო დაწესებულება ყოველთვიურად უნდა აწარმოებდეს თითოეული ექიმის მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხის შეფასებას. შეფასებისათვის შესაძლებელია შემდეგი პუნქტების გამოყენება:

* ნამკურნალევ პაციენტთა რაოდენობა;
* ავადმყოფთა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა;
* დაავადების სირთულე;
* დაავადებათა გართულებების რაოდენობა.

სამედიცინო პერსონალის მუშაობის ხარისხის და პაციენტთა მკურნალობის ხარისხის შესაფასებლად გამოიყენება ავადმყოფობის ისტორიის ექსპერტიზა. ფასდება გამოკვლევის სისრულე და დიაგნოზის დასმის სისწორე, მკურნალობის ტექნოლოგიის შერჩევა, სამკურნალო ღონისძიებების შესრულების დონე. საშუალო სამედიცინო პერსონალის მუშაობის შესაფასებლად ითვალისწინებენ დანიშნული პროცედურების შესაბამისობას სტანდარტებთან.

პაციენტის მკურნალობის შედეგი ფასდება სამედიცინო ეფექტიანობის კოეფიციენტით, რომელიც წარმოადგენს შედეგიანად ნამკურნალევ პაციენტთა რაოდენობის შეფარდებას საერთოდ ნამკურნალევ პაციენტთა რაოდენობასთან. იგი მერყეობს 0-დან 1-მდე.

მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის სტიმულირების მეთოდების გათვალისწინება. სტიმულირების გარესე ექიმი არ არის დაინტერესებული სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხით ჩატარებაში. ამისათვის სასურველია ხელფასზე დანამატის სისტემის შემოღება. ხელფასზე დანამატი დგინდება სამედიცინო დახმარების ხარისხის მაჩვენებლების შეფასების გათვალისწინებით. კერძოდ, დანამატი განისაზღვრება ჩატარებული სამუშაოს სირთულის, ხარისხის, მომსახურების მაღალი ხარისხისა და პროფესიული დონის მიხედვით.

**პაციენტის როლი სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლის სისტემაში**

სამედიცინო დახმარების ხარისხის არასაუწყებო კონტროლის სიტემაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია პაციენტს. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ძირითად ამოცანას წაროადგენს დაზღვეულების უფლებების და ინტერესების დაცვა. დაზღვეულთა უფლებების დასაცავად არსებობს მინიმალური ნორმატიულ-მეთოდური საფუძვლები.

სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლის სისტემაში პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს ყველა საჭირო ინფორმაცია სადაზღვევო კომპანიის, სამედიცინო დაწესებულებისა და ექიმების სამედიცინო ხარისხის მიმართ ვალდებულებების თაობაზე. აგრეთვე, მოითხოვოს ინფორმაცია იმ ორგანიზაციების შესახებ, რომელთაც აქვთ ხარისხის კონტროლის განხორციელების ფუნქცია. სამედიცინო დაწესებულების ან ექიმის მიერ ვალდებულების დარღვევის შემთხვევაში, პაციენტს უფლება აქვს მოითხოვოს სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლის ჩატარება.

სამედიცინო დახმარების შესასწავლად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პაციენტთა გამოკითხვას. ანკეტირებისას ვლინდება, თუ როგორ ხორციელდება დაზღვეულთა უფლებების დაცვა.

* აქვთ თუ არა პრეტენზიები სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და პერსონალის მომსახურების მიმართ;
* რამდენად ინფორმირებულია პაციენტი თავისი დაავადების სესახებ ექიმის მხრიდან;
* გაიღო თუ არა დამატებითი მატერიალური დანახარჯები პაციენტმა საავადმყოფოში მკურნალობისას;
* იცის თუ არა პაციენტმა თავისი უფლებების შესახე, დაცულია თუ არა ეს უფლებები;
* კმაყოფილია თუ არა პაციენტი გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხით;
* როგორია სტაციონარში ყოფნის პირობები და სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობა.

ანკეტა შეიცავს კითხვებს, რომლებიც ასახავს მკურნალობის შედეგებით დაკმაყოფილებას („დიახ“, „არა“, „საშუალოდ“, „მიჭირს პასუხის გაცემა“), სამედიცინო პერსონალის პაციენტთან ურთიერთობას. გამოკითხვის მიხედვით გასაზღვრავენ სოციალური დაკმაყოფილების კოეფიციენტს, რომელიც მერყეობს 0-დან 1-მდე.

სამედიცინო მომსახურების გასაწევად პაციენტი ირჩევს მისთვის სასურველ სამედიცინო დაწესებულებას. პაციენტის არჩევანზე გარკვეულ გავლენას ახდენენ სუბიექტური და ობიექტური ფაქტორები.

ობიექტურ ფაქტორებს განუკეთვნებიან:

* აკრედიტაცია (პერსონალის კვალიფიკაცია, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა, თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიები), რომელსაც განსაზღვრავს ლიცენზირება-აკრედიტაციის ორგანო;
* სანეპიდსაწინააღმდეგო მდგომარეობა, რომელსაც აკონტროლებს სახელმწიფო სანეპიდზედამხედველობის სამსახური;
* სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლის შედეგები;
* დაწესებულების მუშაობის ეკონომიკური ეფექტურობა (ფინანსური რესურსების რაციონალური გამოყენება);

სუბიექტურ ფაქტორებს განეკუთვნება:

* პაციენტების აზრის გამოკითხვა (ანკეტირება);
* არჩევის ფიზიკური შესაძლებლობა (საცხოვრებლიდან დაშორება).

პაციენტის მიერ სამედიცინო დაწესებულების და ექიმის თავისუფალი არჩევის პირობებში ყველა სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხით უზრუნველყოფაში.

**ანაზღაურების მეთოდების გავლენა სამედიცინო დახმარების ხარისხზე**

სამედიცინო დაწესებულების მიერ პაციენტებზე გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხი მნიშვნელოვნადაა დაკავშირებული დაფინანსების მეთოდებთან. ანაზღაურების მეთოდი განსხვავებულად ზემოქმედებს სამედიცინო დახმარების ხარისხზე. ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად მნიშვნელოვნად შეიცვალა სამედიცინო დაწესებულების დაფინანსების წესი. რეფორმამდე არსებული ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების მეთოდი არ იძლეოდა ჯანდაცვის განვითარების პროგრესული პრინციპების რეალიზებას. ჯანდაცვის სისტემა მონოპოლიზებული იყო სახელმწიფოს მიერ. სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურნციის არარსებობის გამო არ იყო სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების სტიმული. სახელმწიფოს არ ყოფნიდა სახსრები ექსტენსიურად განვითარებადი ჯანდაცვის სისტემის მზარდი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად. მდგომარეობას კიდევ უფრო ამწვავებდა ის გარემოება, რომ სახელწიფო სახსრები იხარჯებოდა სამედიცინო დაწესებულებების შესანახავად და არა პაციენტებზე გაწეული სამედიცინო ხარჯების ასანაზღაურებლად.

რეფორმამდელ პერიოდში ექიმის შემოსავალი არ იყო დამოკიდებული ნამკურნალები პაციენტების რიცხვზე, ჩატარებული სამედიცინო დახმარების ხარისხზე. პერსონალის დაინტერესების მიზნით დამატებით გამოიყენებოდა მორალური და მატერიალური წახალისება. ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება ხელს უწყობს ბიუროკრატიული აპარატის ზრდას. სამედიცინო პერსონალი ნაკლებად იყო დაინტერესებული მაქსიმალური დატვირთვით მუშაობით და მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარების გაწევით.

ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად არსებითად შეიცვალა სამედიცინო დაწესებულებებისა და პერსონალის ანაზღაურების მეთოდები. აღსანიშნავია, რომ რეფორმის დაწყებიდან განვლილი დროის მაძილზე რამდენჯერმე შეიცვალა დაფინანსების მოდელი (იხ. ცხრილი 1), რამაც სერიოზული სიქნელეები გამოიწვია მათი ადაპტირებისა და სათანადო საორგანიზაციო მუშაობის უზრუნველყოფის საქმეში.

ცხრილი: სამედიცინო დაწესებულებების ანაზღაურების მეთოდები. 1996-1998 წლები

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1996 წელი | 1997 წელი | 1998 წელი |
| სტაციონარი | შესრულებული სამუშაოს მიხედვით (სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტი) | შესრულებული სამუშაოს მიხედვით (საწოლ-დღე) | შესრულებული სამუშაოს მიხედვით (სამედიცინო ეკონომიკური სანდარტი) |
| პოლიკლინიკა | სულადობრივი, სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტი | სულადობრივი | სულადობრივი |

1996 და 1998 წლებში სტაციონალურ დაწესებულებებში ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსება ხორციელდებოდა შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებით (სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით ანაზღაურების მეთოდი), რაც ითვალისწინებს სამედიცინო დახმარების ყოველი მანიპულაციის (დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და ა. შ.) ღირებულების წინასწარ განსაზღვრას. ამ შემთხვევაში გათვალისწინებულია დაავადების სირთულე, ასაკი, გართულებები და თანმხლები დაავადებები. სამედიცინო დაწესებულებას უნაზღაურდება მხოლოდ სტანდარტით დადგენილი სამედიცინო დახმარების ხარჯები. ჩაუტარებელი პროცედურის ფასი აკლდება ტარიფით გათვალისწინებულ მთლიან საფასურს.

ამ მეთოდთან ერთად, სამედიცინო დაწესებულებებს განესაზღვრებოდა წლიური ბიუჯეტი, თუმცა, საბჭოთა პერიოდისაგან განსხვავებით, იგი იგეგმებოდა არა სამედიცინო დაწესებულების რესურსების (საწოლთა ფონდი, სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა და სხვა) მიხედვით, არამედ სტაციონარის მიერ ჩატარებული მუშაობის შედეგებით.

ანაზღაურების ამ მოდელის თავისებურებას წარმოადგენს ის, რომ წლის დასაწყისში სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია აცხადებს ტენდერს სადაზღვევო პროგრამაში მონაწილეთათვის. ტენდერში გამარჯვებულ სამედიცინო დაწესებულებასთან დაიდება სათანადო ხელშეკრულება, რომლითაც განისაზღვრება ჩასატარებელი დახმარების მოცულობა და წლიური ბიუჯეტი.

1997 წელს ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსება სტაციონალურ დაწესებულებებში ხორციელდებოდა გატარებულ საწოლ-დღეთა მიხედვით. ამ შემთხვევაში ანგარიშსწორება ხდებოდა ცალკეული ნოზოლოგიური ჯგუფისათვის დადგენილი მკურნალობის ფასის ფარგლებში. დადგენილი სტანდარტის ზემოთ საწოლ-დღეების ღირებულების ანაზღაურება არ ხდებოდა. სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტისაგან განსხვავებით, ტარიფს არ აკლდებოდა ჩაუტარებელი მანიპულაციის ფასი.

ანალოგიური ცვლილებები განიცადა ამბოლატორიული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების სისტემამაც. 1996 წელს ანაზღაურება ხორციელდებოდა სულადობრივი (ყოველ რეგისტრირებულ ბავშვზე გამოყოფილი იყო ფიქსირებული თანხა) და სამედიცინო-ეკონომიკური სტანდარტების (ექიმს ცალკე ანაზღაურება ეძლეოდა პაციენტთა მკურნალობისთვის) მეთოდების კომბინაციით.

1997 წლიდან ამბოლატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების ანაზღაურება ხორციელდება მხოლოდ სულადობრივი (კაპიტაციური) მეთოდის გამოყენებით, რომელიც ითვალისწინებდა როგორც სამედიცინო მეთვალყურეობის (პატრონაჟის), ისე დაავადების მკურნალობისათვის ფიქსირებულ ანაზღაურებას. სამედიცინო დაწესებულებას 1997 წელს ერთ რეგისრტირებულ ბავშვზე გამოეყოფოდა 4.33 ლარი. 1998 წელს ეს თანხა შემცირდა 2,36 ლარამდე.

სულადობრივი დაფინანსების პერსონალის ანაზღაურება დამოკიდებულია მასთან რეგისტრირებულ პაციენტთა რაოდენობაზე. ექიმი დაინტერესებულია რაც შეიძლება მეტი პაციენტი მიიზიდოს. იქმნება სამედიცინო პერსონალს შორის მწვავე კონკურენციის შესაძლებლობა, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს სამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლებას. მდგომარეობას ხელს უწყობს დაზღვეულისთვის მინიჭებული უფლება, საკუთარი სურვილით აირჩიოს სამედიცინო დაწესებულება ან ექიმი. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო დაწესებულებისათვის მუშაობის სათანადო სტანდარტების დაწესებას. სამედიცინო დახმარების დაბალი ხარისხის ან დადგენილი სტანდარტის დარღვევის შემთხვევაში პაციენტს უფლება აქვს გაწყვიტოს ექიმთან ურთიერთობა და აირჩიოს მისთვის სასურველი მკურნალი.

სადაზღვევო კომპანიას უფლება აქვს სამედიცინო დაწესებულებასთან ხელშეკრულების დასადებად გამოაცხადოს ტენდერი. ტენდერი ხელს უწყობს სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენციას, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების მიერ ხარისხის ამაღლებას. მნიშვნელოვანია, რომ სადაზღვევო კომპანია გვევლინება როგორც დაზღვეულთა უფლებების დამცველი, რადგანაც პაციენტზე სამედიცინო დახმარების დაბალი ხარისხით გაწევისას კომპანიას უფლება აქვს გაწყვიტოს დადებული ხელშეკრულება სამედიცინო დაწესებულებასთან.

უნდა აღინიშნოს, რომ კაპიტაციური მეთოდის შემოღებისას დაირღვა ათწლეულების განმავლობაში მოქმედი სამედიცინო დახმარების გაწევის საუბნო ტერიტორიული პრინციპი. რეფორმის შედეგად უშუალოდ პაციენტს მიენიჭა ექიმისა და სამედიცინო დაწესებულების არჩევის უფლება. პაციენტის მიერ ექიმის არჩევა დაკავშირებულია სამედიცინო დახმარების ხარისხთან. ამის დასადასტურებლად, თუ რამდენად გამოხატულად იმოქმედა სამედიცინო დახმარების ხარისხზე პაციენტის რეგისტრაციის ახალმა წესმა, შეიძლება მოვიყვანოთ სენაკის ბავშვთა პოლიკლინიკაში არსებული მდგომარეობა.

პოლიკლინიკა ემსახურება ქალაქში მცხოვრებ 0-დან 14 წლამდე ასაკის 6415 ბავშვს. რეფორმამდე აღნიშნული კომტიგენტი პოლიკლინიკის ექიმთა შორის განაწილებული იყო ტერიტორიული პრინციპის მიხედვით. იგი დაყოფილი იყო 8 უბნად. ახალი სისტემის შემოღების შემდგომ მდგომარეობა საგრძნობლად შეიცვალა, რაც აისახება ექიმთა დატვირთვის მკვეთრ დიფერენციაციაში (იხ. ცხრილი 2).

ცხრილი 2

სენაკის ბავშვთა პოლიკლინიკის საექიმო უბნებზე მიმაგრებული კონტიგენტის ცვალებადობა ექიმის თავისუფალი არჩევის სისტემის შემოღების პროცესში

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | უბანი | უბანი | უბანი | უბანი | უბანი | უბანი | უბანი | უბანი |
| I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII |
| ბავშვთა კონტიგენტი (1994 წ) |  650 | 556 | 890 | 912 | 876 | 1002 | 932 | 596 |
| ბავშვთა კონტიგენტი (1997 წ) | 545 | 452 | 1205 | 1268 | 553 | 586 | 664 | 1302 |
| კონტიგენტის ცვალებადობის ტემპი | -19% | -23% | +35% | +39% | -37% | +42% | -29% | +54% |

აშკარაა, რომ ახლად დანერგილი ანაზღაურების სისტემა გაცილებით პროგრესულია რეფორმამდელ პერიოდთან შედარებით.

კაპიტაციური ანაზღაურების დადებით მხარეს წარმოადგენს პერსონალის დაინტერესება პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებით, რაც ზემოქმედებს სამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლებაზე. ექიმი ცდილობს მასთან რეგისტრირებულ პაციენტს ჩაუტაროს პროფილაქტიკური ღონისძიებები, რადგან სურს მწვავე კონკურენტულ ბრძოლაში დამოუკიდებლად გადაწყვიტოს ყველა წარმოჩენილი პრობლემა და თავი აარიდოს დაავადების გართულებას. გარდა ამისა, რადგანაც პაციენტი ექიმთან გარკვეული პერიოდის განმავლობაშია რეგისტრირებული, ეს უკანასკნელი დაინტერესებულია ხანგრძლივი კონტაქტი იქონიოს ერთი და იგივე პაციენტთან და უკეთესად გაერკვეს დაავადების მიმდინარეობაში, რაც ასევე ხელს უწყობს სამედიცინო დახმარების სათანადო ხარისხით გაწევის უზრუნველყოფაში.

საქართველოში გამოიყენება კაპიტაციური მეთოდის მარტივი სისტემა. ქვეყნის ყველა სამედიცინო დაწესებულებისათვის ერთი დაზღვეულის სამედიცინო მეთვალყურეობისათვის ერთნაირი თანხაა განსაზღვრული. იგი არ ითვალისწინებს ქვეყნის გეოგრაფიულ თავისებურებებს, მოსახლეობის განსახლებას, მის სოციალურ მდგომარეობას, ასაკს.

სამეგრელოს რეგიონის ტერიტორიის მნიშვნელოვანი ნაწილი მაღალმთიანია, დასახლებული პუნქტები კი საკმარისად მოშორებულია ერთმანეთისგან. ამის გამო პერსონალი ვერ ახერხებს ბავშვების აღრიცხვაზე დროულ აყვანას და მათზე სრულფასოვანი მეთვალყურეობის დაწესებას. ასეთი გეოგრაფიული მდგომარეობის მიუხედავად, ვერ ხერხდება დამატებითი თანხების გამოყოფა პერსონალის წახალისების მიზნით (ცხრილი 3) .

 ცხრილი 3 აღრიცხვაზე დაგვიანებით აყვანილ ბავშვთა ხვედრითი წილი სამეგრელოს რეგიონის მაღალმთიან სოფლებში

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| აღრიცხვაზე აყვანილ ბავშვთა საერთო რიცხვი | აღრიცხვაზე დაგვიანებით აყვანილ ბავშვთა საერთო რიცხვი | მაღალმთიან სოფლებში აღრიცხვაზე დაგვიანებით აყვანილ ბავშვთა საერთო რიცხვი | მაღალმთიან სოფლებში აღრიცხვაზე დაგვიანებით აყვანილთა ხვედრითი წილი |
| 9279 | 977 | 685 | 7,3% |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, რეგიონის სამედიცინო დაწესებულებებში აღრიცხვაზე დაგვიანებით აყვანილი 977 ბავშვიდან უმეტესობა მაღალმთიანი სოფლიდანაა (აღრიცხვაზე დაგვიანებით აყვანილ ბავშვთა 70% ).

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, კაპიტაციური მეთოდის მარტივი სისტემისათვის დამახასიათებელია მოუქნელობა, რაც უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო დახმარების ხარისხზე, რადგანაც ბავშვთა კონტინგენტის ესოდენ დიდი ნაწილის სამედიცინო დაკვირვების გარეშე დარჩენა მნიშვნელოვნად მოქმედებს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

საყურადღებოა, რომ მაღალმთიანი სოფლებიდან სტაციონარში მოხვედრილი ბავშვების უმეტესობაზე არ არის გაცემული სადაზღვევო პოლისი, რაც დამატებით პრობლემებს უქმნის როგორც მშობლებს, ისე სამედიცინო პერსონალს (იხ. ცხრილი 4).

ცხრილი 4

მაღალმთიანი სოფლებიდან სტაციონარში მოთავსებულ ბავშვთა უზრუნველყოფა სადაზღვევო პოლისებით

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | საერთო | მაღალმთიანი სოფლებიდან | % |
| ჰოსპიტალიზებულ უპოლისო ბავშვთა რიცხვი | 381 | 305 | 80% |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, უპოლისო ბავშვთა რაოდენობის 80%-ს შეადგენს მაღალმთიანი სოფლების მცხოვრებლები.

აქვე უნდა აღინიშნოს ის გარემოებაც, რომ სამეგრელოს რეგიონში, სადაც კონცენტრირებულია აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა დიდი რაოდენობა, არადამაკმაყოფილებელი სოციალური ფონი ხელს უწყობს ბავშვთა ამ კონტინგენტის უფრო მაღალ ავადობას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლების თვალსაზრისით, მიზანშეწონილია კაპიტაციური მეთოდის რთული სისტემის შემოღება, რაც საშუალებას იძლევა სამუშაოს ანაზღაურების პროცესში გათვალისწინებულ იქნას როგორც სოციალურ-ეკონომიკური და გეოგრაფიული, ისე სხვა მონაცემებიც. შესაბამისად, სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურებაც უნდა განისაზღვროს ამ ფაქტორების გათვალისწინებით. კაპიტაციური ანაზღაურების რთული სისტემის დანერგვა ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალის უფრო აქტიურ მუშაობას მოსახლეობის სოციალურად დაუცველ ფენებთან.

შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება გარკვეულ სტიმულს აძლევს სამედიცინო დაწესებულებას და სამედიცინო პერსონალს, რათა მან გაზარდოს სამუშაოს მოცულობა. იგი დაინტერესებულია მეტი გამოკვლევა და სამკურნალო ღონისძიება ჩაუტაროს პაციენტს, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს სამედიცინო ხარისხის ამაღლებას.

მაგალითად, 0-1 წლამდე ბავშვთა ამბოლატორიული მკურნალობის ანაზღურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით დამოკიდებულია გატარებულ ავადმყოფთა რაოდენობაზე, ვინაიდან ექიმს ცალკე ანაზღაურება ეძლევა პაციენტთა მკურნალობისთვის. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე სამედიცინო დაწესებლებები ცდილობენ ჩაუტარონ პაციენტებს სტანდარტით დადგენილი ყველა ღონისძიება, ვინაიდან გარანტირებულია ყველა ხარჯის ანაზღაურება. ნათელია, რომ ამ მეთოდის გამოყენებაზე კონტროლის დაწესების თავისებურება იმაში მდგომარეობს, რომ, არაიშვიათად, ფასის გაზრდის მიზნით, პაციენტს უტარდება ზედმეტი სამედიცინო მანიპულაციები ან გამოკვლევები.

ამასთნ დაკავშირებით, განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს იმის დადგენა, თუ როგორ რეაგირებს სამედიცინო დაწესებულება სტანდარტის შესრულებაზე. რეგიონის პოლიკლინიკებში ჩვენს მიერ ჩატარებული გამოკითხვის დროს მივიღეთ შემდეგი შედეგები (იხ. ცხრილი 5).

 ცხრილი 5

პოლიკლინიკაში მომუშავე პერსონალის გამოკითხვის შედეგები პაციენტების მკურნალობაზე ანაზღაურების მეთოდების გავლენის შესახებ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| საწოლ/დღის მიხედვით | % | სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების მიხედვით | % | მიჭირს პასუხის გაცემა | % | სულ |
| 30 | 9 | 254 | 79% | 36 | 12 | 100.0 |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, გამოკითხულთა 79% მიიჩნევს, რომ სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარების მიხედვით ანაზღაურება ხელს უწყობს მათ დაინტერესებას, მაქსიმალურად ჩაუტარონ პაციენტს სტანდარტით დადგენილი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებები.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების წარმატებით გამხორციელების ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების ახალი მეთოდების მეცნიერული კვლევა, მიღებული მონაცემების საფუძველზე სათანადო ღონისძიებების გატარება სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაზრდის მიზნით. პაციენტზე გაწეული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების სადღეისოდ მოქმედი ვერც ერთი მოდელი მთლიანად ვერ აკმაყოფილებს სამედიცინო დახმარების ხარისხზე სათანადო მოთხოვნებს.

აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების წყვეტილობა უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო დაწესებულებების მუშაობის ხარისხზე, დამატებით სირთულეებს უქმნის როგორც სამედიცინო დაწესებულებას, ისე პაციენტებს.

ბავშვთა სამედიცინო დახმარების ამბულატორიულ ნაწილში, სამედიცინო დახმარების ხარისხის თვალსაზრისით, მიზანშეწონილია სულადობრივისა და სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, გასათვალისწინებელია სულადობრივი მეთოდის რთული სახის დანერგვა, რაც გულისხმობს ქვეყნის ცალკეული რეგიონის გეოგრაფიულ თავისებურებებს, მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკურ მგდომარეობას, ავადმყოფობისა და სიკვდილიანობის მონაცემებს.

ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდს დადებითთან ერთად, ახასიათებს უარყოფითი მხარეები. აქედან გამომდინარე სტრატეგიული დაგეგმარების პროცესში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება იმას, თუ რა მიზანს ემსახურება მოცემულ მომენტში ამა თუ იმ მოდელის დანერგვა, რა უფრო პრიორიტეტულია - მისი სწრაფი და უმტკივნეულო დანერგვა, მაღალი ეკონომიკური ეფექტურობის მიღწევა, თუ ხარისხიანი სამედიცინო დახმარების გაწევის უზრუნველყოფა.

საქათველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის პირველ ეტაპზე საქმე ეხებოდა სისტემის საბოლოო ნგრევისაგან გადარჩენას. ქვეყნის მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის და, შესაბამისად, ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების სიმწირის გამო, არჩეულ იქნა ანაზღაურების ისეთი მეთოდები, რომლებიც ხასიათდება ეკონომიკური ეფექტურობით, სწრაფი და უმტკივნეულო დანერგვით. ქვეყნის შემდგომი სტაბილიზაციისა და საზოგადოებრივი დოვლათის მატების პირობებში ჯანდაცვის პოლიტიკის ძირითად სტრატეგიულ მიმართულებად, გაწეული სამედიცინო დახმარების ეკონომიკურ ეფექტურობასთან ერთად, გვევლინება დამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლება.