



**CURATIO**  
INTERNATIONAL  
FOUNDATION



Queen Margaret University  
EDINBURGH

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელი  
ტუბერკულოზის სისტემაში: არის თუ არა  
პროვაიდერის წახალისება გამოსავალი?

მტკიცებულებათა მიმოხილვა

ივლისი, 2017

## დოკუმენტის მიზანი

წინამდებარე დოკუმენტი მიზნად ისახავს წარმოადგინოს მტკიცებულებები ტუბერკულოზის სფეროში შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების შესახებ. დოკუმენტი მომზადებულია უახლესი სამეცნიერო მტკიცებულებების მიმოხილვის საფუძველზე. ძირითად სამიზნე აუდიტორიას მიეკუთვნება: გადაწყვეტილების მიმღები პირები, ჯანდაცვის მენეჯერები და სხვა დაინტერესებული პირები, რომელთაც სურთ შეიტყონ მეტი შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემების შესახებ. ყველა სამეცნიერო რესურსი შესაძლოა იხილოთ შემდეგ მისამართზე: <https://goo.gl/VzTyos>

ბიბლიოთეკაზე წვდომისთვის გთხოვთ ეწვიოთ [ზოტეროს](#) პლათფორმას და დარეგისტრირდეთ [ბმულზე](#). რეგისტრაციის შემდეგ შეძლებთ დოკუმენტში გამოყენებულ დამხმარე ლიტერატურასთან [წვდომას](#).

დოკუმენტი მომზადებულია Queen Margaret University-ის მკვლევარების სოფი ვიტერის და კარინ დიაკონუს მიერ კვლევითი პროექტის ფარგლებში: Results4TB – „ტუბერკულოზის მკურნალობის გამოსავლის გასაუმჯობესებლად ინტერვენციის შემუშავება და შეფასება საქართველოში“, რომელიც დაფინანსებულია ჯანდაცვის სისტემების ერთობლივი ინიციატივის სქემით DFID, ESRC, MRC და Wellcome Trust-ის მიერ. Grant Ref N:MR/P015018/1

## საკითხის წინაისტორია

ბოლო წლებში საქართველომ ტუბერკულოზის მართვაში მნიშვნელოვან წარმატებას მიაღწია, მაგრამ ქვეყანა კვლავ დგას რამდენიმე გამოწვევის წინაშე:

- პირველადი ჯანდაცვის დონეზე საეჭვო შემთხვევების მიმართვის შეზღუდული რაოდენობა და პაციენტის დაგვიანებული მიმართვა:** ამჟამად პირველადი ჯანდაცვის ექიმები ტუბერკულოზის სავარაუდო შემთხვევების მხოლოდ 18%-ს მიმართავენ დიაგნოზისთვის; ტუბერკულოზის სიმპტომების მქონე პაციენტები უფრო ხშირად პირდაპირ თვითონ მიმართავენ ტუბერკულოზის დაწესებულებებს, ვიდრე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების მეშვეობით, თუმცა ეს ჩვეულებრივ სამედიცინო დახმარებისთვის დაგვიანებით მიმართვას გულისხმობს;
- მოსახლეობაში რეზისტენტული ტუბერკულოზის და შეწყვეტილი მკურნალობის მაღალი მაჩვენებელი:** 2016 წლის მონაცემებზე დაყრდნობით, საქართველოს მოსახლეობაში რეზისტენტული ტუბერკულოზის მაღალი დონე რჩება (ტუბერკულოზი ახალ შემთხვევებში

9.8% და ადრე უკვე ნამკურნალებ შემთხვევებში 40%-ზე მეტი რეზისტენტული ფორმა); მათგან ყოველი მესამე ნაადრევად წყვეტს მკურნალობას, რაც ინფექციის შემდგომი გავრცელების რისკს ქმნის.

3. **ტუბერკულოზის პრობლემატური მართვა:** მკურნალობის მისაწოდებლად ან მკურნალობის შეწყვეტის შემთხვევების მიკვლევადობისთვის საჭირო საოპერაციო ხარჯებს (მაგ. მობილური ტელეფონით სარგებლობის ანაზღაურება, საწვავი) ამჟამად სამედიცინო პერსონალი თავად ფარავს: ამ გარემოებების გათვალისწინებით, ექთნებსა და ეპიდემიოლოგებს დამყოლობის პრობლემების და შეწყვეტილი მკურნალობის სტატუსის მქონე პაციენტების მიკვლევის შეზღუდული შესაძლებლობები აქვთ;
4. **ტუბერკულოზის სფეროში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის დაბალი ფინანსური მოტივაცია:** ფთიზიატრების და DOT ექთნების ანაზღაურება დაბალია პირველადი ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე მათ კოლეგებთან შედარებით, არ არსებობს წამახალისებელი მექანიზმები;
5. **მომავალში ადამიანური რესურსების მნიშვნელოვანი ნაკლებობა ტუბერკულოზის სფეროში:** ფთიზიატრების და DOT ექთნების უმრავლესობამ უკვე მიაღწია საპენსიო ასაკს, მაგრამ დაბალი ანაზღაურებისა და მნიშვნელოვანი პროფესიული რისკის გამო, ეს პროფესია უფრო ახალგაზრდა თაობებს არ იზიდავს.

ზემოაღნიშნული გამოწვევების საპასუხოდ სხვადასხვა ნაბიჯები არის გადადგმული:

- პაციენტები ფინანსურ დახმარებას 2014 წლის ივნისიდან იღებენ, რათა მათ დროულად მიმართონ საავადმყოფოებს. ეს ფულადი დახმარება განსაკუთრებით ღარიბი პაციენტებისთვის არის სასარგებლო, რომელთაც შემოსავლების მიღების შეზღუდული ალტერნატიული წყაროები აქვთ, თუმცა ამ დახმარების ეფექტურობა არ არის შესწავლილი.
- მკურნალობის ალტერნატიული სტრატეგიები კონკრეტულად რეზისტენტული ტუბერკულოზისთვის: რეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის მოკლე კურსების ეფექტიანობის შეფასების მიზნით ამჟამად საქართველოში რამდენიმე კლინიკური კვლევა ხორციელდება.
- ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში დამყოლობის დეპარტამენტი შეიქმნა; აქ მომუშავე პერსონალი მოიცავს ფსიქოლოგებსა და სოციალურ მუშაკებს, ასევე დამყოლობის კონსულტანტებს. მათ კომპეტენციაში შედის საგანმანათლებლო, საკონსულტაციო, ფსიქო-სოციალური დახმარება, მკურნალობის შემდგომი დაკვირვება და მოსახლეობისთვის მონიტორინგის მომსახურების გაწევა.
- ტუბერკულოზის მკურნალობის სფეროში უფრო ახალგაზრდა პერსონალის მოსაზიდად, განიხილება ფთიზიატრიის და პულმონოლოგიის რეზიდენტურის პროგრამის გადასახადისგან გათავისუფლებისა და სუბსიდირების შესაძლებლობა.

გარდა ამისა, საქართველოში ტუბერკულოზის მართვის მიზნების მისაღწევად, პერსონალზე ორიენტირებული, შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების ინტერვენციები განიხილება.

## ტუბერკულოზის მართვის მიზნები

1. ტუბერკულოზის სიკვდილიანობის დონის არანაკლებ 25%-ით შემცირება;
2. ტუბერკულოზის ინციდენტობის დონის არანაკლებ 15%-ით შემცირება;
3. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის წილის შენარჩუნება ახალ შემთხვევებში - 15%-მდე, ხოლო ადრე ნამკურნალებ შემთხვევებში - 40%-მდე;
4. ტუბერკულოზის ყველა ფორმის, მულტი/ექსტენსიურად რეზისტენტული ტუბერკულოზის ჩათვლით, დიაგნოზისა და მკურნალობის მიზნით საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, ისე, რომ მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევათა მინიმუმ 90%-ი დიაგნოსტირებული იყოს, ხოლო მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შეტყობინებული შემთხვევების მინიმუმ 75%-ი წარმატებით განიკურნოს.

### მტკიცებულების განხილვის მეთოდები

#### ძიება

ძიება განხორციელდა ბიბლიოგრაფიულ მონაცემთა ბაზებში (სამედიცინო და კოკრეინის ბიბლიოთეკა) მითითებული დოკუმენტების დასახელებებსა და აბსტრაქტებში, შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების (ადაპტირებული Witter et al. მიერ 2012 წ.) და ტუბერკულოზის ტერმინების ძიების გამოყენებით. ყველაზე ახალი და მნიშვნელოვანი ლიტერატურის დატოვების მიზნით, გამოვრიცხეთ 1980 წლამდე არსებული დოკუმენტები; არ იყო გამოყენებული ენის, პარამეტრებისა თუ კვლევის დიზაინის შეზღუდვები.

#### შერჩევა

თუ დოკუმენტი მხოლოდ მიწოდების მხარის ან მოთხოვნისა და მიწოდების მხარეების შედეგზე დაფუძნებულ დაფინანსებას ეხებოდა, ტექსტს ვიტოვებდით მისი სრულად განხილვის მიზნით. თუ დოკუმენტი მხოლოდ მოთხოვნის მხარის ინტერვენციებს მოიცავდა ან არ მოიცავდა შედარების ჯგუფს, იგი შერჩევის პროცესს ეთიშებოდა.

#### მონაცემების ამოღება და სინთეზი

მონაცემების ამონარიდი განხორციელდა ამონარიდის სტანდარტიზებული შაბლონით, ადაპტირებული Witter et al. მიერ, 2012. მონაცემები იქნა დაჯგუფებული კვლევის ტიპის, აღწერილი შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემის პარამეტრებისა ან/და ტიპის მიხედვით და იქნა ინფორმაციულად განზოგადებული.

#### მიმოხილული დოკუმენტები

ლიტერატურის კვლევებით მოხდა პოტენციური რელევანტურობის მქონე 628 კვლევის იდენტიფიცირება; დუბლიკატების მოცილებისა და ყველა დასახელებისა და ამონარიდის გადახედვის შემდეგ, დატოვებულ იქნა 14 რელევანტურობის მქონე კვლევა:: შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების პირველადი კვლევები (n=5), პირველადი კვლევები, ფოკუსირებული ტუბერკულოზის ორ სპეციფიკურ მაღალი ტვირთის მქონე პირობებზე: ჩინეთი (n=3) და ტაივანი (n=4) და პირველადი კვლევები, ჩატარებული სხვა პირობებში (n=2)

# შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელი საქართველოში: არსებული მტკიცებულების მიმოხილვა

განვიხილოთ ტუბერკულოზის მკურნალობის შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების პროგრამების შესახებ ხელმისაწვდომი მტკიცებულება მაღალი, საშუალო და დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, საქართველოში ამ პროგრამების ამოქმედებისთვის საჭირო მტკიცებულების განსაზღვრისა და სინთეზის მიზნით. შემდეგ:

- ა. შევაფასეთ შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების განხილული სქემები;
- ბ. მოვახდინეთ სქემის აგებულების შესახებ მოპოვებული ძირითადი ინფორმაციის სინთეზი.

## ა. ტუბერკულოზის მკურნალობის შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების გავლენა

ტუბერკულოზის მკურნალობის შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემის გავლენის შესახებ მიღებული ძირითადი ინფორმაცია მოცემულია ქვემოთ:

1. **შედეგზე დაფუძნებულ დაფინანსების სქემას შეუძლია შემთხვევების გამოვლენის მაჩვენებელი გაზარდოს:** ტაივანში და შემდგომ ინდოეთში, ბანგლადეშში, ფილიპინებსა და ჩეხეთის რესპუბლიკაში ჩატარებულ კვლევების მიხედვით, სამედიცინო პერსონალის წახალისებამ (მაგ., ანაზღაურება გამოვლენილი შემთხვევების საფუძველზე) ტუბერკულოზის შემთხვევების გამოვლენის დონე შეუძლია 10-30%-ით გაზარდოს (Wei 2009, Yao 2007 წ.). საპირისპირო მტკიცებულება გამოვლინდა ჩინეთიდან (Li 2009, Beith 2008 წ.): ამ სქემის ფარგლებში, პაციენტები და ექიმები ფინანსურ სტიმულს იღებდნენ, თუმცა იმის გამო რომ ექიმებს არ ჰქონდათ სათანადო მითითებები, თუ როგორ მიეცათ სტიმული პაციენტისთვის ან როგორ ემართათ პაციენტების გაზრდილი რაოდენობა, სქემამ მნიშვნელოვანი შედეგი ვერ მოიტანა. მიუხედავად იმისა, რომ ინტერვენციის ჯგუფში გამოვლენილი შემთხვევების რიცხვი გაიზარდა, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით იგი საგრძნობლად დაბალი იყო.
2. **შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემები ზოგადად ტუბერკულოზის სერვისების გამოყენებაზე დადებით გავლენას ახდენს:** ტაივანიდან მიღებული ფაქტობრივი მასალის მიხედვით, შემთხვევათა გაუმჯობესებული მართვის მხარდაჭერის მიზნით შემუშავებული შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებები და თანამშრომლები ხელს უწყობენ შემთხვევათა გაუმჯობესებულ მართვას (მაგ., სენსიტიური ტუბერკულოზის შემთხვევების ერთობლივი მართვის მეშვეობით), რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს პაციენტების

მხრიდან მკურნალობის შეწყვეტის დონეს. ანალოგიურად, (Tsai 2010) Volmink and Garner 1997 წ.) აღნიშნავენ, რომ თემში „ჯანდაცვის თანასწორგანმანათლებელთა“ სტიმულირება (სათემო უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის (DOTS) მსგავსად) ეფექტიანია მკურნალობაზე დამყოლობის ხელშეწყობისა და ტუბერკულოზის მომსახურების გამოყენების თვალსაზრისით.

**3. შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემები დადებით გავლენას ახდენს**

**ტუბერკულოზის განკურნებისა და მკურნალობის წარმატების დონეებზე:** Beith et al. ინდოეთში, ბანგლადეშში, ფილიპინებში, ჩეხეთის რესპუბლიკასა და რუმინეთში შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემის გამოყენების შესახებ ფაქტობრივ მასალას აჯამებენ და აღნიშნავენ, რომ სქემებს დიდი წვლილი შეაქვს განკურნების დონის ზრდაში (შემთხვევათა 28%-მდე). ანალოგიურად, თემზე დაფუძნებული უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის (DOTS) კვლევისას, კანგოვმა და სხვ. ივარაუდეს, რომ პროგრამის ფარგლებში თემზე დაფუძნებული DOT (CB-DOT) მიმწოდებლების ფინანსური სტიმულირების შემთხვევაში, პროგრამები გაცილებით წარმატებული იყო, ვიდრე შესადარებელი პროგრამები; თუმცა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობა არ დაფიქსირებულა. (Kangovi 2009.) ტაივანიდან მიღებული შეფასებები (Li 2010, Lee 2015) ასევე ამყარებს ამ აღმოჩენებს. კერძოდ, შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების ეროვნული პროგრამა განკურნების დონეს 46.9%-დან 68.1%-მდე ( $p < 0.01$ ) (Li 2010) ზრდის და ამ სქემაში მონაწილე პაციენტების მკურნალობის წარმატების კოეფიციენტი გაიზარდა ( $OR 1.56, p < 0.001$ ) (Lee 2015)

**4. შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემები შესაძლოა ჯანდაცვის სისტემისთვის**

**ეკონომიური იყოს, მაგრამ მის მდგრადობასთან დაკავშირებით არსებობს კითხვები** ლიის (ლიი, 2015 წ.) მიერ ტაივანში ჩატარებული პროგრამის შეფასების მიხედვით, რომელიც შემთხვევათა გაუმჯობესებელი მართვის მხარდაჭერასთან (სხვა ღონისძიებებთან ერთად) იყო დაკავშირებული, შედეგზე დაფუძნებულ დაფინანსებაში მონაწილეების ტუბერკულოზთან დაკავშირებული ხარჯები საშუალოდ \$215-ით ნაკლებია, ვიდრე იმ პირების, რომლებიც მკურნალობას შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მქონე კლინიკებში არ გადიან (ხარჯები შეტანილ სადაზღვევო მოთხოვნებს ასახავს). ასეთი მტკიცებულების ინტერპრეტაცია ფრთხილად უნდა მოხდეს: შედეგები ტუბერკულოზის მქონე პაციენტთა სხვადასხვა ქვეჯგუფებზე არ ვრცელდება. FIDELIS პროექტმა ჩინეთში დაადასტურა შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემის რაციონალური დიზაინის მნიშვნელობა: რეგიონულ დონეზე ტუბერკულოზის კოორდინატორები FIDELIS სქემას არ უჭერდნენ მხარს აქტიურად, რადგან მის ფინანსურ მდგრადობაში ეჭვი ეპარებოდათ. (Wei, 2009).

მტკიცებულებები, რომლის საფუძველზეც ზემოთ მითითებული დასკვნები გაკეთდა მწირი და არაერთგვაროვანია. შევაფასეთ რა შერეული მეთოდოლოგიის, რაოდენობრივი და ხარისხობრივი შეფასების კვლევები და მიმოხილვები აღვნიშნავთ, რომ უმეტესობა მხოლოდ მინიმალურ ინფორმაციას გვაწვდის შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების პროგრამების სქემის და ინტერვენციის დეტალების შესახებ. მხოლოდ ვოლმინკის (1997 წ.) მიმოხილვა ეხებ კონკრეტულად კლინიკური კვლევებს და მხოლოდ ერთი განხილული კვლევის ფარგლებში იქნა გამოყენებული პერსონალზე ორიენტირებული ფინანსური ინსენტივები.

#### A. შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემის დიზაინი: რა მუშაობს?

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების პროგრამის გავლენის შესახებ ინფორმაციის გარდა, მოვიპოვეთ ინფორმაცია შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემის შესახებ და გავამახვილეთ ყურადღება შემდეგზე:

- 1. არაფინანსური სტიმული შეიძლება მნიშვნელოვანი იყოს სასურველი გავლენის მისაღწევად**  
მკურნალობის გაწევის შიდა მოტივაციამ (მაგ. ადგილობრივ (თემის) დონეზე ჯანდაცვის გაუმჯობესების მზაობა, პროფესიონალიზმის ერთგულება) და რეპუტაციამ (მაგ.: ტუბერკულოზის „აკრედიტებულ“ მართვის პროგრამასთან ასოცირება) შეიძლება ჯანდაცვის მუშაკს შემთხვევათა გამოვლენისა და მიმართვის პრაქტიკის გაუმჯობესების მოტივაცია მისცეს. (Tao 2015, Lonroth 2006) მაგალითად, ჩინეთში უბნის ექიმების ფინანსური სტიმულის შეფასება აჩვენა, რომ მას შემთხვევათა გამოვლენაზე მინიმალურიდან ნულოვანი გავლენა აქვს, მიუხედავად იმისა, რომ ძალიან დაბალი ანაზღაურების მქონე ექიმები დამატებით სახსრებს მათი ყოველთვიური შემოსავლის მნიშვნელოვან ნაწილად აღიქვამენ. სოფლის ექიმების უმრავლესობა მიიჩნევდა, რომ სტიმული ძალიან მცირე იყო, ფინანსური ბონუსები კი დამამცირებელი და პროფესიული ღირებულებებისა და ღირსების შემლახველი. (Tao 2015) კერძო პროვაიდერებთან გაფორმებული ე.წ. „წამლები შედეგებისთვის“ კონტრაქტების შეფასებისას, აღმოჩნდა, რომ პროფესიონალიზმი, პრესტიჟი და რეპუტაცია ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორები იყო (იხილეთ Lonroth – ცხრილი 1): სახელმწიფო მხარდაჭერის ან აკრედიტაციის მქონე პროგრამის ფარგლებში დასაქმება ჯანდაცვის მუშაკისთვის მოტივაციას წარმოადგენს.
- 2. ფინანსური სტიმულის დანერგვის შემთხვევაში, გადაწყვეტილების მიმღებმა პირებმა და დამფინანსებლებმა უნდა გაითვალისწინონ:**
  - ა. ტუბერკულოზის გამოვლენასა და მკურნალობაში ჩართული პერსონალის სრული ქსელი სამიზნე ჯგუფის განსაზღვრის მიზნით**

ტაივანში, ტუბერკულოზის შედეგზე დაფუძნებული პროგრამები, განკურნების უფრო მაღალი დონის მიღწევის თვალსაზრისით, შესადარის, შედეგზე არ-დაფუძნებულ პროგრამებთან შედარებით წარმატებულად შეფასდა. ასევე აღინიშნა ტუბერკულოზის მართვაში მონაწილე პირთა შორის გაუმჯობესებული კოორდინაციის პროცესი. საავადმყოფოების, პაციენტის და პერსონალის კოორდინატორებისა და კერძო კლინიკების სტიმულირებით ტაივანის ჯანდაცვის დაზღვევის ეროვნულმა ბიურომ ტუბერკულოზის გამოვლენის დონე - 30%-ით, ხოლო განკურნების დონე - 20%-ით გაზარდა. (Li, 2010 წ.) თუმცა მნიშვნელოვანია, რომ გრძელვადიანმა პროგრამამ მხოლოდ კონკრეტული ქცევითი ცვლილებები წახალისა: მიუხედავად იმისა, რომ კოორდინატორებს თემებში შემდგომი საგანმანათლებლო და განმარტებითი კამპანიების წარმოება შეეძლოთ, ასეთი საქმიანობისთვის პირდაპირი ანაზღაურება არ იყო გათვალისწინებული. შედეგად, კოორდინატორებმა არ გააგრძელეს აღნიშნული აქტივობები.

## **ბ. სამედიცინო პერსონალის შემოსავლის სახეები და შესაბამისი ოდენობები ინსენტივის ეფექტიანად ბალანსირებისთვის**

პროვაიდერების „კომპლექსური ანაზღაურების“ გაგება ძალიან მნიშვნელოვანია იმის აღსაქმელად, თუ რა პრობლემის წინაშე დგანან პროვაიდერები გადაწყვეტილების მიღებისას და როგორ რეაგირებენ ისინი ინსენტივზე. (Bertone & Witter 2015.) მაგალითად, ჩინეთში განხორციელებული FIDELIS პროექტის ფარგლებში სხვადასხვა ტიპის სამედიცინო პერსონალის სტიმულირება მოხდა, თუმცა ქვეყნის მასშტაბით ამას შესადარის ჯგუფებთან შედარებისას თითქმის არანაირი შედეგი არ ჰქონია. სქემის ფარგლებში, ცალკეული ექიმები და სოფლის ხელმძღვანელები იღებდნენ ფინანსურ ინსენტივს დადებითი ნაცხის მქონე ახალი პაციენტების რეფერალისთვის (\$3) ან თემებში უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობისთვის (\$8), თუმცა ამან რეალური სარგებელი არ მოიტანა. (Yao 2008) კითხვაზე, თუ რატომ არ შეიცვალა პროვაიდერის ქცევა, პირები აღნიშნავდნენ, რომ მიმდინარე ანაზღაურების სტრუქტურის გათვალისწინებით, გაცემული ინსენტივი საკმარისი არ იყო ე.ი. სოფლის პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტის მკურნალობის გაგრძელებით და ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკური მომსახურებისთვის მიმართვის მიცემის გადადებით, სოფლის ექიმები უფრო მეტ სარგებელს იღებდნენ, ვიდრე ფინანსური ინსენტივით.



## დასკვნა

ჩვენ მიერ მოწოდებული მონაცემები სიფრთხილით უნდა განიმარტოს: მიმოხილული კვლევების უმეტესობაში არ ჩანს თუ რატომ დაინერგა შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემა ალტერნატიული სტრატეგიების სანაცვლოდ, რამდენი სქემა იყო შემუშავებული (მაგ., მკაფიოდ არ ჩანს, თუ რატომ წარმოადგენდა კონკრეტული პროვაიდერის სპეციფიკური ქცევები სამიზნეს, რის საფუძველზე დაწესდა სარგებლის გადახდისა და შედეგიანობის ზღვარი) ან რამდენად მდგრადია ასეთი პროგრამები დროთა განმავლობაში (მაგ., რა ხარჯებს გულისხმობდა შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსება სისტემისთვის და რა ხანგძლივობით ხორციელდებოდა პროგრამები?). სქემის შეფასებები მხოლოდ მცირე ინფორმაციას მოიცავდა შესადარისი ჯგუფების საქმიანობის ძირითადი შედეგების შესახებ: როგორც კანგოვი და სხვ. მიუთითებენ, მაგალითად, შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემების სამიზნეს შეიძლება ზოგჯერ ყველაზე „ქმედითუნარიანი“ პროვაიდერები წარმოადგენდნენ, რაც სქემის მაღალი წარმატების შესახებ მცდარ წარმოდგენას იძლევა.

ტუბერკულოზის სფეროში პერსონალზე ორიენტირებული შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების ინტერვენციების გავლენასა და სტრუქტურის შესახებ მტკიცებულებათა ბაზა მწირია, თუმცა არსებული მონაცემების მიხედვით, ასეთ ინტერვენციას შეუძლია როგორც შემთხვევების გამოვლენის და განკურნების/მკურნალობის დონის გაუმჯობესება, ისე მკურნალობის შეწყვეტის დონის შემცირება. აუცილებელი პირობა არის რაციონალური და კონტექსტის შესაბამისი სქემა: განხილული კვლევების თანახმად, გადაწყვეტილების მიმღებ პირებს ტუბერკულოზის მკურნალობის კომპლექსური სისტემის და მასში ჩართული სხვადასხვა აგენტებისა და ქცევის ცვლილებაზე გავლენის მქონე სამოტივაციო ფაქტორების შესახებ უფრო დეტალური ცოდნა ესაჭიროებათ.

ცხრილი 1: მტკიცებულების შეჯამება

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემის სახე	სამიზნე პერსონალი	შეთავაზებული ინსენტივების მაგალითები	შეფასება და შედეგი	სქემის დიზაინსა და სქემების გავლენის შეფასებებზე შენიშვნები	ბიბლიოგრაფია
<b>ჯანდაცვის სისტემის ერთი დონისთვის გათვალისწინებული ფინანსური და არაფინანსური სტიმული</b>	პაციენტები და ექთნები, რომლებიც მონაწილეობას იღებენ ტუბერკულოზის პირველადი შემთხვევების გამოვლენასა და უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის (DOTS) მიწოდებაში	ფინანსური სტიმული გათვალისწინებული იყო დაფინანსების სქემებში მონაწილე, თემზე დაფუძნებული უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის პროვაიდერებისთვის (თემის ზედამხედველები უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობას აკონტროლებდნენ) აზიასა და აფრიკაში. ფინანსური სტიმულის გარდა, პროვაიდერებისთვის გათვალისწინებული იყო უფრო გამოცდილ პერსონალთან რეგისტრაციის რუტინული ღონისძიებები, მომსახურების მიწოდების მონიტორინგის მექანიზმები (რუტინული და შერჩევითი კონტროლი)	კანგოვი (2009 წ.): განხორციელებული 24 პროგრამის ფარგლებში, რომლებშიც მონაწილეობას თემზე დაფუძნებული, უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის პროვაიდერები იღებდნენ - ფინანსურ სტიმულს 19 სთავაზობდა: მტკიცებულების მიხედვით, სქემამ გაზარდა მკურნალობის წარმატების დონე და შეამცირა მკურნალობის შეწყვეტის დონე. სხვაობა არ არის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი.	კანგოვის (2009 წ.) სქემები და პროგრამები (n=19), რომლებიც ფინანსური სტიმულის უზრუნველყოფას ითვალისწინებდნენ, შესადარისი პროგრამებისგან საგრძობლად განსხვავდებოდა: კერძოდ, აღნიშნული პროგრამების ფარგლებში, ექიმი დიდი რაოდენობით პაციენტებს მოემსახურა; გარდა ამისა, საწყის ეტაპზე გაწეული მომსახურება უფრო კომპლექსური იყო.	Kangovi et al, 2009: A classification and meta-analysis of community based directly observed therapy programmes for TB treatment in developing countries

<p><b>სისტემის მრავალი დონისთვის გათვალისწინებული ფინანსური სტიმული: შერეული - მიკრო, მეზო და მაკრო</b></p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის დონეზე რეფერალში, შემდგომ დაკვირვებასა ან უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის (DOTS) ზედამხედველობაში მონაწილე პაციენტები და ექთნები/ექიმები; რეგიონალური თუ ეროვნული კოორდინატორები და შემთხვევის მართვის მენეჯერები</p>	<p>მაგ., ვეი (2009 წ.) აღნიშნავს როგორ განხორციელდა ჩინეთში FIDELIS პროექტი: პროექტის ფარგლებში შერჩეულ ტუბერკულოზით დაავადებულ „ღარიბ“ პაციენტებს \$1-ს სთავაზობდნენ დისპანსერში ვიზიტისთვის ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასადგენად. პროექტის ფარგლებში ექიმებისთვის და სოფლის ხელმძღვანელებისთვის დამატებითი სტიმული იყო გათვალისწინებული: \$3 - იმ ექიმებისთვის, რომლებიც ტუბერკულოზის დისპანსერში დადებითი ნაცხის მქონე პაციენტს გაგზავნიდა, \$8 - სოფლის ექიმებისთვის ტუბერკულოზზე დადებითი ნაცხის მქონე პაციენტის ექვსთვიან მკურნალობაზე დაკვირვებისთვის და \$1 - სოფლის ხელმძღვანელისთვის ადგილობრივ სოფლებში</p>	<p>ჩინეთში ჩატარებული სამი კვლევის მიხედვით, FIDELIS წამახალისებელ პროგრამას (იან 2008 წ., ვეი 2009 წ.) და შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების ეროვნულ სქემას ნულოვანიდან მინიმალური გავლენა (ტაო 2013 წ.) ჰქონდა. დროთა განმავლობაში ინტერვენციის ჯგუფებში გაიზარდა შემთხვევის გამოვლენის და მომსახურების გამოყენების მაჩვენებელი, მაგრამ საკონტროლო ჯგუფებთან შედარებით მნიშვნელოვანი ზრდა არ დაფიქსირებულა. სქემები წარუმატებლად იქნა მიჩნეული.</p>	<p>ჩინეთში შედეგზე დაფუძნებული სქემების „წარუმატებლობასთან“ დაკავშირებით რამდენიმე პრობლემა აღინიშნა: 1) ფინანსური სტიმული არაადეკვატურად იქნა მიჩნეული, ვინაიდან ჯანდაცვის პროვაიდერები (ექიმები აღნიშნავდნენ, რომ ქცევის ცვლილებაზე გავლენის მოსახდენად, მათი მოლოდინით, ფინანსური სტიმული 4-ჯერ მეტი უნდა ყოფილიყო, განსაკუთრებით კერძო პროვაიდერების შემთხვევაში, რადგან მათ მოუწევდათ მომსახურება ძველებურად გაეგრძელებინათ, მაგრამ მზარდი სარგებელი მიეღოთ 2) შეთავაზებული სქემები მართვასთან დაკავშირებულ მითითებებს არ მოიცავდა: მაგ.: ერთ შემთხვევაში, ექიმებს ფინანსური სტიმულის უზრუნველსაყოფად პაციენტების სოციალურ- ეკონომიკური სტატუსისა და მოწყვლადობის შეფასება სთხოვეს, თუმცა არ მიუთითეს როგორ - საკუთრივ ექიმების სტიმულის სტრუქტურაც (მაგ., რა სპეციალობის უნდა იყვნენ/არ უნდა იყვნენ ისინი სტიმულის მისაღებად) არ იყო მკაფიოდ განსაზღვრული; 3) ექიმების მოტივაცია არასწორად იქნა გაგებული სტიმულირების მენეჯერების მიერ: მაგ.: ფინანსური</p>	<p>Yao et al (2008) Evaluating the effects of providing financial incentives to tuberculosis patients and health providers in China.</p> <p>Tao et al (2013) Motivating health workers for the provision of directly observed treatment to TB patients in rural China: does cash incentive work? A qualitative study</p> <p>Wei et al (2009) Why financial incentives did not reach the poor tuberculosis patients? A qualitative study of a Fidelis funded project in Shanxi, China</p>
---	---	---	---	---	--

ცოდნის  
გავრცელებისთვის.

სტიმული პროფესიული ღირსების  
შელახვად მიიჩნეოდა და ამის გამო  
ექიმების მხრიდან ნდობა  
დაიკარგა.

მაგ., ლი (2010 წ.) მოკლედ  
მიმოიხილავს ტაივანში  
გამოყენებულ სქემას,  
რომელიც ფინანსური  
სტიმულის ოდენობას  
ტუბერკულოზის  
მკურნალობის  
სხვადასხვა ეტაპის  
მიღწევისთვის მიღებულ  
ქულების მიხედვით  
განსაზღვრავს: პირველი  
თვეების განმავლობაში  
მკურნალობის  
კონტროლისთვის (1-3  
თვე) კლინიკა ღებულობს  
4900 ქულას, ექიმები -  
500-ს (250-ს თითოეულ  
გამოვლენილ  
შემთხვევაზე), ხოლო  
შემთხვევის მენეჯერი -  
1500-ს (ტუბერკულოზის  
100-ზე მეტი შემთხვევის  
მქონე თითოეულ  
საავადმყოფოს უნდა  
ჰყოლოდა შემთხვევის  
მენეჯერი პაციენტის  
შემდგომი დაკვირვებისა  
და მომსახურების  
მიწოდების  
კოორდინირებისთვის).  
მეორე ეტაპის

ტაივანში  
ჩატარებული  
რამდენიმე კვლევის  
მიხედვით, (ლი, 2010  
წ. ცაი 2010 წ. ლო 2015  
წ. და ლი 2015 წ.),  
შედეგზე  
დაფუძნებული  
დაფინანსების  
პროგრამა ზრდის  
შემთხვევათა  
გამოვლენის  
მაჩვენებელს,  
ამცირებს  
მკურნალობის  
შეწყვეტის  
მაჩვენებელს და  
ზრდის განკურნების  
შემთხვევების  
მაჩვენებელს.  
მიღებული შედეგები  
სტატისტიკურად  
მნიშვნელოვანია -  
(0.05) - ხოლო  
ჩატარებული  
შეფასებითი  
კვლევების ხარისხი  
ზომიერიდან  
მაღლის ფარგლებში  
მერყეობს  
(რეტროსპექტული

ტაივანის ფარგლებში ჩატარებული  
კვლევები ხაზს უსვამს, რომ  
შედეგზე დაფუძნებული  
დაფინანსების წარმატებულობას  
სქემის რაციონალური დიზაინი  
განაპირობებდა: ტუბერკულოზის  
გამოვლენისა და მკურნალობის  
ციკლის ფარგლებში რამდენიმე  
აგენტის სტიმულირების  
საშუალებით, ჯანდაცვის  
პროვაიდერები მათი ქცევის  
კოორდინირებით და უკეთესი  
გამოსავლის უზრუნველყოფით  
მიღებულ სარგებელს აღიქვამდნენ.  
მიუხედავად იმისა, რომ  
შემთხვევის მენეჯერები ამ  
კოორდინაციის როლის ნაწილს  
ასრულებენ, ცაი და სხვ. (2010 წ.)  
მიუთითებენ, რომ შემთხვევის  
მენეჯერები უფულვებელყოფდნენ  
მკურნალობის გამოსავლის  
გაუმჯობესების სხვა მეთოდებს  
(მაგ., პაციენტისთვის შემდგომი  
განათლების მიწოდება), რადგან  
ასეთი სტრატეგიები არ არის  
დაკავშირებული შემდგომ  
ფინანსურ ანაზღაურებასთან.

Tsai et al. (2010) Effects of  
pay for performance system  
on tuberculosis default cases  
control and treatment  
  
Li et al. (2010) Effects of pay  
for performance on TB  
treatment in Taiwan  
  
Lee et al. (2015) Using  
financial incentives to  
improve the care of TB  
patients  
  
Lo et al. (2015) Does  
enhanced diabetes  
management reduce the risk  
and improve the outcome of  
tuberculosis?

<p>განმავლობაში (4-6 თვე) საავადმყოფო ღებულობდა 2900 ქულას, ექიმი - 1000-ს (განკურნების შემთხვევაში) და 1500 განკუთვნილი იყო შემთხვევის მენეჯერებისთვის. მესამე ეტაპის განმავლობაში (7-9 თვე), საავადმყოფოები ღებულობდნენ 5250 ქულას და დამატებით 1950-ს განკურნების შემთხვევაში; ექიმი მიიღებდა 1000 ქულას განკურნების შემთხვევაში, ხოლო შემთხვევის მენეჯერი თვეში 500 ქულას ერთიანი ერთჯერადი გადახდის სახით; მეოთხე ეტაპზე (9-12 თვე) ექიმი მიიღებდა 1000 ქულას განკურნების შემთხვევაში, ხოლო შემთხვევის მენეჯერები - 500-ს თვეში ერთიანი ერთჯერადი გადახდის სახით.</p>	<p>კვლევები ორი ამ მეთი ჯგუფის შედარებით რელევანტურია). კვლევების ფარგლებში სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებებს განკურნების უფრო დაბალი მაჩვენებლები ჰქონდა (სავარაუდოდ, „როგორც მოსალოდნელი იყო“, რადგან ასეთ სამედიცინო დაწესებულებებს ძირითადად რთულ შემთხვევებთან აქვთ საქმე); სახელმწიფო დაწესებულებებს კერძო დაწესებულებებზე უკეთესი მაჩვენებლები ჰქონდათ (განსაკუთრებით განკურნების მაჩვენებლები), მაგრამ ეს სახელმწიფო დაწესებულებებში ადრე</p>
--	---

განხორციელებული  
ინვესტიციებისა და  
ტუბერკულოზის  
მართვის  
გაძლიერების ხარჯზე  
უფრო მოხდა.  
გამოყენებული  
რესურსის  
გათვალისწინებით,  
ლიი და სხვ. (2015 წ.)  
აღნიშნავენ, რომ  
შედეგზე  
დაფუძნებული  
დაფინანსების  
პროგრამებში  
მონაწილე  
პაციენტების  
განკურნებაზე  
ჯანდაცვის სისტემას  
შედარებით ნაკლები  
ხარჯების გაწევა  
უწევს, ვიდრე მათზე  
რომლებიც ამ  
სქემებში არ იღებდნენ  
მონაწილეობას  
(პაციენტების ეს  
უკანასკნელი  
კატეგორია უფრო  
ჰოსპიტალიზაციის  
მომსახურებას  
საჭიროებდა  
მკურნალობის  
შეწყვეტის  
გაზრდილი დონის  
გამო).

<p>სისტემის მრავალი დონისთვის გათვალისწინებული ფინანსური სტიმული: შერეული - მიკრო, მეზო და მაკრო</p>	<p>მაგ., გადახდა დამოკიდებული იყო შემდეგზე: ჩატარებული დიაგნოსტიკური ტესტების რაოდენობა (ჩეხეთის რესპუბლიკა), კონკრეტულ ტერიტორიებზე არსებული სამიზნე ჯგუფი (მაგ., ბოლივიაში თითოეულ სოფელში განკურნებულ პაციენტთა %, საგანმანათლებლო სესიებისა და სახლში ვიზიტების რაოდენობა).</p>	<p>ინტენსიური კვლევების მიხედვით, ფინანსური სტიმული ზრდის გამოვლენისა და განკურნების მაჩვენებლებს დროთა განმავლობაში და შესადარის ჯგუფებთან შედარებით.</p>	<p>რთულია გამოვლენისა და მკურნალობის მაჩვენებლების ზრდა მხოლოდ ფინანსურ სტიმულს მიაწერო: მრავალ გარემოში, ფინანსური სტიმულის უზრუნველყოფა უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის (DOTS) პირობების გაუმჯობესებასთან ან სხვა ღონისძიებებთან ერთად კომბინაციაში ხდება - მიღებული მონაცემები დიდად არის დამოკიდებული სქემის დიზაინზე. ძირითადად, ფინანსური სტიმულის შევსება არაფინანსური სტიმულით ხდება: მაგ., ხდება მატერიალური პაკეტების (საკვები პროდუქტების ულუფა), ტრეინინგის ან ზედამხედველობისა და ეროვნული ორგანოების მიერ აკრედიტაციის შეთავაზება. ასეთ შემთხვევებში შეიძლება არასწორი სტიმული იყოს წარმოდგენილი: მაგ., კამბოჯაში, სადაც პროვაიდერები საკვები პროდუქტების ულუფის მისაღებად მკურნალობის ბარათებს იყენებდნენ.</p>	<p>Evidence as summarized by Beith, Eichler and Weil (2007): Performance-Based Incentives for Health: A Way to Improve Tuberculosis Detection and Treatment Completion?</p>
<p>სისტემის მრავალი დონისთვის გათვალისწინებული არაფინანსური ინსენტივი</p>	<p>სამკურნალო საშუალებების უზრუნველყოფა ხდება ტუბერკულოზის წარმატებული მართვისთვის და იმ კერძო</p>	<p>ლონროთმა და სხვ. 2006 წ. შეისწავლეს ე.წ. „წამლები შედეგებისთვის“ კონტრაქტების გამოყენება ტუბერკულოზის</p>	<p>ლონროთისა და სხვ. (2006 წ.) მიერ აზიაში შესწავლილი 15 პროგრამის მიხედვით, გამოვლენისა და წარმატებით მკურნალობის მაჩვენებლები გაიზარდა. ავტორები გვაფრთხილებენ, რომ ასეთი პროგრამების წარმატებისთვის,</p>	<p>Lönnroth K., M. Uplekar, L Blanc. “Hard gains through soft contracts: productive engagement of private providers in TB control.” Bulletin of the World</p>

პროვაიდერებისთვის, რომლებიც ტუბერკულოზის მკურნალობის ეროვნულ გაიდლაინებს ასრულებენ.

მკურნალობის წარმატებისა და მკურნალობის ხარისხის განსაზღვრის მიზნით. ამ მოდელის გამოყენებით, სამთავრობო თუ არასამთავრობო ორგანიზაციები კერძო პროვაიდერებზე სამკურნალო საშუალებებს უფასოდ ან სუბსიდირებული განაკვეთით გასცემენ, თუ ექიმები მკურნალობის, რეფერალის და ანგარიშგების ეროვნულ გაიდლაინებს ასრულებენ და წამლებს პაციენტებზე საფასურის გადადის გარეშე ანაწილებენ.

სტიმულის მიცემის და ხელშეკრულების გაფორმების რამდენიმე „რბილი“ ასპექტი უნდა იქნეს განხილული: 1) ყველა მხარემ უნდა დაიწყოს ტუბერკულოზის პროგრამების შესრულების მონიტორინგი; 2) მკაფიოდ უნდა განისაზღვროს მკურნალობის ეროვნული გაიდლაინების ან აკრედიტაციის სქემების შესრულების რეპუტაციული სტიმულები; 3) შეიძლება საჭირო გახდეს არაფინანსური სტიმულის შეთავაზება სახელმწიფო თუ არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ (მაგ., ტრენინგი) და 4) მონიტორინგისა და შეფასების სააგენტოები ეროვნული პროგრამების მეთვალყურეობისა და აუდიტისთვის საჭირო მართვის შესაძლებლობებით უნდა იყვნენ აღჭურვილი.

Health Organization (2006): 84: 876-883.



## **დედოფალ მარგარეტის უნივერსიტეტი**

### *იდეების და ცვლილებების უნივერსიტეტი*

დედოფალ მარგარეტის უნივერსიტეტი სტუდენტებს კეთილგანწყობილ და მეგობრულ გარემოს სთავაზობს, თეორიული და პრაქტიკული განათლების ბალანსირებული პროგრამით სტუდენტებს წარმატებული კარიერის შექმნის საშუალება ეძლევათ. მაღალი ხარისხის სწავლების გარდა, ჩვენ ცნობილი ვართ კვლევითა და ცოდნის გაზიარებით, რომელიც როგორც წესი საზოგადოებისთვის მნიშვნელოვან საკითხებზე აკეთებს აქცენტს. ჩვენ გაქვს ფართოდ აღიარებული ექსპერტიზა ისეთ სფეროებში, როგორიცაა: ჯანმრთელობა და რეაბილიტაცია, ბიზნესი, კულტურა და კრეატივი.

## **საერთაშორისო ფონდი კურაციოს შესახებ**

### *უკეთესი ჯანდაცვის სისტემებისთვის*

საერთაშორისო ფონდი კურაციო ისწრაფის შექმნას უკეთესი ჯანდაცვა სფეროს სისტემური გამართვის გზით. ჩვენი საქმიანობა სამ ძირითად ღირებულებას ეყრდნობა: ვითვალისწინებთ საჭიროებებს, ვეყრდნობით წარსულის წარმატებულ გამოცდილებას, ვპოულობთ ინოვაციურ, ვითარებაზე მორგებულ გამოსავალს. ამ ღირებულებებით, დაარსებიდან დღემდე კურაციომ 150-ზე მეტი პროექტი განახორციელა მსოფლიო მასშტაბით.