



საქართველოში საავადმყოფოს გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება იგეგმება

თენგიზ ვერულავა

სტატიები / თვალსაზრისი

02 დეკემბერი 2016



საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ერთ-ერთ ყველაზე დიდ პრობლემაა ხარჯების მართვა. ყოველ წელს შეინიშნება სახელმწიფოს მიერ პროგრამით დაგეგმილზე მეტი თანხების ხარჯვა. გადახარჯვის უმთავრესი მიზეზია ექიმების და სამედიცინო დაწესებულებების უარყოფითი მოტივაცია შემოსავლების მაქსიმალურად მიღების მიზნით გაზარდონ შესრულებული სამუშაოს მოცულობა (მაგ., პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის გასამართლებლად დაამძიმონ შემთხვევის სირთულე, საჭიროზე

მეტ ხანს დააყოვნონ პაციენტი საავადმყოფოში, დაუნიშნონ ძვირადღირებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები). აღნიშნული ქმნის მომსახურების ჭარბი მოცულობით განვეის პოტენციურ პირობებს, რაც, თავის მხრივ, ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას განაპირობებს [1].

მთავრობის წარმომადგენლების განცხადებით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯების ადმინისტრირების გაუმჯობესების მიზნით იგეგმება საავადმყოფოებისთვის დაფინანსების მეთოდოლოგიის შეცვლა, კერძოდ, გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდის შემოღება [2]. ამ მხრივ, საინტერესოა, რას გულისხმობს გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდი, რა მექანიზმები გააჩნია მას ხარჯების შესაკავებლად, როგორია მსოფლიო გამოცდილება და რამდენად შესაძლებელია მისი დანერგვა საქართველოში?

გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდი დამფინანსებლის (სახელმწიფო, ან სადაზღვევო კომპანია) მიერ საავადმყოფოს ასანაზღაურებელი ხარჯების საერთო მოცულობის წინასწარ განსაზღვრაა. გლობალური ბიუჯეტის ხსენებისას ზოგიერთ ექსპერტს ასოციაცია უჩნდება საბჭოთა კავშირში არსებულ საავადმყოფოების დაფინანსების მეთოდთან. თუმცა, გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდი განსხვავდება საბჭოთა კავშირში არსებულ ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსებისაგან, სადაც ბიუჯეტის ფორმირება ხორციელდებოდა მუხლობრივი ხარჯების მიხედვით და დამოკიდებული იყო საავადმყოფოს სიმძლავრეზე, პერსონალის რაოდენობაზე და სანოლთა ფონდზე. დაფინანსების ასეთი მეთოდი განაპირობებდა რესურსების მართვისა და დაგეგმარების მოუქნელობას. დანახარჯის თითოეული მუხლის მკაცრად განსაზღვრის გამო, საავადმყოფოს არ ჰქონდა უფლება ეფექტურობის გაზრდის მიზნით, სამედიცინო მომსახურების სახეებს შორის მოეხდინა რესურსების გადანაწილება. შესაბამისად, შეინიშნებოდა საავადმყოფოს უარყოფითი მოტივაცია, დაფინანსების გაზრდის მიზნით, გაეზარდა პერსონალის და სანოლთების რაოდენობა. იმის გათვალისწინებით, რომ საბჭოთა კავშირში სამედიცინო ორგანიზაციების დაფინანსების საკითხებს ძირითადად საკავშირო ჯანდაცვის სამინისტრო წყვეტდა, მთავარი ექიმები ჩადიოდნენ მოსკოვში, არაფორმალურ ურთიერთობებს ამყარებდნენ შესაბამის პირებთან და არაიშვიათად სათანადო ძღვენის (კონიაკები, ღვინო...) მირთმევის გზით ცდილობდნენ გაეზარდათ საავადმყოფოს სიმძლავრე.

ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსებისაგან განსხვავებით გლობალური ბიუჯეტი დგინდება ისტორიული მონაცემების მიხედვით, ანუ წინა წლებში სამედიცინო ორგანიზაციის მიერ შესრულებული სამუშაოს მოცულობის საფუძველზე. ყოველი ფინანსური წლის ბოლოს დამფინანსებელ მხარესა და სამედიცინო ორგანიზაციას შორის ხდება მომავალი წლის ბიუჯეტის შესახებ შეთანხმება. ხელშეკრულების

დადების შემდეგ დაფინანსებელი მხარე ატარებს საავადმყოფოს მონიტორინგს, ახდენს მის მიერ აღებული ვალდებულებების შესრულების შეფასებას [3].

1980-იან წლებამდე მთელ მსოფლიოში საავადმყოფოები ფინანსდებოდნენ ფაქტიური, წინასწარ განუსაზღვრელი ხარჯების მიხედვით, ანუ დამფინანსებელი მხარე საავადმყოფოსთან წინდაწინ არ ათანხმებდა ჩასატარებელ სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, ფასს. აღნიშნული კატასტროფულად ზრდიდა ჰოსპიტალურ ხარჯებს. ხარჯების შეკავების მიზნით, ევროპის ბევრ ქვეყნებში 1980-იანი წლებიდან ფართოდ დაიწყო გლობალური ბიუჯეტით საავადმყოფოების დაფინანსების მეთოდის შემოღება.

გლობალური ბიუჯეტის დადგენა რამოდენიმე ეტაპებისაგან შედგება. სამედიცინო დაწესებულება წლის ბოლოს წარმოადგენს სრულ სტატისტიკურ (საწოლთა რაოდენობა, გატარებულ საწოლ-დღეთა რაოდენობა, ნამკურნალევი ავადმყოფთა რაოდენობა, მკურნალობის ხანგრძლივობა, საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებელი) და ფინანსურ (სავადმყოფოს შემოსავალი, გაწეული დანახარჯები, შემოსავლებსა და ფაქტიურ დანახარჯებს შორის სხვაობა) მონაცემებს, მომავალი წლის სავარაუდო ხარჯთაღრიცხვას ძირითადი პუნქტების სახით (ხელფასები, მედიკამენტები, მომსახურება, ავადმყოფის მოვლა, ღამის მორიგეობა, ლაბორატორიული გამოკვლევა და ა. შ.). დამფინანსებელი მხარე ანალიზს უკეთებს წარმოდგენილ ინფორმაციას. კერძოდ, განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა შემდეგ გარემოებებს: სიმძიმის მიხედვით დაავადებათა სტრუქტურის, ყველაზე ხშირად გამოყენებული ნოზოლოგიების, დაუსაბუთებელი და განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის, სტაციონარული მკურნალობის გახანგრძლივებული შემთხვევების შესწავლა.

გამონვლილვით განიხილება ამბულატორიული ექიმის მიერ პაციენტების საავადმყოფოში მიმართვების სიხშირე, რომელშიც ყურადღება ექცევა ისეთი ნოზოლოგიების გამოვლენას, რომელთა მკურნალობა შესაძლებელია ჩატარებულიყო ამბულატორიულ პირობებში. ასევე ხდება სტაციონარში ოჯახის ექიმის უმომართვოდ, ან სასწრაფო სამედიცინო დახმარებით მოხვედრილ პაციენტთა შესწავლა. ამ მონაცემებით გამოვლინდება ამბულატორიულ დონეზე არსებული სუსტი მხარეები, ჩნდება დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციის შემცირების შესაძლებლობა, აგრეთვე ისეთი საორგანიზაციო-ეკონომიკური ცვლილებების გატარების საჭიროება, რომელიც სტიმულს მისცემს სტაციონარული მკურნალობის სანაცვლოდ, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დონეზე გაიზარდოს ექიმთან მიმართვიანობა.

როდესაც დამფინანსებლის მხრიდან არსებობს საავადმყოფოს ეფექტურობის გაზრდის სტიმულირების სურვილი, ჩნდება დღის სტაციონარების და ამბულატორიული განყოფილებების შექმნის მოტივაცია. ასეთი სტიმულის არსებობისას, საავადმყოფო ცდილობს დაავადებათა შედარებით მსუბუქი ფორმების მკურნალობა ამბულატორიულ

ან დღის სტაციონარებში ჩააატაროს. დამფინანსებელმა მხარემ ხელი უნდა შეუწყოს საავადმყოფოს მიერ რესურსების ეკონომიურად გამოყენების მოტივაციას. ამ მხრივ, მიზანშეწონილია, მთავარი აქცენტის გაკეთება არა დამფინანსებლის მხრიდან ხარჯების უსაფუძვლო შემცირებაზე, არამედ ეფექტურობის გაზრდაზე. არასწორად დადგენილი, ხელოვნურად შემცირებული ლიმიტების შემთხვევაში საავადმყოფოს არ ექნება ბიუჯეტის ეფექტურად გამოყენების ეკონომიკური სტიმული.

ჯანდაცვის სერვისების მოცულობის ზუსტად პროგნოზირება შეუძლებელია. ამიტომ საავადმყოფოს ფაქტიურმა ხარჯებმა შესაძლოა გადააჭარბოს წინასწარ დადგენილ გლობალურ ბიუჯეტს, ან პირიქით, ნაკლები შეადგინოს. ასეთ შემთხვევებში, ხელშეკრულებაში მკაფიოდ უნდა იქნეს დადგენილი, ვინ იღებს პასუხისმგებლობას ბიუჯეტური თანხების გადაჭარბების, ან არასრული ხარჯვის შემთხვევაში. ამ დროს ადგენენ ე. წ. “რისკის დერეფანს”, ანუ ფაქტიური მოცულობის გეგმიურიდან შესაძლო გადახრას. მაგალითად, როდესაც დაგეგმილია 100 შემთხვევის ანაზღაურება და “რისკის დერეფანი” 5 %-ს შეადგენს, 105 და 95 შემთხვევა დაფინანსდება როგორც 100 შემთხვევა. 106 შემთხვევა ანაზღაურდება შედარებით დაბალი ფასით, ხოლო 94 შემთხვევის დროს საავადმყოფო არ მიიღებს ერთი შემთხვევის დაფინანსებას. ურთიერთმოლაპარაკების საფუძველზე დგინდება ბიუჯეტს ბევრით დაფინანსების ზღვარი. მაგალითად, გერმანიაში დაგეგმილზე ნაკლებით შესრულების შემთხვევაში საავადმყოფო მაინც ღებულობს დაფინანსებას, მხოლოდ ტარიფის 25 %-ით ნაკლებს. მისი გადაჭარბებისას კი მისი ღირებულების მხოლოდ 75 % ანაზღაურდება.

საავადმყოფოს გლობალური ბიუჯეტის გასათვლელად იყენებენ მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდს (Diagnosis-Related Groups – DRG). ამ დროს თითოეული დაავადებების (დიაგნოზით მსგავსი) ფაქტიური ხარჯების საფუძველზე დგინდება თითოეული ნომოლოგიური ჯგუფის ღირებულება. დაავადებათა ტარიფები შესაძლებელია იყოს ყველა საავადმყოფოსათვის ერთიანი (უნიფიცირებული) ან სხვადასხვა დონის საავადმყოფოებისათვის დადგინდეს სხვადასხვა (ინდივიდუალური) ტარიფები.

ინდივიდუალური ტარიფების შემთხვევაში დამფინანსებელს აქვს სამედიცინო დაწესებულების შერჩევის უფრო მეტი შესაძლებლობა. ცხადია, დამფინანსებელი კონკურსის საფუძველზე ხელშეკრულებას გააფორმებს იმ სამედიცინო დაწესებულებასთან, რომელიც სამედიცინო დახმარების ხარისხის გათვალისწინებით დაბალი ფასებით მეტი მოცულობის სამუშაოს შესრულებს.

გლობალურ ბიუჯეტს ხარჯების შეკავების თვალსაზრისით ბევრი დადებითი მხარე გააჩნია. კერძოდ, რადგან ბიუჯეტი წინასწარ განსაზღვრული და ლიმიტირებულია, ადვილია ხარჯების პროგნოზირებადობა. გარდა ამისა, დამფინანსებელს

საავადმყოფოს დანახარებებზე კონტროლის ძლიერი ბერკეტები გააჩნია. თავის მხრივ, მზღლადული დაფინანსების გამო, საავადმყოფო ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის გაზრდით არ არის დაინტერესებული. შესაბამისად, მნიშვნელოვნად მცირდება ჯანდაცვის ხარჯები და იზრდება რესურსების დაზოგვის სტიმული.

გლობალური ბიუჯეტი დადებითად მოქმედებს სამედიცინო დაწესებულების ეკონომიკურ აქტიურობაზე. მისი ფორმირების პროცესში ჩართულია სამედიცინო პერსონალი, რომელიც მონაწილეობს დამფინანსებელ მხარესთან სამედიცინო დახმარების მოცულობისა და ტარიფების შეთანხმების პროცესში, მასთან ერთად განიხილავს ჰოსპიტალიზაციის საფუძვლიანობის ანალიზს, გეგმავს შესასრულებელი სამუშაოს სტრუქტურას ისეთი სახით, რომ უზრუნველყოს ძვრადღირებული რესურსების ეფექტური გამოყენება. პერსონალის ჩართულობა და ეკონომიკური მოტივაცია ბრძის მათ პასუხისმგებლობის დონეს, ხელს უწყობს მკურნალობის დაბალხარჯიანი მეთოდების დანერგვას.

გლობალური ბიუჯეტის დროს მარტივია საავადმყოფოსთან ანგარიშსწორება, საქმის წარმოება, რაც ამცირებს საავადმყოფოს მიერ წარდგენილ სამუშაოსა და დამფინანსებლის ანაზღაურებას შორის დაყოვნების ხანგრძლივობას.

გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების პირობებში სამედიცინო დაწესებულება ფინანსდება ავანსის სახით (წინასწარ), რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს მედიკამენტებით და სხვა აუცილებელი სამედიცინო მოხმარების საგნებით სამედიცინო დაწესებულების დროულ უზრუნველყოფას. აღნიშნული კი დადებითად აისახება პაციენტის კმაყოფილების დონის ამაღლებაზე [4].

შეიძლება ითქვას, რომ საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდი ხარჯების შეკავების ერთ-ერთი საუკეთესო მექანიზმია. საქართველოში მისი დასანერგად გათვალისწინებულ უნდა იქნას მსოფლიოში ამ მხრივ არსებული გამოცდილება და თავად ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. თენგიზ ვერულავა. არის თუ არა სამედიცინო ბაზარი ჩვეულებრივი ბაზარი? პროექტი „სტრატეგიული გეგმა საქართველო 2020 – სამოქალაქო საზოგადოების ჩართულობის გაძლიერება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). 19.02.2016

<https://idfi.ge/ge/is-medical-market-a-regular-market>

2. ლიკა ზაკაშვილი. *რა ცვლილებებია მოსალოდნელი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში - ინტერვიუ კაკი ზოიძესთან*. ლიბერალი. 07.11.2016.

<http://liberali.ge/articles/view/25771/ra-tsvlilebebia-mosalodneli-sayoveltao-jandatsvis-programashi--interviu-kaki-zoidzestan>

3. თენგიზ ვერულავა. *ჯანდაცვის ეკონომიკა*. საქართველოს უნივერსიტეტი. თბილისი. 2009 წ.
4. თენგიზ ვერულავა. *ჯანდაცვის პოლიტიკა*. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. თბილისი. 2016 წ.

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის აკადემიური დოქტორი