



CURATIO
INTERNATIONAL
FOUNDATION

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის ხარჯები

მტკიცებულებების ნაკრები

მაისი, 2016

შინაარსი

დოკუმენტის მიზანი	1
შესავალი	1
კატეგორიები	2
შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის ხარჯის, და ხარჯთ-ეფექტურობის მაგალითები	2
დიდი ბრიტანეთის P4P მოდელის ხარჯები	3
დიდი ბრიტანეთის P4P მოდელის ხარჯთ-ეფექტურობა	4
ტანზანიის P4P მოდელის ხარჯები	5
გამოყენებული ლიტერატურა	9

დოკუმენტის მიზანი

წინამდებარე დოკუმენტი მიზნად ისახავს წარმოადგინოს მტკიცებულებები ისეთი საკითხის შესახებ, როგორცაა შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემების ხარჯები ხარჯვითი კატეგორიების მიხედვით, დოკუმენტი ასევე მიმოიხილავს სქემის ხარჯთ-ეფექტურობას. დოკუმენტი მომზადებულია უახლესი სამეცნიერო მტკიცებულებების მიმოხილვის საფუძველზე. ძირითად სამიზნე აუდიტორიას მიეკუთვნება: გადანაცვების 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 ბიბლიოთეკის ვებმისამართზე: <http://curatiofoundation.org/ge/pip-geo/>

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

შესავალი

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსება (P4P) ჯანდაცვის დაფინანსების ერთერთი მოდელია, რომლის დიზაინიც ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის გასაუმჯობესებლად შეიქმნა. P4P-ს მოდელს საფუძვლად უდევს ჰიპოთეზა, რომ ფინანსური ინსენტივი ზრდის სამედიცინო სერვისის მიწოდების მოტივაციას, რათა გააუმჯობესოს სერვისის ხარისხი, ხოლო გაუმჯობესებული სერვისების არსებობა კი უფრო მიმზიდველია მიმღებთათვის, რაც ზრდის მათ გამოყენებას.¹

P4P მოდელი ფართოდ გამოიყენება განვითარებულ ქვეყნებში (აშშ, დიდი ბრიტანეთი) ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის გასაუმჯობესებლად.² P4P მოდელის ეფექტურობაზე დაგროვებული მტკიცებულებების მიუხედავად, ძალზე მწირია მონაცემები ამ სქემის ხარჯებსა და ხარჯთ-ეფექტურობაზე.

ასეთი მწირი მტკიცებულებების ფონზე P4P მოდელის ბიუჯეტის დათვლისას გამოიყენება შემდეგი მიდგომა: დაბალი შემოსავლის ქვეყნებისთვის საჭიროა 3 აშშ დოლარი ერთ სულ მოსახლეზე. საშუალო შემოსავლის ქვეყნებისთვის და ქვეყნებისთვის მნიშვნელოვანი ინფრასტრუქტურული პრობლემებით კი ერთ სულ მოსახლეზე უფრო მაღალი ბიუჯეტი არის საჭირო.³

სულ სადღეისოდ გამოქვეყნებულია 16 სამეცნიერო ტატია, რომელიც P4P სქემის ხარჯებს მიმოიხილავს, მათგან უმრავლესობა მაღალი შემოსავლის ქვეყნებს (აშშ, ევროპა, ტაივანი) შეეხება, მხოლოდ ერთი სტატია შეეხება დაბალი შემოსავლის ქვეყნის ტანზანიის P4P მოდელის ხარჯებს.⁴

კატეგორიები

ფინანსური ინსენტივები P4P მოდელის ყველაზე თვალსაჩინო ხარჯის კატეგორიებია, თუმცა არსებობს სხვა ხარჯები, რომელიც შეეხება მოდელის შემუშავება / დანერგვას და იმპლემენტაციას. ხარჯების კატეგორიები შეიძლება განსხვავდებოდეს მოდელების მიხედვით, თუმცა მათი განხილვა და გათვალისწინება მნიშვნელოვანია მოდელის დანერგვაზე გადაწყვეტილების მიღებისას. ხარჯის კატეგორიებია:

- საინვესტიციო ხარჯები
 - დოკუმენტაციის შემუშავება (გაიდლაინები, ფორმები)
 - ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება
 - ტრენინგი
 - კონტრაქტირება
- იმპლემენტაციის ხარჯები
 - ადმინისტრირება
 - ინსენტივები
 - სერვისთან დაკავშირებული ხარჯები - პერსონალის დამატებითი დრო, მედიკამენტები, სხვ.
 - მონაცემთა წარმოება
 - ვერიფიკაცია

მნიშვნელოვანია ასევე ხარჯების დანაზოგების გათვალისწინება, რაც დაკავშირებულია გაუმჯობესებული ხარისხის სერვისებთან (მაგ. შემცირებული გართულებები, ჰოსპიტალიზაციის / რეჰოსპიტალიზაციის საჭიროება, და სხვ.) ეს მნიშვნელოვანი პარამეტრია ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზისთვის.

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის ხარჯის, და ხარჯთ-ეფექტურობის მაგალითები

ვინაიდან მიმოხილული წყაროების უმრავლესობა იძლევა ინფორმაციას გაერთიანებულ ხარჯებზე, კატეგორების გამოყოფა შესაძლებელი გახდა მხოლოდ დიდი ბრიტანეთის და ტანზანიის მაგალითზე.^{5,4}

დიდი ბრიტანეთის P4P მოდელის ხარჯები

დიდი ბრიტანეთის მაგალითი მოიცავს ხარისხის გაუმჯობესების პროგრამის (Advancing Quality Program) პილოტირების ხარჯებს ჩრდილო დასავლეთ ინგლისის საავადმყოფოებში. ინდიკატორები ეფუძნებოდა დიდი ბრიტანეთის Quality and Outcome Framework-ით განსაზღვრულ ინდიკატორებსა და აშშ-ში აპრობირებულ P4P მოდელს (Hospital Quality Incentive Demonstration - HQID).⁶

დიდი ბრიტანეთის ხარისხის გაუმჯობესების P4P მოდელის დეტალები:

- მოდელის შემუშავება - ეფუძნებოდა შემუშავებულ ინდიკატორებსა და მოდელს მცირე მოდიფიკაციით, რასაც არ დასჭირდა ინვესტიცია
- პილოტირება - 18 თვე (North- West England), 2008-2009
- დაწესებულებები - რეგიონის ყველა (24) საავადმყოფო
- ინდიკატორები - 28 ინდიკატორი 5 მდგომარეობაზე (მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, გულის უკმარისობა, პნევმონია, კორონარული არტერიების შუნტირება, მენჯ-ბარძაყის სახსრის ტანსპლანტაცია).
- ინსენტივების გაცემის სქემა:
 - ინსენტივის გაცემა - სამი სქემა ინდიკატორების შესრულების შესაბამისად. “შეჯიბრის” კონცეფცია - ინსენტივი გაიცემოდა მხოლოდ უმაღლესი მაჩვენებლების მიღებისას “top performers”.
 - ინსენტივის სრული მოცულობა განკუთვნილი იყო ხარისხის გაუმჯობესებაზე, პერსონალის დამატებითი ანაზღაურებისთვის ინსენტივი არ იყო გათვლილი.
 - ინსენტივის გადახდის ციკლი - წლიური (წლის ბოლოს)
 - ინსენტივის მოცულობა - საავადმყოფოს შემოსავლის 4%.

ცხრილი 1. დიდი ბრიტანეთის ხარისხის გაუმჯობესების პროგრამის ხარჯები

კატეგორია	განმარტება	ხარჯი £	წილი %
საინვესტიციო ხარჯი	გლობალური გრანტები დაწესებულებებისთვის ინფრასტრუქტურისა და მონაცემთა შეგროვების სისტემის გაუმჯობესებისთვის	900,000	6.9
ინსენტივები		5,054,489	38.9
პროგრამის მიმდინარე ხარჯები	ადმინისტრირება, ვერიფიკაცია, ხარისხის კონტროლი	7,015,531	54.0
დამატებითი გრანტები დაწესებულებებისთვის	წარმოშობილი პროგრამის მიმდინარეობისას	9,844	0.1
სულ		13,069,864	100

დიდი ბრიტანეთის P4P მოდელის ხარჯთ-ეფექტურობა

ჩატარდა დიდი ბრიტანეთის (QA) პროგრამის ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი ჰილოტის მაგალითზე. შემდეგ სამ მდგომარეობაზე მოხდა დაკვირვება - მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, გულის უკმარისობა, პნევმონია. ანალიზმა აჩვენა, რომ

- პროგრამამ უზრუნველყო 649 სიკვდილის თავიდან აცილება და 5227 QALY¹-ის მოპოვება. ერთ მოპოვებული QALY შეესაბამება £20,000-ს, რაც უტოლდება £105 მლნ-ს. დამატებით ჰოსპიტალური დღეების შემცირების ხარჯზე მიღწეულ იქნა £2.3 მლნ დანაზოგი.
- აშშ-ს სქემისგან (HQID) განსხვავებით, სადაც ვერ იქნა ნანახი P4P მოდელის გავლენა სიკვდილიანობის შემცირებაზე, დიდი ბრიტანეთის მოდელს ჰქონდა დიზაინის განსხვავებული ნიშნები, რაც შესაძლოა წარმატებასთან იყო დაკავშირებული:
 - მიუხედავად “შეჯიბრის” ხასიათისა ყველა დაწესებულების წარმომადგენლები გამოცდილების გასაზიარებლად პერიოდულად ხვდებოდნენ პირისპირ ერთმანეთს. აშშ-ში ეს პროცესი მიმდინარეობდა ვებინარების საშუალებით.
 - უფრო მაღალი ინსენტივი (შემოსავლის 4% vs 2% აშშ-ში), და ინსენტის მიღების მაღალი ალბათობა. ამან საშუალება მისცა დაწესებულებებს ინვესტირება ხარისხის გაუმჯობესებაში მოეხდინათ. დაწესებულების წილი, რომელთაც მიიღეს ინსენტივები იყო 25%, განსხვავებით 10%-ისა აშშ-ში.
 - ბრინატეთის სქემას ჰქონდა უნივერსალური მიდგომა - მონაწილეობდა რეგიონის ყველა ჰოსპიტალი, განსხვავებით აშშ-ს მოდელისა, სადაც დაწესებულებებს შეეძლოთ თვითონ აერჩიათ მონაწილეობა.

¹ Quality Adjusted Life Years - სიცოცხლის ხარისხიანი წლები

ტანზანიის P4P მოდელის ხარჯები

ქვემოთ მოცემულია ტანზანიის დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული P4P მოდელის ხარჯები და პროგრამის დეტალები⁷.

ტანზანიის P4P მოდელის დეტალები

- მოდელის შემუშავება - 12 თვე, 2011
- პილოტირება - 13 თვე, 2012-2013, ქვეყნის ერთ-ერთი რეგიონი
- დანესებულებები - 7 საავადმყოფო, 21 ჯანდაცვის ცენტრი, 234 ამბულატორია, რომლებიც აკმაყოფილებდნენ გარკვეულ მოთხოვნებს.
- ინდიკატორები - 9 დედათა და ბავშვთა ინდიკატორი
- ინსენტივების გაცემის სქემა:
 - სრული ინსენტივის გაცემა - ინდიკატორების სრულად შესრულებისას, 75% - 99% შესრულებისას ინსინტივის ნახევარის გაცემა.
 - ინსენტივის სრული მოცულობის 75%-90% განკუთვნილი იყო პერსონალისთვის, დანარჩენი - დანესებულებისთვის
 - სამედიცინო პერსონალისთვის ინსენტივის მოცულობა - ყოველთვიური ხელფასის 10%
 - ინსენტივების გადახდის ციკლი - 6 თვე
 - მაქსიმალური ბონუსი ერთ ციკლზე - დისპანსერისთვის 723 აშშ დოლარი, საავადმყოფოსთვის 7,875 აშშ დოლარი.
- მონიტორინგი
 - რაიონის და რეგიონის მენეჯერების მიერ, რომელთათვის ასევე არსებობდა შეფასების ინდიკატორები
 - დამატებით ინსენტივი რაიონის და რეგიონის მენეჯერებისთვის ერთ ციკლზე 3,000 აშშ დოლარის მოცულობით დანესებულებების და რაიონის შესრულების საფუძველზე.
- ვერიფიკაცია
 - ვერიფიკაცია ტარდებოდა რაიონის, რეგიონის და ცენტრალური დონის ვერიფიკაციის კომიტეტების მიერ. რანდომული შემოწმება ტარდებოდა დამოუკიდებელი აუდიტორის მიერ.
- სამეთვალყურეო საბჭო - შეიქმნა სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრისა და პროგრამის მიმდინარეობის ზედამხედველობისთვის, ტარდებოდა ყოველკვარტალური შეხვედრები.

ცხრილი 2. ტანზანიის დედათა და ბავშვთა P4P პილტური პროგრამის საინვესტიციო ხარჯები

საინვესტიციო ხარჯების კატეგორიები	ფინანსური ხარჯი		ეკონომიკური ხარჯი	
	2012 US \$	%	2012 US \$	%
დოკუმენტაციის შემუშავება	33,831	48	38,765	28
ტრენინგი	28,368	41	71,521	52
სამიზნეების დადგენა	1,753	3	3,380	2
კონტრაქტირება	623	1	1,058	1
სამეთვალყურეო საბჭოს შექმნა	2,298	3	2,762	2
პროექტის დაწყება	3,032	4	19,849	14
სულ	69,906	100	137,335	100

ცხრილი 3. ტანზანიის დედათა და ბავშვთა P4P პილოტური პროგრამის მიმდინარე ხარჯები^{4,8}

საინვესტიციო ხარჯების კატეგორიები	განმარტება	ფინანსური ხარჯი		ეკონომიკური ხარჯი	
		2012 US \$	%	2012 US \$	%
შეხვედრები	პერსონალის დრო	26,421	2	33,864	1
მენეჯმენტის სხვა ხარჯები	სამინისტროს (P4P კოორდინატორის) და დონორის (პროგრამის პერსონალის) დამატებითი დრო	452,468	36	514,600	22
ზოგადი ადმინისტრირება	დონორის მიმდინარე და კაპიტალური ხარჯები	115,404	9	115,404	5
ადმინისტრირება (სულ)		594,293	48	663,867	28
ინსენტივები		351,013	28	351,013	15
ფონდების მართვა	სადაზღვევო ფონდის ხარჯები	56,328	5	65,663	3
უკუკავშირის შეხვედრები (6 თვეში ერთხელ შეხვედრები ცენტრიდან რეგიონსა, რაიონში)	პერსონალის დრო, დღიური, ტრანსპორტირება	52,032	4	90,953	4
ინსენტივები (სულ)		459,373	37	507,629	22
მონაცემთა წარმოება	პერსონალის დრო	0	0	869,325	37
ვერიფიკაცია	პერსონალის დრო, დღიური, ტრანსპორტირება	192,848	15	304,553	13
სულ		1,246,514	100	2,345,373	100

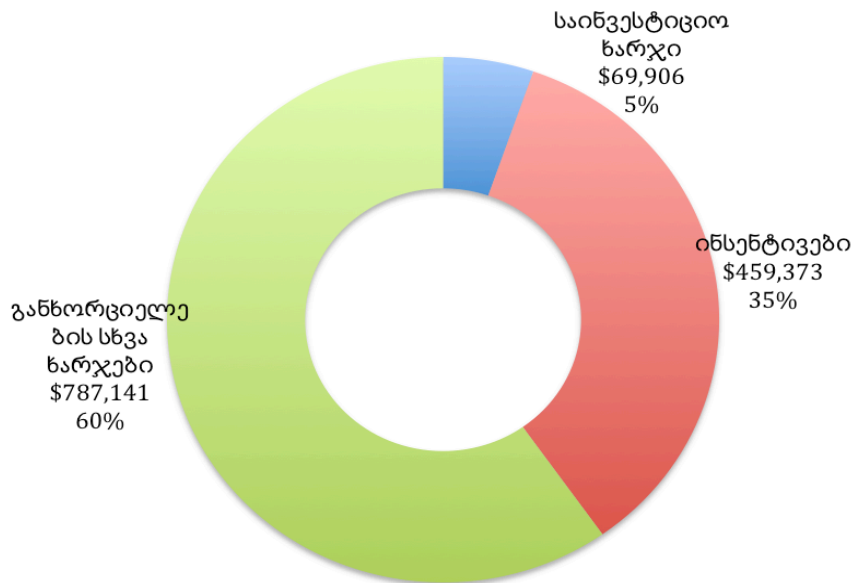
- ეკონომიკური ხარჯი მოიცავს ყველა რესურსს, რომელიც საჭიროა მოდელის განხორციელებისთვის, როგორცაა პერსონალის დრო, დონორული/სუბსიდირებული საქონლის საბაზრო ღირებულება, და სხვ.
- ხარჯებში არ არის გათვალისწინებული არსებული სისტემის კაპიტალური ხარჯები, როგორცაა ზედნადები ხარჯები, ავტომატური ხარჯები.
- ახალი საინფორმაციო სისტემის დანერგვის საჭიროების არარსებობის გამო მისი ფინანსური ხარჯები არ წარმოიქმნა. პერსონალის მიერ მონაცემთა წარმოებაზე დახარჯული დრო ასახულია ეკონომიკურ ხარჯებში. აღსანიშნავია, რომ პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პერსონალის დროის 17% ეთმობოდა მონაცემთა წარმოებას.

ტანზანიის მაგალითი გვიჩვენებს, რომ P4P მოდელის შემუშავებისა და დანერგვისთვის საჭირო მთლიან ხარჯებში ინსენტივების ხარჯი მხოლოდ 1/3-ს შეადგენს.

გასათვალისწინებელია, რომ საინვესტიციო ხარჯი მთლიანი ხარჯების ძალიან მცირე ნაწილია (5%) (გრაფიკი 1).²

დიდი ბრიტანეთის მაგალითიდანაც მსგავსი სურათი ვლინდება: სხვა ხარჯები ინსენტივების ხარჯს აჭარბებს (60% vs 40%).

გრაფიკი 1. ტანზანიის P4P მოდელის ხარჯები



² შედგენილია ავტორების (საერთაშორისო ფონდი კურაცია) მიერ ცხრილებში მოცემული მონაცემების საფუძველზე

ტანზანიის P4P პილოტის მაგალითზე ჩატარდა ქვეყნის მასშტაბით განვრცობის მოდელირება ორი ვარიანტით 1) როდესაც სქემა სრულიად იყო ინტეგრირებული სისტემაში და 2) როდესაც განვრცობის ფაზის განმავლობაში გრძელდებოდა ტექნიკური დახმარება. განვრცობა მოსალოდნელი იყო 5 წლის განმავლობაში. როგორც ანალიზი აჩვენებს სრულად ინტეგრირებული მოდელის შემთხვევაში ინსენტივები სრული ფინანსური ხარჯების 47% შეადგენს.

ცხრილი 4. ტანზანიის დედათა და ბავშვთა P4P პროგრამის მიმდინარე ხარჯები ქვეყნის მასშტაბით განვრცობის შემთხვევაში, სცენარების მიხედვით

	ფინანსური ხარჯი (ათასი, 2012 US \$)				ეკონომიკური ხარჯი (ათასი, 2012 US \$)			
	სრულად ინტეგრირებული		მიმდინარე ტექნიკური დახმარება		სრულად ინტეგრირებული		მიმდინარე ტექნიკური დახმარება	
	5-წიანი	წიური	5-წიანი	წიური	5-წიანი	წიური	5-წიანი	წიური
შეხვედრები	4,159	1,503	15,920	5,758	8,668	2,871	16,807	5,811
მენეჯმენტის სხვა ხარჯები	13,865	5,009	27,377	9,891	17,527	6,593	34,251	12,635
ზოგადი ადმინისტრირება	0	0	638	136	0	0	638	136
ადმინისტრირება (სულ)	18,025	6,512	43,936	15,784	26,195	9,464	51,697	18,582
ინსენტივები	22,421	8,100	22,421	8,100	22,421	8,100	22,421	8,100
ფონდების მართვა	856	306	3,037	1,097	876	311	3,050	1,100
უკუკავშირის შეხვედრები	1,423	426	4,748	1,715	1,590	320	8,071	2,916
ინსენტივები (სულ)	24,701	8,832	30,206	10,913	24,887	8,732	33,542	12,116
მონაცემთა წარმოება	0	0	0	0	66,199	23,916	66,199	23,916
ვერიფიკაცია	8,772	3,169	21,513	7,772	14,470	5,207	32,978	11,914
სულ	51,498	18,415	95,655	34,469	131,751	47,339	184,416	66,528

ზემოთ მოცემული გათვლები არ მოიცავს პროგრამის საინვესტიციო ხარჯებს. ეს უკანასკნელი შეადგენდა 760,000 და 2 მლნ აშშ დოლარს (ფინანსურ და ეკონომიკურ ხარჯს). ამ ხარჯის უდიდეს წილს (80%) ტრენინგები შეადგენდა.

P4P პროგრამის ეფექტურობა დამოკიდებულია საინფორმაციო სისტემის სისრულესა და დროულობაზე. პერსონალის დრო, რაც დაკავშირებული იყო მონაცემთა წარმოებასა და ვერიფიკაციაზე პილოტის ხარჯის მნიშვნელოვანი ნაწილი იყო. აღსანიშნავია, რომ პილოტის დაწყებამდე დაწესებულებათა მხოლოდ ნახევარი ავსებდა შესაბამის ფორმებს და მონაცემები არ გამოიყენებოდა გადანაცვლებებისთვის. ინტეგრირებული მოდელის შემთხვევაში (რაც გულისხმობს გამართული რუტინული საინფორმაციო სისტემის გამოყენებას) ხარჯების მნიშვნელოვანი დაზოგვა იქნება შესაძლებელი.

გამოყენებული ლიტერატურა

¹ Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? Bull World Health Organ. 2011;89(2):153–6

² Peterson L, Woodward LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay for performance improve the quality of health care? Ann Intern Med. 2006;145(4):265–72.

³ Fritsche, György Béla, Robert Soeters, and Bruno Meessen. 2014. Performance-Based Financing Toolkit. Washington, DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0

⁴ Borghi J, Little R, Binyaruka P et al. In Tanzania, The Many Costs Of Pay-For-Performance Leave Open To Debate Whether The Strategy Is Cost-Effective. Health Aff March 2015 34:3406-414; doi:10.1377/hlthaff.2014.0608

⁵ Meacock R, Kristensen SR, Sutton M. The cost-effectiveness of using financial incentives to improve provider quality: a framework and application. Health Econ. 2013;23(1):1–13

⁶ Sutton M, Nikolova S, Boaden R, Lester H, McDonald r, Roland M. Reduced Mortality with Hospital Pay for Performance in England. N Engl J Med 2012; 367:1821-1828

⁷ Borghi J, Mayumana I, Mashasi I, Binyaruka P, Patouillard E, Njau I, et al. Protocol for the evaluation of a pay for performance programme in Pwani region in Tanzania: a controlled before and after study. Implement Sci. 2013;8:80

⁸ Borghi Little R, Binyaruka P et al. In Tanzania, The Many Costs Of Pay-For-Performance Leave Open To Debate Whether The Strategy Is Cost-Effective. Health Aff March 2015 34:3406-414; doi:10.1377/hlthaff.2014.0608_Appendix1

