



CURATIO
INTERNATIONAL
FOUNDATION

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის
გავლენა პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე,
იმუნიზაციაზე ფოკუსირებით

მტკიცებულებების ნაკრები

თებერვალი, 2016

შინაარსი

დოკუმენტის მიზანი	2
შესავალი	2
შედგგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის ფორმები.....	2
მტკიცებულებები, რომლებიც მომდინარეობს შედგგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემების პილოტირებიდან	4
შეფასებების დროს შესწავლილი ძირითადი ინდიკატორები	4
ძირითადი მიგნებები	5
შესრულებაზე დაფუძნებული კოტრაქტირება (PBC)	7
შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსება (PBF)	9
დასკვნა და რეკომენდაციები	12
გამოყენებული ლიტერატურა	14

დოკუმენტის მიზანი

წინამდებარე დოკუმენტი მიზნად ისახავს წარმოადგინოს მტკიცებულებები ისეთი საკითხის შესახებ, როგორცაა შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემების გამოყენება და მათი გავლენა პირველად ჯანდაცვაში, განსაკუთრებით იმუნიზაციის სერვისებზე ფოკუსირებით დაბალი და საშუალო-დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებიდან. დოკუმენტი მომზადებულია უახლესი სამეცნიერო მტკიცებულებების მიმოხილვის საფუძველზე. ძირითად სამიზნე აუდიტორიას მიეკუთვნება: გადანყვეტილების მიმღები პირები, ჯანდაცვის მენეჯერები და სხვა დაინტერესებული პირები, რომელთაც სურთ შეიტყონ მეტი შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემების შესახებ. დანვრილებითი ინფორმაცია და ყველა სამეცნიერო რესურსი შესაძლოა იხილოთ შემდეგ პლატფორმაზე www.zotero.org.

ბიბლიოთეკის ვებმისამართი: https://www.zotero.org/groups/rbf_for_mch/items

დოკუმენტი მომზადებულია ჯანდაცვის პოლიტიკისა და სისტემების კვლევების ალიანსის მიერ დაფუძნებული პროექტის - პოლიტიკის საინფორმაციო პლატფორმა - ფარგლებში.

შესავალი

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსება ჯანდაცვის დაფინანსების ერთერთი მოდელია, რომლის დიზაინიც შეიქმნა ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის გასაუმჯობესებლად. იგი ძირითადად დანერგილია და გამოიყენება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მიმართულებით. აღნიშნული მოდელის გამოყენება აქტიურად მიმდინარეობს (საპილოტე ან ეროვნულ დონეზე დანერგილი პროექტების სახით) ათასწლეულის განვითარების მიზნების, კერძოდ მეთხე და მეხუთე მიზნის მხრივ პროგრესის დასაჩქარებლად. ჯანდაცვაში შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის ზეგავლენის შესაფასებლად დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისები იქნა მიჩნეული.

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის ფორმები

მსოფლიო ბანკის განმარტებით შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსება ჯანდაცვაში განისაზღვრება, როგორც წინასწარ შეთანხმებული შედეგების მიღწევისა და ვალიდაციის საფუძველზე განეული ფულადი ანაზღაურება ან არაფულადი (არა-მონეტარული) ტრანსფერი.¹ ჯანდაცვის სისტემაში მისი პირველი გამოყენების შემდეგ, ჩამოყალიბდა მოდელის განსხვავებული ფორმები, რომლებიც სისტემის სხვადასხვა დონეს მოერგო. მათი დიფერენცირება ძირითადად ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნა - მიწოდების დონეზე არსებული შედეგების მიხედვით ხდება:²

- შესრულებაზე დაფუძნებული კონტრაქტირება (Performance-Based Contracting (PBC))
- შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსება (Performance-Based Financing (PBF))

- შედეგზე დაფუძნებული ბიუჯეტირება (Results Based Budgeting (RBB))
- სამედიცინო ვაუჩერები (Vouchers for health)
- ჯანდაცვის თანასწორობის ფონდები (Health Equity Fund (HEF))

ცხრილი 1. წახალისებები (ინსენტივები) და შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის ძირითადი ფორმები:

მოდელი	ფორმა	მიმწოდებელი
მიწოდებაზე-ორიენტირებული მოდელი მოთხოვნის კომპონენტებით	შესრულებაზე დაფუძნებული კონტრაქტირება (PBC)	ხელშეკრულება განსაზღვრავს შესასრულებელი სამუშაოს მოსალოდნელ მოცულობას (როგორც რაოდენობრივად, ისე ხარისხობრივად) და ანაზღაურების მოცულობას, ასევე ჯილდოს ან სანქციებს. Contract defines expected performance (in quantity/or quality) as well as level of payment, plus rewards or sanctions
	შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსება (PBF)	ანაზღაურების მოცულობა ეფუძნება გარკვეული სამუშაოს შესრულებას, გაზომილს რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ინდიკატორების მეშვეობით Level of payment is based on achieving performance targets, often quantity and quality indicators
მოთხოვნაზე-ორიენტირებული მიწოდების კომპონენტებით	შედეგზე დაფუძნებული ბიუჯეტირება (RBB)	ყველა ადმინისტრაციული დონე იღებს ფულად წახალისებას: ბონუსების ან გაზრდილი ბიუჯეტის სახით წინასწარ შეთანხმებული შესრულებელი სამუშაოს საფუძველზე All administrative levels have an incentive: bonus or larger budget on the basis of pre-agreed performance targets
	ჯანდაცვის თანასწორობის ფონდები (HEF)	ინსინტივის მოცულობა იგივეა, რაც თითოეულ ნამკურნალევე პაციენტზე გადახდილი თანხა. Incentives are equal to the fee paid for each eligible patient treated. Since short pilot with quality indicators
	სამედიცინო ვაუჩერები	ინსინტივის მოცულობა იგივეა, რაც თითოეულ გაცემულ ვაუჩერზე გადახდილი თანხა. Incentives are equal to the fee paid for each eligible voucher. Quality indicators used for selection; quality assurance

მოთხოვნაზე- ორიენტირებულ ი მოდელი	მიზანმიმართული ფულადი გზავნილები (CCT)	სერვისის მიმწოდებელი არ იღებს ინსენტივს, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ხდება პროვაიდერების შერჩევა ხარისხის ინდიკატორების გათვალისწინებით. Provider does not receive incentives, but there is provider selection which can include quality indicators
--	--	--

(წყარო: Gorter AC, Ir P, Meessen B: Results-Based Financing of Maternal and Newborn Health Care in Low- and Lower-Middle-Income Countries. Evidence Review, 2013)

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემები, რომლებიც ჯანდაცვის კონტექსტუალური საკითხების გათვალისწინებით შემუშავდა, მიზნად ისახავს სერვისის მიმწოდებლის ავტონომიურობის ამაღლებას, ანგარიშვალდებულებების დონის გააუმჯობესებას, სერვისის მიმწოდებლებისა და ჯანდაცვის დაწესებულებების მენეჯერებისთვის ისეთი პირობების შექმნას, რომლებიც დაეხმარება მათ თავიანთი მოცვის არეალში მცხოვრები ქალებისა და ბავშვების პოპულაციისთვის ჯანმრთელობის საჭიროებების შესაბამისი გადანყვეტილებების მიღებასა და გატარებაში.

მტკიცებულებები, რომლებიც მომდინარეობს შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემების პილოტირებიდან

დაბალი და საშუალოზე დაბალი შემოსავლის მქონე ბევრ ქვეყანაში უკვე განხორციელდა ამ სქემების პილოტირება. თუმცა ზოგიერთი მათგანის გავლენა ჯანდაცვის სერვისებზე ჯერ კიდევ არ არის შესწავლილი და შეფასებული. მაგალითისთვის, მიმოხილვის დოკუმენტები (review) ცხადყოფს, რომ ვაუჩერების დანერგვა ჯანდაცვის სისტემაში გაცილებით ადრე დაიწყო ვიდრე შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის და შესაბამისად მათი გავლენა ჯანმრთელობის გამოსავლებზე ღრმად არის შესწავლილი, მაშინ როდესაც შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის გავლენა ჯანმრთელობის განსაზღვრულ ინდიკატორებზე ჯერჯერობით არ არის საკმარისად შესწავლილი.^{2,3} 2015 წლის 15 ივლისის მონაცემებით ვლინდება, რომ “ჯანმრთელობის შედეგების სიახლეების ფონდი” (Health Results Innovation Trust Fund (HRITF), რომელსაც მსოფლიო ბანკი ხელმძღვანელობს აგრძელებს 36 მიმდინარე პროექტის მხარდაჭერას 30 სხვადასხვა ქვეყანაში (ძირითადად აფრიკის კონტინენტზე).

შეფასებების დროს შესწავლილი ძირითადი ინდიკატორები

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემების შეფასებისას ძირითადი ყურადღება ექცევა აღნიშნული სქემების დადებითი ან უარყოფითი გავლენის შესწავლას ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობაზე, რომელიც რაოდენობრივი ინდიკატორებით (უტილიზაცია, მოცვა) განისაზღვრება. ასეთ ინდიკატორებს მიეკუთვნება:

- ოჯახის დაგეგმვა
- ანტენატალური მეთვალყურეობის პაკეტი
- კვალიფიციური პერსონალის მიერ მშობიარობის მიღება
- გართულებული მშობიარობის რეფერალი
- ნეონატალური და პოსტნატალური მზრუნველობა, მათ შორის იმუნიზაცია

შეფასებების დროს ზოგიერთ შემთხვევაში, ზემოაღნიშნულ ინდიკატორებთან ერთად ყურადღება ექცევა დაფინანსების სქემების გავლენას ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხზე და ბენეფიციარების კმაყოფილების დონეზე, ასევე თანაბრობის პრინციპებს ჯანდაცვაში და მიზნობრიობის საკითხებს.

ძირითადი მიგნებები

წინამდებარე შეჯამებაში ჩვენ ძირითადად ვკონცენტრირდებით შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების იმ მეთოდებზე, რომლებიც გავლენას ახდენენ სერვისის მიმწოდებლებზე დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისების გაუმჯობესების მიზნით. მიგნებები წარმოდგენილი იქნება დაფინანსების შემდეგ მოდელებზე: შესრულებაზე დაფუძნებული კონტრაქტირების მოდელი და შესრულებაზე ორიენტირებული დაფინანსების მოდელი.

Gorter-ის და სხვების მიერ მომზადებული შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების ინტერვენციების უახლესი მიმოხილვა, რომელიც დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისებზე ფოკუსირდება ხაზს უსვამს მაღალი დონის მტკიცებულებების ნაკლებობას დაბალი და საშუალო-დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, მიუხედავად იმისა, რომ ამ საკითხების ირგვლივ ბევრი კვლევა ჩატარებულა.

ინსტიტუტების გავლენის შედეგების გამიჯვნა სხვა ინტერვენციების შესაძლო გავლენისგან (ეფექტებისგან) ხშირ შემთხვევაში საკმაოდ რთულია. თუმცა კვლევების ძირითადი მიგნებები ცხადყოფს, რომ შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის დანერგვის შემდეგ უმჯობესდება სერვისის უტილიზაციის და ამ სერვისებით მომხმარებლების მოცვის (coverage) მაჩვენებლები, განსაკუთრებით კი მიზნობრივი ინდიკატორების შემთხვევაში, მათ შორის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ინდიკატორებზე მეთვალყურეობის დროს.

სულ უფრო იზრდება მტკიცებულებები, რომლებიც ხაზს უსვამს შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემების დადებით გავლენას დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობისა და უტილიზაციის კუთხით, თუმცა მტკიცებულებები სერვისის ხარისხსა და დედათა ჯანმრთელობის გამოსავლებზე სქემების ზემოქმედების კუთხით ლიმიტირებულია. ასევე მწირია ან საერთოდ არ არსებობს კვლევითი მონაცემები გრძელვადიან და სისტემური დონის ეფექტებზე, რომლებიც შეათვასებდა აღნიშნული სქემების გავლენას ზოგადად ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებაზე ქვეყნის მასშტაბით.

ცხრილი 2 აჯამებს შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების შესახებ არსებული მტკიცებულებების ხარისხს 3 კატეგორიაში. ცხრილის მიხედვით, ვაუჩერების შემთხვევაში საკმარისი მტკიცებულებები არსებობს, რომ ის ეფექტურია სამივე ტიპის შედეგის მისაღწევად (სერვისის უტილიზაციის გაზრდა, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება, მიზნობრიობის პრინციპით მოქმედება). შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების შემთხვევაში, საკმარისი მტკიცებულებები არსებობს იმის თაობაზე, რომ ეს მოდელი კარგად მოქმედებს ხარისხის გაუმჯობესების კომპონენტზე. თუმცა არასაკმარისია მტკიცებულებები სხვა კატეგორიებზე მოქმედებასთან დაკავშირებით. როგორც ვაუჩერების შემთხვევაში მოხდა, რაც უფრო მეტი კვლევა ჩატარდება შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების გავლენის შესწავლის მიზნით მით უფრო მარტივი იქნება მტკიცებულებების დახარისხება ამ მოდელის ეფექტურობის შესახებ სერვისის უტილიზაციაზე მოქმედების კუთხით. შესრულებაზე დაფუძნებული კონტრაქტების შემთხვევაში კი გვაქვს საკმარისი მტკიცებულებები, რომ ეს მოდელი დადებითად მოქმედებს სერვისის უტილიზაციაზე.

ცხრილი 2. შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელზე არსებული მტკიცებულებების დონის შეჯამება

გავლენის ტიპი	საკმარისი მტკიცებულება (>3 კვლევა)	საშუალო დონის მტკიცებულება (2-3 კვლევა)	არასაკმარისი მტკიცებულება (<2 კვლევა)	მაღალი ხარისხის კვლევების რაოდენობა
PBC				
რაოდენობა/ უტილიზაცია/ მოცვა		X		3
ხარისხი/ კმაყოფილება			X	1
თანაბრობა/ მიზნობრიობა		X		2
PBF				
რაოდენობა/ უტილიზაცია/ მოცვა			X	1
ხარისხი/ კმაყოფილება	X			4
თანაბრობა/ მიზნობრიობა			X	1
Vouchers				
რაოდენობა/ უტილიზაცია/ მოცვა	X			10
ხარისხი/ კმაყოფილება	X			8
თანაბრობა/ მიზნობრიობა	X			9
RBB				
რაოდენობა/			X	1

გავლენის ტიპი	საკმარისი მტკიცებულება (>3 კვლევა)	საშუალო დონის მტკიცებულება (2-3 კვლევა)	არასაკმარისი მტკიცებულება (<2 კვლევა)	მაღალი ხარისხის კვლევების რაოდენობა
უტილიზაცია/ მოცვა				
ხარისხი/ კმაყოფილება			X	-
თანაბრობა/ მიზნობრიობა			X	0

მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს კვლევები, რომლებიც ფოკუსირდებიან შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემების უარყოფით ეფექტებზე, ანეგლოტური მონაცემებით აღნიშნულ სქემებს ახასიათებს ისეთი პოტენციური არასასურველი გავლენები, როგორცაა არასასურველი ქცევის მოტივირება მიმწოდებლების მხრიდან, სერვისებით მანიპულირება (distortions, gaming or fraud). მსგავსი ეფექტები რომ აღმოიფხვრას და/ან შემცირდეს აუცილებელია კარგი მონიტორინგის და შეფასების სისტემის შემუშავება. ავტორებისა და ექსპერტების ნაწილი, რომლებიც ჩართულნი იყვნენ შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების გავლენის შეფასების პროცესში აღნიშნავენ, რომ ამ სქემების შეფასებებს ჰქონდა ტექნიკური ნაკლოვანება (მეთოდოლოგიური სისუსტე, რადგან ძალიან რთულია ისეთი კონტროლირებადი ექსპერიტმენტული დიზაინის შემუშავება, რომლებიც გრძელვადიან პერსპექტივაში ყველა შესაძლო ამრევ ფაქტორებს (confounding) გააკონტროლებს).

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების ყველა სქემა უზრუნველყოფს სერვისების მიწოდების კუთხით არსებულ ერთი ან მეტი ბარიერის დაძლევას, მაგალითად ისეთი ბარიერების, როგორცაა **ლოდინის ხანგრძლივობა, პერსონალის მოტივაცია, დაწესებულების მზაობა სერვისის მიწოდებისთვის (წამლების, ტექნიკა-დანადგარების და სხვა მარაგების არსებობის ფონზე) და გაუმჯობესებული რეფერალი**. შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემები ახდენს გავლენას ასევე სერვისების მოთხოვნის კუთხით არსებულ ბარიერებზე, ძირითადად ინფორმაციის მიწოდებით ჯანდაცვის სერვისებსა და მიმწოდებლებზე.

შესრულებაზე დაფუძნებული კოტრაქტირება (PBC)

ზემოხსენებული დაფინანსების მოდელის გავლენის შესწავლაზე კოკრეინის ბიბლიოთეკის მიერ გაკეთებული მიმოხილვა (რომელიც შემდეგ 3 ქვეყანაში დანერგილ მოდელს აფასებდა: ბოლივია, კამბოჯა, პაკისტანი), გვანვდის მტკიცებულებებს, რომ დაფინანსების ეს მოდელი აუმჯობესებს ხელმისაწვდომობას და ზრდის სერვისის უტილიზაციას, ძირითადად მიზნობრივ ინდიკატორებზე. პაკისტანის კვლევამ აჩვენა ჯანდაცვის ძირითად მიმართულებებში საკონსულტაციო ვიზიტების 130%-იანი ზრდა (+144% ყოველდღიური ვიზიტების შემთხვევაში, ხოლო +135% ყოველთვიურად განხორციელებულ ვიზიტებზე), თუმცა ზრდის ტენდენცია ვერ შენარჩუნდა, რადგან ორივე ინდიკატორის შემთხვევაში აღმოჩნდა, რომ ინტერვენციის დანერგვიდან 18 თვის თავზე შედეგები შემცირებული იყო.

კამბოჯაში დაფიქსირდა სახელმწიფო ტიპის დანესებულებების გამოყენების 29%-იანი ზრდა. თუმცა დაფინანსების ამ მოდელმა მნიშვნელოვანი გავლენა ვერ მოახდინა იმუნიზაციის სერვისის გამოყენებაზე (ავტორები ასკვნიან, რომ ზრდა, რომელიც დაფიქსირდა ამ სერვისებზე, კავშირშია იმ პერიოდში ზოგადად სერვისების მიწოდების გაუმჯობესებაზე).⁴

აღნიშნული მიმოხილვა ხაზს უსვამს, ასევე არა-სახელმწიფო ტიპის პროვაიდერებთან რიგი კომპონენტების არსებობას, რომელთაც შესაძლოა ჰქონდეთ დამხმარე როლი. მაგალითისთვის, ახალი სტილის მენეჯმენტის როლი, ხელშეკრულებებში შეტანილი ინსენტივების და დასახული ამოცანების როლი, ან პროგრამის განხორციელებაში მონიტორინგის სისტემისა და დანესებული სანქციების როლი (რომლებიც, როგორც წესი არ არის შეტანილი ხელშეკრულებებში სახელმწიფო მომწოდებელთან ურთიერთობისას).

გასათვალისწინებელია რამდენიმე ელემენტი, რომელმაც შესაძლოა მსვლელობა შეუცვალოს შესრულებაზე დაფუძნებული კონტრაქტების მოდელისთვის დამახასიათებელ გარკვეულ ეფექტებს. ასეთია მაგალითად, დაფინანსების ამ მოდელის სტრატეგიების წარმატებული განხორციელებისთვის შეუსაბამო სუსტი სამთავრობო შესაძლებლობები. რაც უფრო ფართოა დასაკონტრაქტებელი სერვისების ჩამონათვალი, მით უფრო რთულია ხელშეკრულების პირობების განსაზღვრა ზუსტად. მისადგომად რთულ და შორსმდებარე ადგილებში (remote areas) სერვისის მიწოდების ადეკვატური მონიტორინგი ამ მოდელის განხორციელების ერთერთი საკვანძო საკითხია.⁴

მიმოხილვა რეკომენდაციას უწევს სამთავრობო სტრუქტურებს, ყურადღება მიაქციონ ისეთ ელემენტებს, რომლებიც კერძო მიმწოდებლებთან ხელშეკრულებისას უნდა იქნას გათვალისწინებული, განსაკუთრებით კი ისეთ გამიზნულ ინდიკატორებს, რომლებითაც შეფასდება სამუშაოს შესრულება. მაგალითად, თუ ხელშეკრულება ფოკუსირებულია წინასწარ შეთანხმებულ გამოსავლებზე, არსებობს რისკი რომ კონტრაქტორებმა ყურადღება გაუზომვადი გამოსავლებიდან გაზომვად გამოსავლებზე მიმართონ.⁴

სამუშაოს შესრულებაზე დაფუძნებული კონტრაქტირება დაინერგა ჰაიტიზე ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების გაუმჯობესების მიზნით, რომლებიც არასამთავრობო ორგანიზაციებს უნდა უზრუნველყოს (სულ 3 ორგანიზაცია პილოტირების ფაზაში). პილოტირებამ დადებითი შედეგი გამოავლინა ბავშვთა იმუნიზაციის სერვისების მოცვის გაუმჯობესების კუთხით. თუმცა, ვერ მოხერხდა დაფინანსების ამ მოდელის ეფექტის გამიჯვნა სხვა მიმდინარე მოვლენების შესაძლო ზემოქმედებიდან, რომელთაც შესაძლოა იგივე შედეგი გამოეწვია, რაც აღნიშნულ მოდელს (გაზრდილი დაფინანსება, კარგი ტექნიკური დახმარება, მონაცემთა ვალიდაცია, ერთობლივად მიმდინარე სასწავლო აქტივობები).^{5,6}

ცხრილი 3: სამუშაოს შესრულებაზე დაფუძნებული კონტრაქტირების მოდელის შედეგები ჰაიტიზე

	NGO 1			NGO 2			NGO 3		
ინდიკატორი	საბაზისო	შესასრულებელი	შედეგი	საბაზისო	შესასრულებელი	შედეგი	საბაზისო	შესასრულებელი	შედეგი
იმუნიზაციის მოცვა	40	44	79	49	54	69	35	38	73

შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსება (PBF)

ერთერთი მიმოხილვის მიხედვით გამოცდილება ამ მოდელის შესახებ მომდინარეობს შემდეგ ქვეყნებში დანერგილი სქემებიდან: ბურუნდი, კონგოს დემოკრატიული რესპუბლიკა, ტანზანია და ზამბია. ამ ქვეყნებში მნიშვნელოვანი ცვლილებები დაფიქსირდა სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობასა და ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის მონაცემებში საბაზისო და ინტერვენციის დანერგვის შემდგომ ჩატარებულ კვლევებს შორის.

მიზნობრივად შერჩეული თითქმის ყველა ინდიკატორი აჩვენებდა სერვისის უტილიზაციის ზრდას, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ინდიკატორების ჩათვლით. ბენეფიციარების მიერ აღქმული მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორების ანალიზიც გაუმჯობესებას მიუთითებდა. არასასურველი ეფექტები არ გამოვლენილა კვლევებით.⁷

მომსახურების ხარისხსა და პაციენტების კმაყოფილების დონეზე დაფინანსების ამ მოდელის დადებითი გავლენა მაღალი ხარისხის მტკიცებულებებით დასტურდება, თუმცა მეორე მხრივ სხვა კატეგორიების გამოსავლებზე ამ მოდელის გავლენის შესაფასებლად არსებული მტკიცებულებები არასაკმარისია. რაც უფრო მეტი კვლევა ჩატარდება ამ მოდელის გავლენის შესაფასებლად მით უფრო მეტად იქნება შესაძლებელი ვისაუბროთ მის გავლენაზე სერვისის უტილიზაციის გაზრდის კუთხით და განსაკუთრებით, მოწყვლად და ღარიბ პოპულაციაში, მაგალითად ისე, როგორც მოხდა სამედიცინო ვაუჩერებზე კვლევითი მტკიცებულებების დაგროვების შემდეგ.²

რუანდაში დანერგილი მოდელის შედეგად აღმოჩნდა, რომ 2 წლამდე და 2-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით განხორციელებული პრევენციული ვიზიტების მაჩვენებელი 56%-ით და 132%-ით იყო გაზრდილი ინტერვენციის განმახორციელებელ დაწესებულებებში, ასაკობრივი ჯგუფების შესაბამისად. ამასთანავე, აღმოჩნდა რომ პრენატალური მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაშიც შეიტანა წვლილი დაფინანსების ახალმა მოდელმა (ხარისხი გაიზარდა 0.157 სტანდარტული გადახრით (95%-იანი სარწმუნოების ინტერვალი 0.0266-0.289)). ხარისხის გაზომვის საფუძველს რუანდის პრენატალური მზრუნველობის კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინი წარმოადგენდა: 7.6%-ით მეტმა ქალმა გაიკეთა ანტიტეტანური ვაქცინა ორსულობის პერიოდში, საბაზისო მონაცემებთან შედარებით, თუმცა ორსულების მიერ 4 პრენატალური ვიზიტის შესრულების მხრივ გაუმჯობესება და ასევე, სრული იმუნიზაციის სქემით მოცული ბავშვების რაოდენობა არ გაზრდილა.⁸

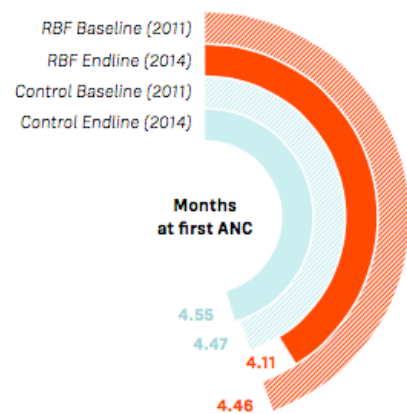
ინდონეზიის გამოცდილების გათვალისწინებით დაფინანსების ამ მოდელის დანერგვიდან 2 თვის თავზე დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის რვა ინდიკატორში დაფიქსირდა ცვლილება - 0.03 სტანდარტული გადახრით მაღალი მაჩვენებლები გამოვლინდა იმ რაიონებთან შედარებით, სადაც ეს ინტერვენცია არ მიმდინარეობდა.⁹

ეგვიპტის მაგალითის მიხედვით, შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის გავლენა ბავშვთა იმუნიზაციის მაჩვენებლებზე არც ისე მაღალი აღმოჩნდა, რომელიც შესაძლოა აიხსნას იმ გარემოებით, რომ ინტერვენციის შემოღებამდე უკვე საკმაოდ მაღალი

იყო იმუნიზაციის მაჩვენებლები ქვეყანაში, დაახლოებით 65%. თუმცა პრევენციული საჭიროებების მიზნით დაგეგმილმა 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა ვიზიტების რიცხვმა იმატა 64%-ით საბაზისო მონაცემთან შედარებით. ასევე 133%-იანი ზრდა დაფიქსირდა 2-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვების პრევენციულ ვიზიტებში ბაზისურთან შედარებით. ამასთანავე, მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება დაფიქსირდა ოჯახის დაგეგმვის, ანტენატალური მეთვალყურეობის და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისების ხარისხის კუთხით ქალების მიერ, რომლებიც ინტერვენციის განმახორციელებელ დაწესებულებებში იღებდნენ მომსახურებას.^{10,11}

ავტორთა გარკვეულმა ჯგუფმა (Canavan et al) მიმოიხილა დაფინანსების ზემოხსენებული მოდელის არამხოლოდ შედეგები, არამედ ინსტიტუციური მექანიზმები, მათ შორის ინტერვენციის წარმატების, ხარჯების და მოდელის მდგრადობის განმაპირებელი ფაქტორები დაბალი და საშუალო-დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. მათ აღმოაჩინეს, რომ შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის დანერგვის შემდეგ მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა განსაკუთრებით მიზნობრივად შერჩეული პროცესის შედეგის და გამოსავლის (output and outcomes) ინდიკატორები, როგორცაა, სერვისის უტილიზაცია, მოცვა, რეფერალი და ასევე გაუმჯობესებული მომსახურების ხარისხი. თუმცა კვლავ კითხვის ქვეშაა რა დონით ზემოქმედებს ის ხარისხის გაუმჯობესებაზე. ზოგჯერ რისკის ქვეშ დგას ხარისხის კომპონენტი, როდესაც პროვაიდერები ზრუნავენ უტილიზაციის მაჩვენებლების გაზრდაზე. რაც შეეხება შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების ღირებულებას (ხარჯი) ერთ ადამიანზე, მაგალითისთვის ეს მაჩვენებელი ავღანეთში ვარირებს 0.25 აშშ დოლარიდან 4.82 აშშ დოლარამდე.

კამერუნში შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის (მოდელი დაინერგა 2012 წლიდან) ოპერატიულ მონაცემთა ანალიზის შედეგად ტენდენციები აჩვენებს, რომ პროგრამის ფარგლებში გაიზარდა და გაუმჯობესდა ჯანდაცვის სფეროს ისეთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორები, როგორცაა მშობიარობა ჯანდაცვის დაწესებულებაში, ანტენატალური მეთვალყურეობა, ოჯახის დაგეგმვა და იმუნიზაცია. უფასო ამბულატორიული მკურნალობის უტილიზაცია გაიზარდა ღარიბი და მონყვლადი პოპულაციის ჯგუფებისთვის.



სამედიცინო მომსახურების ხარისხიც გაუმჯობესდა და გაიზარდა 43%-დან 64 %-მდე 2012-2015 წწ პერიოდში (მიწოდებული მომსახურების ხარისხის გაზომვა ხდებოდა საერთო სამედიცინო მომსახურების ხარისხის საზომი მაჩვენებლის მიხედვით).¹²

ზამბიაში შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის გავლენის შეფასების კვლევის წინასწარი შედეგების მიხედვით მნიშვნელოვანი ზრდა ფიქსირდება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისების უტილიზაციის მიმართულებით, მაგალითად

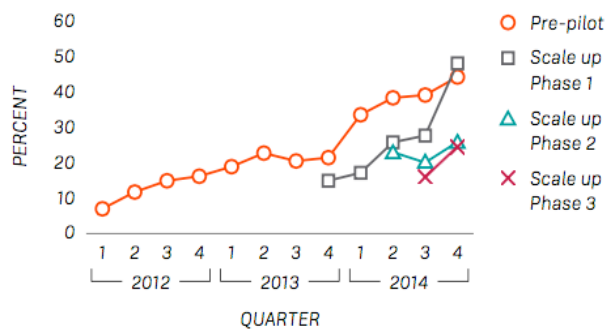
ანტენატალური მეთვალყურეობის ვიზიტები 3 კვირით აღრეა ინიცირებული ინტერვენციის რაიონებში, გაზრდილია სამედიცინო დაწესებულებებში მშობიარობის რიცხვი, ასევე გაზრდილია პოსტნატალური მეთვალყურეობის მოცვის და დროული ძუძუთი კვების მაჩვენებლები 10% და 14%-ით, შესაბამისად.¹²

ბენინში, 2012 წელს შემოღებული შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის შეფასების წინასწარი შედეგები ცხადყოფს, რომ გაუმჯობესებულია სამედიცინო პერსონალის მიერ შესრულებული სამუშაოს მოცულობა. შემფასებლები ხაზს უსვამენ დაფინანსების მოდელის დადებით გავლენას სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე და შესაბამისად, ბენეფიციარების კმაყოფილებაზე. თუმცა კლინიკურად შესრულებული სამუშაოს კუთხით პერსონალის პროდუქტიულობაზე გავლენა არ დაფიქსირებულა. მაგალითად, ინტერვენციის განმახორციელებელ დაწესებულებებში გაუმჯობესება დაფიქსირდა ისეთ მომსახურებაზე, როგორცაა ანტენატალური მეთვალყურეობის დროს ფიზიკური გამოკვლევების ჩატარება, ანამნეზის შევსება და სამედიცინო პერსონალის მიერ რჩევების მიცემა ბენეფიციარისთვის. შესაბამისად ვიზიტის ხანგრძლივობაც 4 წთ-ით გაიზარდა ვიდრე საკონტროლო დაწესებულებებში. ყოველივე ზემოხსენებულიდან გამომდინარე გაიზარდა ბენეფიციარების კმაყოფილების დონე სამედიცინო პერსონალის და მიღებული სერვისის მიმართ (ეს უკანასკნელი შემოწმდა ექიმისგან გამოსულ პაციენტებში ჩატარებული გამოკითხვების საფუძველზე). მნიშვნელოვანი გავლენა დაფიქსირდა სამედიცინო პერსონალის თავაზიანობის დონის ზრდაზეც.¹²

ნიგერიაში შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის შემოღების შემდეგ დაფიქსირდა მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ისეთ სერვისებზე, როგორცაა იმუნიზაცია,

სამედიცინო დაწესებულებებში მიღებული მშობიარობა და ოჯახის დაგეგმვის სერვისები. როგორც ილუსტრაცია გვიჩვენებს, საპილოტე დაწესებულებებში იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებლები საბაზისო მაჩვენებლიდან (5%), 44%-მდე გაიზარდა.

IMMUNIZATION COVERAGE INCREASE IN PRE-PILOT FACILITIES 2012 - 2014



დაფინანსების მოდელის საპილოტე რეჟიმიდან სამედიცინო დაწესებულებებში

დანერგვის პირველი ფაზის დაწყების დროს დაფიქსირებულ მონაცემთან შედარებით (14%) 30%-იანი მატება დაფიქსირდა იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებელში. სამედიცინო დაწესებულებებში მოდელის ინტეგრაციის მე-2 და მე-3 ფაზებზე დადებით ტენდენციებს ასახავს ამ ინდიკატორთან მიმართებაში.

იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებლის ზრდა დაფიქსირდა პროგრამის გაფართოების შემდეგაც (post-scale up immunization coverage increase) 2014 დეკემბრიდან. ორი ქალაქის მონაცემებით იმუნიზაციით მოცვა გაიზარდა 30%-დან 50%-მდე და უფრო მეტად. ამასთანავე, გაიზარდა მიწოდებული მომსახურების ხარისხიც. საბოლოო ჯამში,

დანესებულებებში, სადაც შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების (PBF) მოდელი იყო დანერგული პაციენტების კმაყოფილების დონის მაჩვენებელიც 80-95%-მდე იყო გაზრდილი. ყველა შემთხვევაში ჩამოთვლილი შედეგის მიღწევა შესაძლებელი გახდა დამატებითი 0.8 აშშ დოლარის ინვესტიციის ხარჯზე ერთ სულზე წელიწადში.¹²

ზიმბაბვეში შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების (RBF) მოდელის გამოცდა დაიწყო 2011 წლიდან. მოდელის გავლენის შეფასების კვლევის შედეგები, რომელიც 2014 წლის ანგარიშში გამოქვეყნდა მიუთითებს სერვისის მინოდების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ინდიკატორების გაუმჯობესებას შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის საპილოტე დანესებულებებში. ხარისხის ინდიკატორების ანალიზმა გამოავლინა, რომ დაფინანსების აღნიშნული მოდელი ამალღებს მოტივაციას და ასტიმულირებს სამედიცინო პერსონალის და სამედიცინო დანესებულებების მიერ სამუშაოს შესრულებას. შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის საპილოტე დანესებულებებში უფრო ეფექტურად მუშაობს მონიტორინგისა და ანგარიშგების სისტემა, რომელიც შესაძლოა გავლენას ახდენდეს მოდელის წინასწარ განჭვრეტელი გამოსავლების მიღებაზე.¹²

დასკვნა და რეკომენდაციები

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემების შესახებ მტკიცებულებები ჯერჯერობით არასტაბილურია და ამ მიმართულებით ჩატარებული კვლევების რიცხვი სულ უფრო და უფრო იზრდება. არსებობს მტკიცებულებათა დიდი ნაწილი, რომლითაც დასტურდება აღნიშნული სქემების დადებითი როლი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისების გაუმჯობესებაში. ყველაზე უკეთ არის შესწავლილი ამ სქემების დადებითი გავლენა სერვისების უტილიზაციის მაჩვენებლებზე, კერძოდ, დადასტურებულია, რომ შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემები ხელს უწყობს მიზნობრივი პოპულაციის ჯგუფების მიერ სერვისების მოხმარების ზრდას (ვაუჩერების მეშვეობით იზრდება სპეციფიური პრიორიტეტული ჯგუფების მიერ სერვისის უტილიზაცია, შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის - PBF - მეშვეობით უტილიზაცია იზრდება პოპულაციის ფართო ჯგუფების ხარჯზე).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მხრივ მტკიცებულებები მოწმობს, რომ ძირითადი გავლენა ვაუჩერებს და შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელს (PBF) აქვს. ჯანდაცვაში თანაბრობის პრინციპებზე ვაუჩერების გავლენაც მეცნიერულად არის დადასტურებული, და ამასთანავე იზრდება მტკიცებულებები ამ პრინციპებზე შესრულებაზე დაფუძნებული კონტრაქტირების (PBC) მოდელის გავლენის შესახებ.

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემების ეფექტურობის შედარება ჯანდაცვის დაფინანსების სხვა მიდგომებთან ნაკლებად შესწავლილი და დოკუმენტირებულია. ამ სქემების კომპლექსური ხასიათიდან გამომდინარე რთულია მათი ეფექტების შესწავლა პროვაიდერების ქცევასა და მოლოდინებზე გრძელვადიან პერიოდში. არ არსებობს მნიშვნელოვანი მტკიცებულება აღნიშნული სქემების უარყოფით ან გაუთვალისწინებელ

გვერდით ეფექტებზე. ისინი ძირითადად ჰიპოტეტური ფორმებით არის წარმოდგენილი. შესწავლილია აგრეთვე სქემების მდგრადობის საკითხიც.

არასაკმარისად არის აგრეთვე შესწავლილი შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების 2 ან მეტი სხვადასხვა მოდელის კომბინირებულად მუშაობის ეფექტები, რომელთაც შესაძლოა უფრო მეტი გავლენა ჰქონდეთ ვიდრე ცალცალკე აღებულს. მაგალითისთვის, ეროვნულ დონეზე დანერგილი შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელი, რომელიც ზრდის ხარისხს ვაუჭრებთან კომბინაციაში, რომელიც წვდება პოპულაციის იმ ჯგუფებს, რომლებიც ნაკლებად სარგებლობენ სამედიცინო სერვისებით (the most underserved populations).

იმისთვის, რომ უზრუნველყოთ ამინდი ჯანდაცვის სფეროში, ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების ეფექტურად მიწოდების მიზნით, შინამეურნეობებისთვის ფინანსური სიდნელებების გარეშე (პროვაიდერის კუთვნილების სტატუსის მიუხედავად), უპირველეს ყოვლისა აუცილებელია ჯანდაცვის სექტორის სტატუსის აღიარება. დღესდღეობით, დაბალი და საშუალოზე-დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემები ძირითადად შემდეგ 2 კატეგორიაში ნაწილდება: ა) სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც მოლოდინის შესაბამისად ვერ მუშაობს ბ) არარეგულირებადი კერძო ჯანდაცვის ბაზარი, რომლის მიერ ნაწარმოები სერვისის ხარისხი მოთხოვნებს ვერ პასუხობს და ფასებიც არარეგულირებადია. ბაზრის ამ 2 სეგმენტში ყოველთვის არსებობს მოთხოვნა-მიწოდების დონის ბარიერები, რომლებიც აფერხებს პოპულაციაში ჯანდაცვის კრიტიკულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობას. შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსება ქმნის სისტემურ შესაძლებლობებს (მაგ. ჯანდაცვის სამინისტროს უბიძგებს სტრატეგიული შესყიდვების განხორციელებით დაინტერესებისკენ), და ამასთანავე გარკვეულ რისკებს (მაგ. თუ შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსება ხელს უწყობს დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სერვისების გაუმჯობესებას, პარალელურად საფრთხე ექმნება სხვა პრიორიტეტული სერვისების განვითარებას სისტემურ დონეზე).

ზოგადი რეკომენდაციის გათვალისწინებით შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების ინტერვენციის ღირებულება უნდა ითვალისწინებდეს კონტექსტუალურ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და ჯანმრთელობის სისტემების სხვადასხვა ფაქტორებს. ის უნდა შედიოდეს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების პაკეტის ან ჯანდაცვის სექტორის განვითარების სტრატეგიის შემადგენლობაში. სქემები უნდა მოიცავდეს სერვისებს მოსახლეობის უფრო მეტი ქვეჯგუფის ჯანმრთელობის დასაცავად, ვიდრე დედათა და ბავშვთა პოპულაციის ჯანმრთელობის პრობლემების გადაჭრისთვისაა საჭირო. შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემების დანერგვა მნიშვნელოვანია ისეთი დამხმარე სარგებლის მისაღებად, როგორცაა გაზრდილი კონკურენციის ფონზე ეფექტურობის ამაღლება. მ.შ. კერძო სექტორის მონაწილეობით. თუმცა, ამ ეფექტების გასაკონტოლებლად საჭიროა კარგი მონიტორინგის სისტემა.²

გამოყენებული ლიტერატურა

- ¹ Musgrove P: Rewards for good performance or results: a short glossary. Washington, D.C: World Bank; 2011
- ² Gorter AC, Ir P, Meessen B: Results-Based Financing of Maternal and Newborn Health Care in Low- and Lower-Middle-Income Countries. Evidence Review, 2013
- ³ Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK: Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries (Review). The Cochrane Collaboration, 2013
- ⁴ Legarde M, Palmer N: The impact of contracting out on health outcomes and use of health services in low and middle-income countries (Review). The Cochrane Collaboration, 2009
- ⁵ Eichler R, Auxila P, Antoine U, Desmangles B: Performance-Based Incentives for Health: Six Years of Results from Supply-Side Programs in Haiti. CGD working paper, 2007
- ⁶ Oxman AD and Fretheim A: Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? A critical review of selected evaluations of results-based financing. Journal of Evidence-Based Medicine 2009; 184- 195
- ⁷ Toonen J, Canavan A, Vergeer P, Elovainio R: Learning lessons on implementing performance-based financing: from a multi-country evaluation. KIT Royal Tropical Institute. Development Policy & Practice; Amsterdam, 2009
- ⁸ Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat AL, Sturdy J, Vermeersch CM: Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. The Lancet 2011, 377: 1421-1428
- ⁹ Olken B.A., Onishi J, Wong S: Should Aid Reward Performance? Evidence from a Field Experiment on Health and Education in Indonesia. American Economic Journal: Applied Economics 2014, 6(4): 1–34
- ¹⁰ Huntington D, Zaky HH, Shawky S, Fattah FA, El-Hadary E: Impact of a service provider incentive payment scheme on quality of reproductive and child-health services in Egypt. J Health Popul Nutr 2010, 28: 273-280
- ¹¹ Morgan L, Beith A, Eichler R: Performance-Based Incentives for Maternal Health: Taking Stock of Current Programs and Future Potentials. Health System 20/20 Project, Abt Associates Inc, Bethesda MD, 2011
- ¹² Achieving Results for Women’s and Children’s Health, Progress report. HRITF, the World Bank, 2015

