

ხარჯების გაუმჯობესების ინსტრუმენტები სამედიცინო მომსახურებაში

მაია ქიმერიძე
სტუ-ს დოქტორანტი

რეზიუმე

სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა, ფინანსური რისკებისგან დაცვა და მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების თანაბარი, სამართლიანი მიწოდება წარმოადგენს ჩვენი ქვეყნის უმთავრეს პრიორიტეტს. მოსახლეობისთვის მაქსიმალურად ხელმისაწვდომი, განვითარებული და მისი პრობლემების გადაწყვეტაზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება დაკავშირებულია სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯების მნიშვნელოვან ზრდასთან. წარმოდგენილ სტატიაში განხილულია ფინანსური დაგეგმვისა და რესურსების განაწილების ხარჯთეფექტიანი მექანიზმი - ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელი DIAGNOSIS RELATED GROUP (DRG), რომელიც საქართველოში 2022 წლის პირველი ნოემბრიდან ამოქმედდა.

საკვანძო სიტყვები: მოსახლეობის საყოველთაო ჯანდაცვა, ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, თანაგადახდა, (DRG) – მსგავსი დიაგნოზის შემთხვევების დაჯგუფება.

COST IMPROVEMENT TOOLS IN MEDICAL CARE

Maia Kimeridze
Phd student of GTU

RESUME

Universal coverage of the population with medical services, protection from financial risks, and the equitable provision of high-quality healthcare services are the primary objectives of our nation. Establishing a healthcare system that is as accessible as possible to the population, well-developed, and dedicated to addressing their healthcare needs is associated with a substantial increase in state budget expenditures. This article presents an efficient mechanism for financial planning and resource allocation, namely the Diagnosis-Related Group (DRG) health system financing model. This model was implemented in Georgia on November 1, 2022.

Keywords: Universal healthcare for the population, financial and geographical access, co-payment, DIAGNOSIS RELATED GROUP (DRG).

* * *

ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდის ერთ-ერთი უმ-

თავრესი მიზეზი ფასების ინფლაციაა. Trading Economics-ის მონაცემებით, 2022 წლის ბოლოს დაფიქსირებული ინფლაციის დონით საქართველო მსოფლიოში 76-ე ადგილზეა. ინფლაციური პროცესების ზრდას ხელი შეუწყო პანდემიამ. ამას დაემატა რუსეთ-უკრაინის ომი. მნიშვნელოვნად გაიზარდა ფასები ენერგომატარებლებზე. ინფლაცია ძალიან რთული პრობლემა აღმოჩნდა მთელი მსოფლიოსთვის და აისახა ჯანდაცვის სექტორის ხარჯებზეც.

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამამ გაზარდა მოსახლეობის ფინანსურ ხელმისაწვდომობა, მაგრამ ისევ პრობლემად დარჩა ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების დიდი წილი, პირველადი ჯანდაცვის არასათანადო განვითარება, სამედიცინო პერსონალის არათანაბარი განაწილება და დაბალი ანაზღაურება. აღნიშნულმა პრობლემებმა ჯანდაცვის სისტემა მორიგი გამოწვევების წინაშე დააყენა. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და რესურსების ეფექტიანად გამოყენების მიზნით, საჭირო გახდა ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების ეფექტურ მოდელზე გადასვლა.

DRG-ის დაფინანსების მოდელი 1970-იან წლებში იელის უნივერსიტეტში რობერტ პეტერმა და ჯონ ტომპსონმა შეიმუშავეს. მოდელი ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის სისტემაში 1980-იანი წლებიდან დაინერგა. 1990-იანი წლებიდან კი DRG-ის დაფინანსების მოდელი ევროპის ქვეყნებში ამოქმედდა. დღეს უკვე DRG-ის მსოფლიოს განვითარებული ქვეყნები ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების საუკეთესო ვერსიად მიიჩნევენ, რადგან სახელმწიფო ფინანსური რესურსების ეფექტიან ხარჯვას და პაციენტის ინტერესებზე მორგებულ სამედიცინო მომსახურებას უზრუნველყოფს.

1980-იან წლებამდე მთელ მსოფლიოში საავადმყოფოები ფინანსდებოდნენ ინდივიდუალურად, ფაქტიური, წინასწარ განუსაზღვრელი ხარჯების მიხედვით, რაც კატასტროფულად ზრდიდა ჯანდაცვის ხარჯებს. პრობლემის გადაჭრის მიზნით, 1983 წელს რეიგანის ადმინისტრაციამ შემოიღო იელის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ეკონომისტების მიერ შეთავაზებული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით საავადმყოფოს დაფინანსების მეთოდი. იელის უნივერსიტეტში გაანალიზებულ იქნა რამდენიმე შტატის 170 საავადმყოფოს 700 000 დაავადების

ისტორია. დიაგნოზით მსგავსი დაავადებები (მაგალითად, სასუნთქი სისტემის დაავადებები, ან გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები) გაერთიანებულ იქნა ერთ ნოზოლოგიურ ჯგუფში. თითოეული ჯგუფისთვის განისაზღვრა აუცილებელი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების მოცულობა, თანმხლები დაავადებები, ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა და ღირებულება. ფაქტიური ხარჯების საფუძველზე დადგინდა თითოეული ნოზოლოგიური ჯგუფის საშუალო ხარჯი. მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი ფართოდ დაინერგა ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში.

დღეისათვის DRG-ის დაფინანსების მოდელი ხარჯების შეკავების სათანადო მექანიზმს წარმოადგენს, რომელიც ბიუჯეტის უფრო ეფექტიანად მართვის საშუალებას იძლევა. **DIAGNOSIS RELATED GROUP (DRG)** არის სტაციონარული შემთხვევების ტიპების კლასიფიკაცია ჯგუფებად, რომლებიც დიაგნოზით მსგავსია და შესაბამისად მოსალოდნელია, რომ მსგავს რესურსებს იყენებდნენ. დაჯგუფებები ეფუძნება დიაგნოზებს. შესაძლებელია დაფუძნდეს პროცედურებზე, ასაკზე, სქესზე, გართულებების ან თანმხლები დაავადებების არსებობაზე.

მსგავსი დიაგნოზის შემთხვევების დაჯგუფება ხდება NordDRG Grouper პროგრამით. განისაზღვრება საბაზისო ტარიფი და თითოეული ჯგუფის ღირებულებითი წონა. საქართველოში თითოეული DRG ჯგუფისთვის ღირებულებითი წონების (COST WEIGHT) განსაზღვრა ხორციელდება კომბინირებული მეთოდით, კერძოდ:

ლატვიური წონები ენიჭება DRG ჯგუფებს, რომლის ფარგლებშიც დაფიქსირებული შემთხვევათა რაოდენობა 100-ზე ნაკლებია;

ქართული წონები ენიჭება DRG ჯგუფებს, რომლის ფარგლებშიც დაფიქსირებული შემთხვევათა ფასების ვარიაბელობის მაჩვენებელი კარგია ($cv \leq 0,5$);

ლატვიური ან ქართული წონები ზოგიერთ შემთხვევებზე სამუშაო ჯგუფის / ექსპერტული მოსაზრების გათვალისწინებით;

შემთხვევის საბაზისო ტარიფი (BASE RATE) განისაზღვრება ფორმულით:

$$\text{საბაზისო ტარიფი} = \frac{\{\text{მომგებიანი სამ.დანესებულებების ჯამური შემოსავალი სტატ. სერვისებზე/შემთხვევების ჯამური რაოდენობა}\} \times \text{ინფლაციის ინდექსი}}$$

2022 წელს შემთხვევის საბაზისო ტარიფი (BASE RATE) განისაზღვრა **1959.89** ლარით (ინფლაციის

კოეფიციენტის და კვების თანხის გათვალისწინებით). სტაციონარული შემთხვევები დაჯგუფდა 608 DRG ჯგუფად და 26 ძირითად დიაგნოსტიკურ კატეგორიად. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დღეს 5000-ზე მეტი კოდის, კოდის კომბინაციის დამუშავება და ადმინისტრირება ხორციელდება.

რომელ ჯგუფში მოხდება პაციენტი, ადამიანზე არაა დამოკიდებული. კლინიკა აგზავნის მონაცემებს დიაგნოზის, თანმხლები დაავადების შესახებ და შემდეგ უკვე ხელოვნური ინტელექტი თავისი ალგორითმით იცვლის, რომელ DRG ჯგუფში „ჩავარდება“ ეს კონკრეტული შემთხვევა. მაგალითად, კლინიკამ თუ ჩაატარა ქოლესტეროლქოცია, ანუ დიაგნოზი არის ნალვლის ბუშტის ანთება, ეს შემთხვევა ჩავარდება კონკრეტულ ჯგუფში, რომლის ღირებულება პირობითად შეიძლება იყოს 1500 ლარი. მაგრამ თუ თანხმდები დიაგნოზი ასევე არის ღიაბეტი ან გულის უკმარისობა, ეს კომბინაცია ჩავარდება სხვა ჯგუფში და იქნება სხვა ფასი. ანუ, ქოლესტეროლქოცია ერთ შემთხვევაში შეიძლება 1000 ლარი ღირდეს, მეორე შემთხვევაში — 2500 ლარი, რადგან გართულებული შემთხვევა უფრო „ძვირიან ჯგუფში“ ხვდება.

კლინიკაში DRG ჯგუფის რა შემთხვევები დაგროვდება არ არის ცნობილი. შესაბამისად, კლინიკა წინასწარ ვერ განსაზღვრავს ბიუჯეტი მთლიანობაში შემცირდება თუ გაიზრდება. თუ სტატისტიკურად ერთი და იგივე ჩარევით უფრო მსუბუქი, დაბალფასიანი ჯგუფის შემთხვევები დაგროვდა თვის განმავლობაში, ბიუჯეტი იქნება უფრო ნაკლები.

DRG მოდელზე გადასვლამ გამოიწვია ცვლილება პაციენტისთვისაც. დღემდე კლინიკას პაციენტისთვის შეეძლო მოეთხოვა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით განსაზღვრული თანაგადახდის გარდა, დამატებით თანხა VIP ოთახის, უკეთესი სერვისის თუ ექიმის ჰონორარის დაფინანსების სახით. დღეს კლინიკას ამის მოთხოვნის უფლება აღარ ექნება. პაციენტს შეუძლია აირჩიოს კონკრეტული კლინიკა ხარისხით, მდებარეობით, ექიმის მიხედვით - ფასი ყველგან ერთი და იგივე იქნება.

დასკვნა

სხვადასხვა ქვეყნებში ჩატარებულმა კვლევებმა დაადასტურა, რომ მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის გამოყენებით

მნიშვნელოვნად შემცირდა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა. სამედიცინო დანესებულება და პერსონალი ანაზღაურებას ღებულობს მხოლოდ დადგენილი სტანდარტის მიხედვით. შესაბამისად, მას არ აქვს პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივების მოტივაცია. ზედმეტ დღეებზე

არავინ გადაუხდის. დაყოვნების გახანგრძლივება მისთვის ეკონომიკურად წამგებიანია;

გაიზარდა ქირურგიული დაავადებების შედარებით მსუბუქი ფორმების საავადმყოფოში მკურნალობის ნაცვლად ამბულატორიაში მკურნალობის შესაძლებლობა;

რადგან დაფინანსება ხორციელდება ნოზოლოგიური სტანდარტების წინასწარ დადგენილი ფასების მიხედვით, ხარჯები პროგნოზირებადი გახდა;

გამართივდა საავადმყოფოს მიერ წარმოდგენილი მოთხოვნების დამუშავება (ანგარიშსწორების სიმარტივე);

საავადმყოფოების ეფექტური საქმიანობისა და მკურნალობის ვადების შემცირების შედეგად, შემცირდა არაეფექტურად მოქმედი სტაციონარების შენახვის ხარჯები, რამაც, თავის მხრივ, ხელი შეუწყო სტაციონარული მომსახურების ხარისხის ამაღლებას.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Belli, P., Gotsadze, G., Shahriari, H (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. Health Policy. 70: 109 – 123.
2. HEALTH FINANCING STRATEGY: A REFERENCE GUIDE. WHO. HEALTH FINANCING GUIDANCE NO. 3. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254757/9789241512107-eng.pdf?sequence=1&ua=1>
3. Bochorishvili E., Peradze N., (2020). Georgia's Healthcare Sector. Galt & Taggart. <https://galtandtaggart.com/upload/reports/18868.p>
4. Chanturidze T., Ugulava T., Duran A., Richardson E (2009): Georgia: Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies
5. Виттер С; Енсор Т. (2002). Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Уорк, ВБ: Центр Экономики Здравоохранения Университет Уорка. ჯანდაცვაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა 205
6. Шейман И.М (2001). Экономика Здравоохранения. Москва: ТЕИС.
7. გამყრელიძე ა, გოგინაშვილი ქ (2004). ჯანმრთელობა, როგორც ეკონომიკური კატეგორია. მაკრო მიკრო ეკონომიკა. 9(82), 36-41
8. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2010-2022). ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები. თბილისი, საქართველო.
9. ვერულავა თ. DRG – ქართული ჯანდაცვის სისტემაში. თბილისის უნივერსიტეტი 21.11.2022 <https://tsu.media/drg-jandacva/>
10. ივლია ონიანი, ნონა ახვლედიანი „მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ზოგიერთი სტატისტიკური მაჩვენებლები საქართველოში“ თბილისი, საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი, ჟურნალი ბიზნეს-ინჟინერინგი 2021წ, N3-4, გვ.158