

მარტი 12, 2021 წელი

პასუხი სამინისტროს კომენტარებზე

კომენტარები ჯანდაცვის ბარომეტრის 14 ტალის შედეგებზე

9 მარტი, 2021

ქალბატონო ეკატერინე და ძვირფასო კოლეგებო,

მადლობას მოგახსენებთ მოწოდებული კომენტარებისთვის და თქვენი წერილის ტექსტში ავასახეთ ჩვენი მოსაზრებები და გამოქვეყნებამდე პრეზენტაციაში გასათვალისწინებელი რედაქციული ცვლილებები.

პატივისცემით,

მკვლევართა ჯგუფის სახელით

გიორგი გოცაძე

პ.ს. სიმარტივისთვის თქვენი წერილის ტექსტი წარმოჩენილია იტალიკით და ჩვენი პასუხი განსხვავებული ფონტით

ძირითად მიგნებებში გამოტანილია: “ტარიფების დაფიქსირება საფრთხეს უქმნის სექტორის ფინანსურ სტაბილურობას, მომსახურების ხარისხს, და პაციენტების ფინანსურ დაცულობას, ვინაიდან ტარიფები არ ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურების მზარდ თვითღირებულებას და ხარისხის კონტროლის მექანიზმები არ არსებობს.”

კომენტარი: ტარიფი დღესაც ფიქსირებულია და თანაც არაერთგვაროვანი (520 ით განსაზღვრული მიმართულებების გარდა). ტარიფის დაფიქსირება არ არის ამოცანა, ამოცანაა ერთიანი სატარიფო პოლიტიკის დანერგვა საყოველთაო პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებებში. ტარიფიკაცია არ გამორიცხავს სამედიცინო მომსახურების მზარდი თვითღირებულების გათვალისწინებას. ხარისხის კონტროლის მექანიზმები გასამართია.

აგტორთა პასუხი: ჩვენთვის ცნობილია, რომ ტარიფები დღემდეც ფიქსირებული იყო მიმწოდებლებისთვის. თუმცა, ასევე ცნობილია, რომ გასული წლების მანძილზე ბევრი საჭარო მსჯელობაც წარიმართა იმის თაობაზე, რომ სახელმწიფოს მხრიდან არ ხდებოდა ამ ტარიფების კორექტირება. ანუ კანონმდებლობის-რეგულირების დონეზე არ იყო განსაზღვრული ტარიფების კორექტირების პერიოდულობა და მექანიზმი. მივესალმებით ერთიან სატარიფო პოლიტიკას, თუ მარეგულირებელი აქტით წინასწარ განსაზღვრული იქნება კორექტირების წესები და პერიოდულობა. ასევე დავძენთ რომ სასურველი იქნება თუ კორექტირების მეთოდოლოგია და პერიოდულობა, სანამ დამტკიცდება, გამოქვეყნდება საჭარო სივრცეში და განხილული იქნება დაინტერესებულ მხარეებთან. ჩვენს ანალიზში სწორედ ამიტომ წარმოვანიხეთ სამედიცინო სერვისის ის წილი, რომელიც პირდაპირ არის დაკავშირებული სავალუტო კურსთან (როგორც შესაძლო კორექტირების ერთ-ერთი ფაქტორი). თუმცა, ეს სექტორისთვის საშუალო მაჩვენებელია და მაღალტექნოლოგიური სერვისებისთვის, სადაც კომპლექსური აპარატურა

გამოიყენება, ვალუტაზე მიბმული ღირებულების წილი გაცილებით მაღალია. ამიტომ საშუალო მაჩვენებლის გამოყენება მიგვაჩნია, რომ ეკონომიკურად შეიძლება არ იყოს გამართლებული.

520 დადგენილებასთან ერთად აუცილებლად არის გასატარებელი შემდეგი ღონისძიებები, რათა მომსახურების ხარისხს და პაციენტების ფინანსურ დაცულობას საფრთხე არ შეექმნას: ა) პროგრამაში მონაწილე პროვაიდერების სელექციის მკაცრი კრიტერიუმების შემუშავება;

ბ) ხარისხის კონტროლის ქმედითი მექანიზმების შემუშავება, რათა პაციენტი არ დაზარალდეს ფინანსურად ან დაბალი ხარისხის მომსახურებით.

აგტორთა პასუხი: სრულიად ვეთანხმებით და ვიზიარებთ სამინისტროს პოზიციას, რომ ამ კუთხით რეფორმა უნდა იყოს მრავალკომპონენტიანი და ეს მიმართულებები ერთობლივად/პარარელურად უნდა დაინერგოს.

ანალიზი 520 დადგენილების ტარიფებს პირდაპირ განიხილავს, როგორც დეფიციტურს და უკავშირებს ათასგვარ რისკებს. ტარიფიკაციის პროცესის მიზანი არ არის თანხების ავტომატურად შემცირება, არამედ რეალურ დანახარჯებთან მიახლოვებული ტარიფის დადგენა.

ანალიზის მიგნება: შემცირებული ტარიფებით გამოწვეულ დანაკარგს სამედიცინო დაწესებულებების ნაწილი სავარაუდოდ ჭარბი ან არასაკმარის მომსახურების გაწევით დააბალანსებს, რაც ჯიბიდან გადახდების მოცულობას გაზრდის და მძიმე ტვირთად დააწვება პაციენტებს.

კომენტარი: 520 დადგენილებით შეიცვალა ინტენსიური თერაპიის, რეანიმაციის და კარდიოქირურგიის ტარიფები - ზოგიერთი კლინიკისთვის ტარიფი გაიზარდა, ზოგიერთისთვის შემცირდა. ანალიზი იკითხება ისე, რომ ახალი ტარიფის დადგენა აუცილებლად ნიშნავს ტარიფის შემცირებას.

აგტორთა პასუხი: ჩვენს მიერ 520 დადგენილების ირგვლივ ჩატარებული ანალიზი წარმოაჩენს რომ ჯამური ფისკალური ეფექტი სექტორისთვის "დეფიციტური" იქნება. ანალიზისას გათვალისწინებულია, რომ ზოგიერთი კლინიკისთვის ტარიფი გაიზარდა, ზოგიერთისთვის შემცირდა, მაგრამ ჯამურად სექტორისთვის (თუ მოხმარება არ შეიცვალა) ფისკალური ეფექტი იქნება ნეგატიური, რაც სავარაუდოდ რისკის შემცველია და ჩვენი ვალდებულებაა რომ რისკის ეს ელემენტიც წარმოვაჩინოთ. ამ რისკის მინიმიზაცია ალბათ შესაძლებელია (ა) ერთის მხრივ დანახარჯების და მათი სტრუქტურის უფრო დეტალური ანალიზით და ტარიფის დანახარჯებთან უფრო მჭიდრო დაახლოვებით (ბ) მეორეს მხრივ, ტარიფის მაკორექტირებელი ფაქტორების და პერიოდულობის დადგენით, რაზეც ზემოთ გვაქვს საუბარი.

ანალიზის მიგნება: სამედიცინო დაწესებულებების ახალი სტანდარტები (2020-21 წლებში) მნიშვნელოვან საინვესტიციო სახსრებს მოითხოვს, რამაც შესაძლოა გაზარდოს სექტორის დავალიანება და გააუარესოს მათი გადახდისუნარიანობა.

კომენტარი: სამედიცინო დაწესებულების ახალი სტანდარტები მიმართულია 1) ინფექციის კონტროლის ან 2) სერვისის ხარისხის გაუმჯობესებისკენ მაგ. კარდიოქირურგია. ყველა

კლინიკა ვერ შეძლებს ახალი სტანდარტის მიღწევას, ამიტომ გაუმართლებელი ინვესტიციის ნაცვლად კლინიკამ უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება სერვისის პროვიდის შეცვლის თაობაზე. მაგ; კარდიოქირურგიის ამდენი მიმწოდებელი კიდევ მეტად აღრმავებს ფრაგმენტაციას და არაეფექტურია.

აგტორთა პასუხი: თუ ნებას მოგვცემთ, ამ საკითხის განხილვისას, გავითვალისწინებთ სამინისტროს პოზიციას და რედაქციულ ცვლილებას შევიტანთ სლაიდებში. თუმცა, მიგვაჩნია რომ კარგი იქნება, თუ სელექტიური კონტრაქტირების ირგვლივ სახელმწიფოს მიდგომა უფრო ცხადი და საჭარო იქნება იმპლემენტაციამდე სულ მცირე 6-12 თვით ადრე, რაც სერვისის მიმწოდებლებს საინვესტიციო გადაწყვეტილებების მიღებაში დაეხმარება.

ზოგადი კომენტარები:

მთავარ პრობლემას არა 520 დადგენილებაა, როგორც პრეზენტაციაში არის მითებული, არამედ სექტორში არსებული ჭარბი სიმძლავრეები. მითითებულია, რომ საწოლების დატვირთვის მაჩვენებელი შეადგენს სულ რაღაც 49%, რაც მკვეთრად ჩამორჩება ევროკავშირის (77%) და დსთ-ს (83%). დაბალი დატვირთვა ბუნებრივია იქვეს შემოსავლების შემცირებას და ხარჯების 100% პირობებში, ერთის მხრივ წმინდა მოგების შემცირებას და მეორეს მხრივ ჯანდაცვის სექტორის საბანკო ვალდებულებების ზრდას. ასევე გასათვალისწინებელია, თუ რამდენად სწორად და მიზანშეწონილად არის საბანკო ვალდებულებები გამოყენებული სამედიცინო დაწესებულებების საინვესტიციო საქმიანობაში. 2019-2020 წლებში სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული ინფრასტრუქტურის და ტექნიკური აღჭურვილობის შემოწმებამ ნათლად გამოაშკარავა დაწესებულებებში არსებული ხარვეზები ინვესტირების და რეინვესტირების კუთხით;

იმ პირობებში როდესაც ჯანდაცვის სექტორის ტოპ-3 მოთამაშეზე მოდის შემოსავლების 27.1% და ჰოსპიტალიზაციების 30.9%, ხოლო დანარჩენი მოთამაშეები ინდივიდუალურად ბაზრის 3%-ზე ნაკლებ წილს იკავებენ, როგორც შემოსავლების, ისე ჰოსპიტალიზაციების მიხედვით და ამასთან, ჰოსპიტალური დაწესებულებების 60% ჯამურად ბაზრის მხოლოდ 10.9%-იან წილი უკავიათ, მნიშვნელოვანია ძალისხმევა მიმართულ იქნას ჯანდაცვის სექტორის მონაწილეების გამსხვილებაზე, ხარჯების ოპტიმიზაციაზე და მათ ეფექტურ მართვაზე.

აგტორთა პასუხი: შევეცდებით პრეზენტაციაში აქცენტი უფრო მეტად სექტორის ფრაგმენტულობაზე და ჭარბ/აუთვისებელ სიმძლავრეებზე და აქედან გამომდინარე გაუარესებულ ფინანსურ მაჩვენებლებზე გადავიტანოთ. თუმცა, მიგვაჩნია რომ 520-ის მოსალოდნელ ფისკალურ ეფექტს, როგორც დამატებით რისკ ფაქტორს სხვა ფაქტორებთან ერთად, ალბათ ვერ გავეცევით. როგორც ანალიზიდან ჩანს სექტორის სტაბილურობა რამოდენიმე გამონგვევის წინაშე დგას და პოლიტიკის ფორმირებისას ამ გამონგვევების ერთობლიობაა აუცილებლად გასათვალისწინებელი.

ანალიზის პერიოდი ზოგიერთი მიგნებისთვის არის 2019 წლის ჩათვლით, ზოგიერთისთვის 2020 წელსაც მოიცავს. ვფიქრობ უკეთესი იქნებოდა ერთიანი პერიოდის განხილვა ყველა მიგნებისთვის.

აგტორთა პასუხი: ობიექტური მიზეზების გამო და ჩვენდა სამწუხაროდ, ზოგი მონაცემი მხოლოდ 2019 წლის არსებობს და ზოგი 2020-ის ჩათვლით. ვიფიქრეთ რომ ყველა 2019 წლით წარმოგვეჩინა, თუმცა ამ შემთხვევაში ვერ ვისაუბრებდით სახელმწიფო

დავალიანების იმ მნიშვნელოვან შემცირებაზე, რომელიც 2020 წელს მოხდა, რაც მნიშვნელოვანი მიღწევა იყო. სწორედ ამიტომ ჩავთვალეთ საჭიროდ წარმოგვეჩინა 2020 წლის მონაცემებიც, რომელიც ამავე დროს ბაზრის ბევრ მოთამაშეს უახლეს ინფორმაციას მიაწვდიდა იმ ნაწილში, სადაც ამგვარი ინფორმაცია ხელმისაწვდომია.