



საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის პოსიტივალურ საქმეში ანგარიშსწორება-დაფინანსების სრულყოფა

რეზიუმე

ლელა ინასარიძე

სტუ-ს დოქტორანტი

E-mail: lela_inasaridze@mail.ru

შესავალი

სტატიაში – „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ანგარიშსწორება-დაფინანსების სრულყოფა“ განხილულია ამ სისტემაში ამჟამად მოქმედი რეტროსპექტული ანუ მომსახურების მიღების შემდგომი ანგარიშსწორების უარყოფითი მხარეები, რაც იწვევს პაციენტთა უკმაყოფილებასა და სამედიცინო მომსახურების ასანაზღაურებლად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გაღებული სახსრების არაეფექტიან გამოყენებასაც. მის ნაცვლად შემოთავაზებულია მომსახურების ანაზღაურება წინასწარ დადგენილი სულადობრივი ნორმატივებით. მთლიანად სამედიცინო ორგანიზაციისთვის და მისი პერსონალისთვის იგი არ იქნება ავადმყოფთა ვიზიტების რაოდენობაზე და არც სტაციონარში გატარებულ საწოლ-დღეების რაოდენობაზე დამოკიდებული.

ამის გარდა, სტატიაში დასმულია საკითხი იმის შესახებ, რომ ბიუჯეტური დაფინანსება თანაბრად განაწილდეს ამბულატორია-პოლიკლინიკებსა და სტაციონარებს შორის.

საკვანძო სიტყვები:

სამედიცინო დაწესებულება
ანგარიშსწორება
დაფინანსება
ფინანსური მენეჯმენტი
სტაციონარი
ამბულატორია
პოლიკლინიკა
ჯანდაცვა

იმის მიუხედავად, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის სფეროში გარკვეული რეფორმები გატარდა და საკმაოდ წარმატებულადაც, მის მართვაში მაინც არის ზოგიერთი ხარვეზები, რომელთა შორის ერთ-ერთზე ამ სტატიაში გავამახვილებთ ყურადღებას. ეს ეხება ჯანდაცვის დაწესებულების, ფინანსური მენეჯმენტის სფეროს, კერძოდ, პროპორციულ დაფინანსებას და საანგარიშსწორებო ურთიერთობას სხვადასხვა ტიპის დაფინანსებელ ორგანიზაციებთან. საქართველოში დღეს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს საქმიანობაში ყველაზე პრობლემურ საკითხად მისი დაფინანსება-ანგარიშსწორება იკვეთება.

1. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ანგარიშსწორება-დაფინანსების მოქმედი მექანიზმის ანალიზი

ჯანდაცვის მეტად სერიოზული ნაკლოვანება არის მის დაწესებულებებს შორის ინტეგრაციის სისუსტე, ამბულატორია-პოლიკლინიკები და სტაციონარი დაწესებულებები ერთმანეთისგან მოწყვეტილად მუშაობენ. არ არსებობს მათ საქმიანობაში კოორდინაცია და არც რესურსების გამოყენების ეფექტიანობის ანალიზი ტარდება. არ არსებობს ნაკლებად ძვირი სამედიცინო მომსახურების ასარჩევად ეკონომიკური სტიმულები, ამიტომ სტაციონარულ მომსახურებას უპირატესობა ეძლევა.

ეს პრობლემა უცხოეთშიც არსებობს. სამედიცინო დახმარების სტრუქტურის (ანუ სტაციონარი, თუ პოლიკლინიკა-ამბულატორია) ოპტიმიზაციაში მათთანაც ჯერ კიდევ ბევრი მოსაგვარებელი პრობლემაა, მაგრამ იმ დოზით, როგორც ჩვენთანაა, მათთან ნამდვილად არ არის.

მოცემულ სტატიაში ვაყენებთ სტაციონარებსა და პოლიკლინიკა-ამბულატორიებს შორის დაფინანსების ოპტიმალური განაწილების წინადადებას. საქმე ისაა, რომ დღეს საქართველოში



ბის (და შედეგად დაზღვევის) ხარჯებიც მინიმალური იქნება და ავადმყოფიც დროულად გამოჯანმრთელდება. ამასთან, ავადმყოფის ძვირადღირებული სტაციონარული მკურნალობა შეიცვლება ამბულატორიული მკურნალობით.

პრაქტიკა მოწმობს, რომ იაფია შერეული მკურნალობაც, ანუ საწყის ეტაპზე პოლიკლინიკა-ამბულატორიული გამოკვლევები და მკურნალობა, შემდეგ კი (საჭირო შემთხვევაში) ჰოსპიტალური მკურნალობა (სტაციონარში მკურნალობა). საშუალოდ საქართველოში ავადმყოფის 17 დღით სტაციონარში მკურნალობა ორჯერ უფრო ძვირი ჯდება, ვიდრე ასევე 17 დღით, მაგრამ, აქედან 8 დღით პოლიკლინიკა-ამბულატორიუმში ვიზიტები, 4 დღე ინტენსიური მკურნალობა სტაციონარში და 5 დღე დღის სტაციონარში მკურნალობა.

ამჟამად პოლიკლინიკა-ამბულატორიები არააუცილებელ შემთხვევაშიც კი, პაციენტს აგზავნიან სტაციონარში სამკურნალოდ. ამით ისინი თავს იზღვევენ ავადმყოფობის გართულებისგან. შედეგად იზრდება სტაციონარების დატვირთვა და რაც ყველაზე მთავარია, იქ მკურნალობის ხარჯები დიდია და იგი მძიმე ტვირთად აწევს ქვეყნის ბიუჯეტსაც (თუ დაავადების ის სახე საყოველთაო დაზღვევის ჩამონათვალში ხვდება) და თვით პაციენტის ჯიბესაც. ამ მდგომარეობას კარდინალური გამოსწორება სჭირდება.

ამისათვის ჯანდაცვის პირველად რგოლს, ანუ პოლიკლინიკა-ამბულატორიებს უნდა ჰქონდეთ ამაში დაინტერესება. პროფილაქტიკურ ღონისძიებებზე მთელი ყურადღების გადატანა რაღაცით უნდა იყოს წახალისებული. ჩვენი აზრით, ეს მოხდება სამი გზით:

1. თუ ჯანდაცვის მთლიან დაფინანსებაში მათი წილი სულ მცირე 50%-მდე მაინც ამაღლდება;

2. თუ სამედიცინო მომსახურების რეტროსპექტიული გადახდიდან წინასწარ გადახდაზე მოხდება გადასვლა;

3. ანდა, თუ ამბულატორიულ-პოლიკლინიკის სექტორი სულადობრივ დაფინანსებაზე გადავა.

პირველ საკითხზე ჩვენ უკვე ვისაუბრეთ, რაც შეეხება მეორე საკითხს, მასში იგულისხმება შემდეგი: ამჟამად სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება ხდება:

➤ ამბულატორიუმებსა და პოლიკლინიკებში პაციენტის ყოველი ვიზიტისთვის ან სულადობრივად

➤ სტაციონარში მკურნალობის დღეების (საწოლ/დღე) რაოდენობისთვის.

ამიტომ არის, რომ პოლიკლინიკა-ამბულატორიები რეტროსპექტიული დაფინანსების შემთხვევაში მიდრეკილი არიან იმისკენ, რომ გაზარდონ პაციენტთა ვიზიტების (მიმართვების) რიცხვი მათთან, რასაც ხშირად ხელოვნურად აკეთებენ, ხოლო საავადმყოფოები ზრდიან ავადმყოფის სტაციონარში დაყოვნების ვადას. ვინაიდან სტაციონარული მომსახურების ანაზღაურება დამოკიდებულია ავადმყოფის მიერ საავადმყოფოში გატარებულ საწოლ-დღეების რაოდენობაზე. შედეგად ერთი და იგივე დაავადების მქონე პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების ვადა საქართველოში თითქმის ორჯერ მეტია, ვიდრე საზღვარგარეთის მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში.

მაშასადამე, ამბულატორია-პოლიკლინიკების მომსახურების ანაზღაურება კერძო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიებიდან ხდება მიმართვების რაოდენობის და დამთავრებული მომსახურების მიხედვით. სტაციონარში მომსახურება როგორც კერძო სადაზღვევო კომპანიების, ასევე საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში ნაზღაურდება მედიკო-ეკონომიკური სტანდარტების მიხედვით, რომელიც ეფუძნება ერთი საწოლდღის ღირებულებას და პაციენტის საავადმყოფოში დაყოვნების ვადას. თითოეული ნოზოლოგიის სახით არსებობს სტაციონარში დაყოვნების ნორმატივი და ანაზღაურება ამ ნორმატივით ხდება.

ამრიგად, რომ საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურება ნაზღაურდება ისეთი პარამეტრებით, რომელიც არ იწვევს მათ დაინტერესებას მალე განკურნონ ავადმყოფი. მაგალითად, რაც მეტჯერ მიაკითხავს პაციენტი პოლიკლინიკის ექიმს და, რაც დიდხანს დარჩება საავადმყოფოში, მით მეტია ამ დაწესებულებების შემოსავალი, და, აქედან გამომდინარე, ექიმების ხელფასიც. შედეგად, ექიმებმა პაციენტს შესაძლოა ხელოვნურად გაუზარდონ ვიზიტების რაოდენობაც და სტაციონარში დაყოვნების ვადაც.

სადაზღვევო კომპანიები სწორედ ამ პარამეტრების მიხედვით უნაზღაურებენ სამედიცინო დაწესებულებებს პაციენტების მომსახურების ღირებულებას და რადგან სამედიცინო დაწესებულებები აშკარად თუ მალულად ყოველი ზომით ცდილობენ ფაქტიური მომსახურების მაჩვენებლების გაზრდას, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დაფინანსებასაც დიდძალი სახელმწიფო რესურსი სჭირდება. ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, რომ ანგარიშსწორების ეს მეთოდი იწოდება რეტროსპექტიულ მეთოდს და იგი პაციენტის ფორმალური მომსახურების მოცულობას ეყრდნობა.



2. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ანგარიშსწორება-დაფინანსების სრულყოფის რეკომენდაცია

იმ უარყოფითი მხარეების აღსაკვეთად, რაც ანგარიშსწორების რეტროსპექტულ მეთოდს გააჩნია, ჩვენ საქართველოს ჯანდაცვის და სამედიცინო დაზღვევის სექტორს ვთავაზობთ მათ შორის სავალდებულო სამედიცინო მომსახურება რეტროსპექტული ანაზღაურებიდან გადაიყვანოს სულაღობრივ ნორმატივებით გათვლილ წინასწარ (ე. ი. ავადმყოფობის დადგომამდე) ანაზღაურებაზე. იგი დაეფუძნება სახელმწიფოს შესაძლებლობას დააფინანსოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, ანუ ფინანსური რესურსის მიხედვით დაიგეგმება გასაწევი სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და მთელ მოსახლეობაზე გაყოფით გამოითვლება სულაღობრივი ნორმატივები და თითოეულ სამედიცინო დაწესებულებას მასზე მიმაგრებულ მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით გადაეცემა ეს რესურსი (ეს განსაკუთრებით ადვილად გამოსაყენებელია პოლიკლინიკებში, რადგან ისინი მოსახლეობის გარკვეული კონტიგენტს ემსახურებიან). თუ წლის ბოლოს აღმოჩნდა, რომ სამედიცინო დაწესებულებამ მიიღო დაგეგმილზე მეტი (ან ნაკლები) პაციენტი

და გაუწია მას მომსახურება, მოხდება გადაანგარიშება და სახსრების დამატება.

შესაბამიად, წინასწარ ანაზღაურებაზე გადასვლით პოლიკლინიკები და სტაციონარები აღარ იქნებიან დაინტერესებულნი გაზარდონ მიმართების რიცხვი და ავადმყოფობის საავადმყოფოში დაყოვნების ვადა. ამის სურვილი მათ სამუდამოდ დაეკარგებათ. ამ გზით, გაცილებით ეფექტურად დაიხარჯება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებლად ბიუჯეტიდან გამოყოფილი თანხები.

საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებს ამ წესით წინასწარ – წლის დასაწყისშივე ეცოდინებათ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მისაღები თანხის მოცულობა და ასეთ შემთხვევაში ისინი უფრო რაციონალურად გაანაწილებენ მას. მათ არ ექნება ამ თანხის დაკარგვის საშიშროება. ის არც შტატებზე იქნება დამოკიდებული, არც საწოლ-დღეებზე და არც პაციენტთა მიმართების რიცხვზე. თუ გვინდა, რომ ამ ღონისძიებამ ეფექტი მოგვცეს, იგი ერთდროულად უნდა გატარდეს საქართველოს ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში, რომლებიც ჩართული არიან საყოველთაო ჯანდაცვის და კერძო სადაზღვევო პროგრამებში.

ლიტერატურა:

1. Лаврова Ю., Обязательное медицинское страхование – опыт ФРГ, ж. “Финансы”, №8, 2003.
2. Ройк В., Обязательная медицинское страхование, М., 2013.
3. Агенбегян А., О реформе здравоохранения, М., 2001. Электросервис. URL: <http://www.2020Strategy.ru>

REFERENCES:

1. Lavrova, U., Mandatory Health Insurance, Experience of FRG, J. Finance, '8, 2003
2. Royik, V., Mandatory Health Insurance, M., 2013.
3. Aghenbegyan A., About the Reform of Healthcare, M., 2001. Electric Resource.
4. URL: <http://www.2020Strategy.ru>

IMPROVING FINANCING AND PAYMENT SYSTEM IN THE HEALTH CARE SECTOR OF GEORGIA

LELA INASARIDZE

PhD student of GTU

E-mail: lela_inasaridze@mail.ru

Summary

The article *Improving Financing and Payment System in the Healthcare Sector of Georgia* discusses negative aspects of the current retrospective system, that is, payment system after service is provided. These negative aspects result in customer dissatisfaction and inefficient use of resources from state budget to cover expenses of provided medical services. Instead, the author suggests advance payments for services which will follow predetermined per capita norms. For the health institution and its staff, the proposed payment system does not depend on number of visits of patients or number of days/nights spent at the hospital.

The article also raises the issue of equal financing of Polyclinic dispensaries and hospitals.