

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დანერგვის ეფექტი ჯანდაცვის სისტემაში

თამარ ჩალაძე
სტუდენტ-დოქტორანტი

რეზიუმე

სტატიაში განხილულია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დანერგვის ეფექტი ჯანდაცვის სისტემაში, როგორც ხარჯების შემცირების მექანიზმი. DRG პირველად შემუშავდა 1970-იან წლებში იელის უნივერსიტეტში, რომელიც მიზნად ისახავს საავადმყოფოების დაფინანსების სისტემის გადახედვას, რაც გულისხმობს ფიქსირებული თანხების გადახდას პაციენტის დიაგნოზის საფუძველზე. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული დაფინანსების სისტემა ზრდის გამჭვირვალობას და ამცირებს კლინიკაში დაყოვნების ხანგრძლივობას, ისინი ასევე ქმნიან გამოწვევებს, როგორიცაა პაციენტების ადრე განთავსება, რაც შესაძლოა უარყოფითად აისახოს ხარისხზე. გლობალურად, ჯანდაცვის ხარჯები მნიშვნელოვნად გაიზარდა და პროგნოზირებულია, რომ 2030 წლისთვის 11 ტრილიონ აშშ დოლარამდე მიაღწევს. დოკუმენტი ხაზს უსვამს DRG სისტემის საჭიროებას, მონიტორინგის სისტემების დანერგვის მნიშვნელობას, რათა უზრუნველყოს მაღალი ხარისხის მომსახურება ჯანდაცვაზე განუხლებელ დანახარჯების შემცირების პარალელურად.

საკვანძო სიტყვა: ჯანდაცვის ხარჯების შეკავება (შემცირება), დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები, გლობალური ჯანდაცვის ტენდენციები, ეფექტურობა და გამჭვირვალობა.

EFFECTS OF IMPLEMENTING DRGS (DIAGNOSIS-RELATED GROUPS) IN THE HEALTH CARE SYSTEM

Tamar Chaladze
PhD student of GTU

RESUME

The document examines cost containment in healthcare, focusing on the implementation of Diagnosis-Related Groups (s) as a key financing mechanism. Originating from Yale research in the 1970s, DRGs shifted payment from per diem to fixed amounts based on patient diagnoses, aiming to enhance efficiency and accountability. The first DRG system was adopted in New Jersey in 1980, followed by a national Medicare system in 1983. While DRGs have improved transparency and reduced hospital stays, they also present challenges, such as incentivizing early discharges that may compromise care quality.

Global health spending has risen significantly, with projections indicating an increase from \$7.9 trillion in 2017 to \$11 trillion by 2030. The document emphasizes the need for careful implementation of DRG systems tailored to local contexts to ensure effective cost control without sacrificing service quality.

Keywords: Cost Containment, Diagnosis-Related Groups (DRG), Global Health Trends, Healthcare Spending, Efficiency and Transparency.

* * * *

ჯანდაცვის სისტემის მთავარი გამოწვევაა ხარჯების შეკავება, რომელიც მიზნად ისახავს უზრუნველყოს ხელმისაწვდომ ფასად მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება. ბევრ ქვეყანაში ერთერთ მზგავს მექანიზმს, რომელიც ხელს უწყობს ეფექტური სამედიცინო მომსახურების მიღებას, წარმოადგენს გადახდის სისტემა, რომელიც დაფუძნებულია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების სისტემასთან.

1970 წელს იელის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის მკვლევარებმა დახმარება სთხოვეს იელის ადმინისტრაციულ მეცნიერებათა სკოლას ჯანდაცვის სისტემაში არსებული აქტუალური პრობლემის გადასაჭრელად: „როგორ შეიძლება სამრეწველო ოპერაციების კვლევის მეთოდების ადაპტირება და გამოყენება ჰოსპიტალურ ინდუსტრიაში ღირებულებისა და ხარისხის კონტროლისთვის?“ ამდროისთვის უკვე არსებობდა მწვავე საჭიროება საავადმყოფოებისთვის გადახდის ისტორიული მეთოდის ცვლილების. დღიური გადახდები იყო დაფუძნებული პაციენტის დღიურ ხარჯზე, სადაც არ ხდებოდა პაციენტის დიფერენცირებადავადების მიხედვით. კითხვაზე „რა არის საავადმყოფოს ნამდვილი პროდუქტი?“ პასუხის გასაცემად დაიწყო რევოლუცია ჯანდაცვის სფეროში, რომლის ფუძემდებლად ითვლება იელის უნივერსიტეტი. იელის მკვლევარების ფუნდამენტური გამოწვევა იყო საავადმყოფოს „პროდუქტის“ განსაზღვრა. იმისათვის, რომ სისტემაყოფილიყო ხარისხის კონტროლის აპრობირებულ მეთოდებთან შესაბამისობაში, მას უნდა დაეკმაყოფილებინა რამდენიმე კრიტერიუმი: უნდა ყოფილიყო აღწერილი კავშირი პაციენტის მოვლის კლინიკურ და ფინანსურ ასპექტებს შორის,ყოფილიყო სტატისტიკურად სტაბილური და პროგნოზირებადი. პირველი DRG სისტემის გამოყენება მოხდა ამე-

რიკის შეერთებულ შტატებში, ნიუ ჯერსის შტატში 1980 წელს. ხოლო ფედერალური მთავრობის მიერ Medicare-ისთვის (სახელმწიფო დაზღვევა) ნაციონალურ დონეზე, DRG სისტემის გამოყენება განხორციელდა 1983 წელს. ინდუსტრიული სამყაროს დიდმა ნაწილმა DRG-ის სისტემის დანერგვა განახორციელა მომდევნო 15 წლის განმავლობაში. ზოგადად მიჩნეულია, რომ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG) აკონტროლებენ სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ ხარჯებს. უფრო მეტიც -DRG-ები ასევე ემსახურება სხვა ჯანდაცვის მიზნებს, როგორიცაა: ანგარიშვალდებულება მოლოდინების დასაკმაყოფილებლად ან ხარისხიანი სერვისის მიწოდება. DRG-სისტემის ეფექტურობის შესაფასებლად ჩატარებულ იქნა კვლევები, შესწავლილ იქნა მკურნალობის ხარისხის შეფასება რეჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის გათვალისწინებით და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების მიხედვით. დიაგნოსტიკასთან დაკავშირებული გადახდა ეფუძნება ფიქსირებულ გადახდას თითო პაციენტზე, რომელიც დაკავშირებულია პაციენტის ძირითად დიაგნოზთან.

პაციენტების კლასიფიცირება-შემთხვევები, როგორც წესი, კლასიფიცირებულია კლინიკური მონაცემების (მაგ., დიაგნოზი, პროცედურები), დემოგრაფიული მონაცემების (ანუ ასაკი, სქესი) და რესურსების მოხმარების მონაცემების (ანუ ხარჯები, ყოფნის ხანგრძლივობა) საფუძველზე.

ანაზღაურების განაკვეთების გაანგარიშება- DRG სისტემების კონტექსტში, ტერმინი “მონაცემთა ნიმუში” გამოიყენება საავადმყოფოების შერჩეული რაოდენობის აღსანერად, საიდანაც გროვდება და ერთიანდება სანდო ხარჯების მონაცემები. შემდგომში, მონაცემთა დამუშავებაზე პასუხისმგებელი ორგანო ითვლის DRG წონით კოეფიციენტს, DRG ფასებს ან/და ანაზღაურების ტარიფების კორექტირების ფაქტორებს, ცალკეული საავადმყოფოების სტრუქტურაში არსებული განსხვავებების მიხედვით. სანამ ამ გამოთვლებს განახორციელებენ, ზოგიერთი მონაცემთა დამუშავების ორგანო ახდენს მონაცემთა ხარისხის კორექტირებას. ბოლო წლებში ჯანდაცვის ხარჯები გაიზარდა უმეტეს ქვეყნებში 2000 წლიდან 2015 წლამდე ჯანდაცვის მსოფლიო ხარჯების საშუალო წლიური ზრდის ტემპი 4.0% იყო; თუმცა მსოფლიო ეკონომიკის საშუალო წლიური ზრდის ტემპი 2.8% იყო. ხარჯების შეკავება მთელ მსოფლიოში მთავარ გამოწვევად იქცა. სტაციონარული მოვლის ხარჯები ჯანდაცვის ხარჯების ყველაზე დიდი კომპონენტია, ამიტომ ხარჯების შეკავების ტვირთი სულ უფრო მეტად გადადის ჰოსპიტალიზებული პაციენტების მიერ განეული ხარჯების შეკავებაზე. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) გადახდა სულ უფრო ხშირად გამოიყენება მთელ მსოფლიოში საავადმყოფოების ანაზღაურებისთვის სამედიცინო ხარჯების ზრდის საპასუხოდ, რაც ანაცვლებს ადრე

არსებულ ხარჯებზე დაფუძნებულ გადახდას. DRG-ზე დაფუძნებულ გადახდის სისტემებში საავადმყოფოები იღებენ წინასწარ განსაზღვრულ ფიქსირებულ თანხას. ხარჯებზე დაფუძნებულ ანაზღაურებასთან შედარებით, DRG-ზე დაფუძნებული გადახდა იყო შემოთავაზებული ჰოსპიტალური მოვლის გამოყენების შესამცირებლად. ჯანდაცვის ხარჯები (ევროპის კომისია, 2017 წ.). ევროკომისიამ შეიმუშავა და დააფინანსა კვლევითი პროექტი 2009-2011 წლებში, რომელიც ცნობილია როგორც Euro-DRG. იგი ფოკუსირებული იყო DRG-ზე დაფუძნებული ჰოსპიტალური გადახდის ეროვნული სისტემების ანალიზზე ხარისხობრივი და რაოდენობრივი კვლევის მეთოდების გამოყენებით. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 12 ქვეყანამ, და მათ გამოიყენეს DRG-ზე დაფუძნებული საავადმყოფოს გადახდის სისტემის 2 ძირითადი მოდელი. კერძოდ, ეს DRG-ზე დაფუძნებული საავადმყოფოს გადახდის სისტემები იყო. DRG-ზე დაფუძნებული გადახდის სისტემები (ესტონეთში, ინგლისში, ფინეთში, საფრანგეთში, გერმანიაში, პოლონეთში, ნიდერლანდებსა და შვედეთში) და DRG-ზე დაფუძნებული ბიუჯეტის განაწილების სისტემები (ავსტრიაში, ირლანდიაში, პორტუგალიასა და ესპანეთში). 1990-იანი წლების შუა პერიოდიდან 2008 წლამდე ბევრ ქვეყანაში შემცირდა ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებში. კერძოდ, კლება აჩვენეს საფრანგეთში და დიდმა ბრიტანეთმა 18.1%-ით და 42.5%-ით შესაბამისად 1995-2008 წლებში, ხოლო სკანდინავიის ქვეყნებში და ირლანდიამ აჩვენა გადაუდებელი დახმარების განყოფილების მცირედი შემცირება, დაწყებული 2.6%-დან ესტონეთში 7,2%-მდე ირლანდიაში. თუმცა ავსტრიამ დაჰოლანდიაში აჩვენა გადაუდებელი დახმარების განყოფილების დატვირთვის ზრდა შესაბამისად 22% და 15%-ით.

სხვადასხვა გადახდის სისტემას აქვს სხვადასხვა ძლიერი და სუსტი მხარეები სხვადასხვა მიზნებისთვის. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფის (DRG) გადახდის სისტემები შემუშავდა საავადმყოფოების დაფინანსების ეფექტურობისა და გამჭვირვალობის გასაზრდელად. DRG გადახდის სისტემის სარგებელი აისახება გაზრდილ ეფექტურობაში და გამჭვირვალობაში და დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობის შემცირებაში. DRG-ის მინუსი არის ფინანსური ნახალისება საავადმყოფოდან ადრე განერითვის, რაც პოტენციურად დააზარალებს პაციენტის მოვლას. ზოგჯერ ასეთი პოლიტიკა სრულად არ შეესაბამება კლინიკური სარგებლის პრიორიტეტებს. ეს მიდგომა მიზნად ისახავს გააკონტროლოს ჯანდაცვის ხარჯები ხარისხიანი მოვლის შენარჩუნებით. DRG-ზე დაფუძნებულ გადახდებზე გადასვლა მოტივირებული იყო ჯანდაცვის უფრო პროგნოზირებადი ხარჯებისა და რესურსების გაუმჯობესებული განაწილების საჭიროებით. სხვადასხვა ქვეყნიდან მიღებული გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ წარმატებული გა-

ნხორციელება მოითხოვს ლოკალური კონტექსტის გულდასმით განხილვას, ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის ადეკვატურ ტრენინგს და მძლავრი მონიტორინგის სისტემებს, რათა უზრუნველყოფილ იყოს მაღალი ხარისხის მომსახურება ხარჯების კონტროლის მცდელობებთან ერთად. ჯანდაცვაზე დახარჯული თანხები ბოლო წლებში გლობალურად იზრდება. პროგნოზირებულია ხარჯების ზრდა 7.9 ტრილიონი აშშ დოლარიდან 2017 წელს 11.0 ტრილიონ აშშ დოლარამდე 2030 წელს. გამოქვეყნებული დასკვნები იუწყება, რომ გლობალური სამედიცინო მიწოდებისა და მოთხოვნის აბსოლუტური წილი სულ უფრო მეტად მოდის აზია-წყნარი ოკეანის რეგიონიდან, გარდა ამისა, დაბალი შემოსავლებისა და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნები განიცდიან მდგრადობის კრიზისს ჯანდაცვის ხარჯების ძირითადი მოდელების გამო. თუმცა, ჯიბიდან გადახდების (OOP) შემცირება შეიძლება ეფექტური იყოს ერთ სულ მოსახლეზე ჯანმრთელობის დანახარჯების გასაუმჯობესებლად. ჩატარებულმა კვლევებმა ვერ იპოვა ძლიერი მტკიცებულება ხარისხის ინდიკატორებში ცვლილებების შესახებ, როგორცაა საავადმყოფოში სიკვდილიანობის ან რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები.

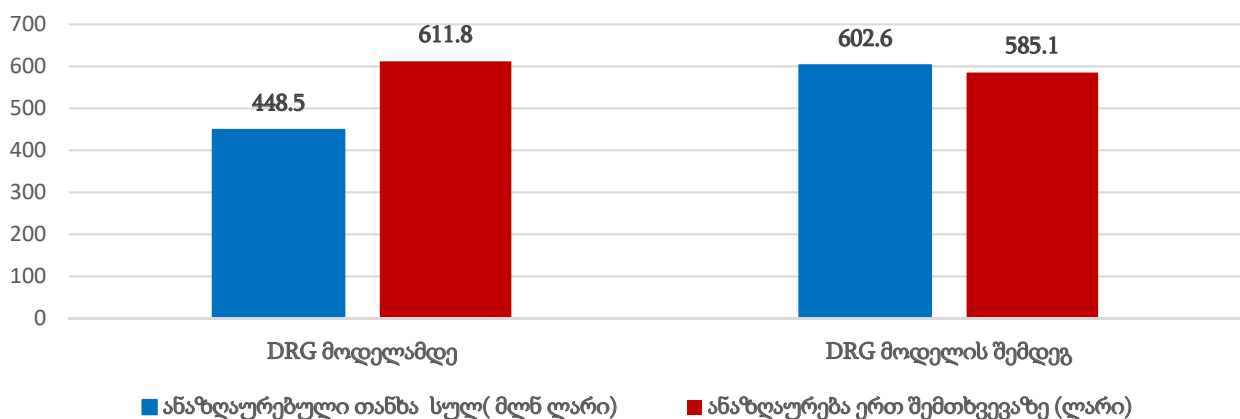
სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით საქართველოში 2013 წლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც 2022 წელს შეიცვალა და გეგმიური და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურებებისთვის დაინერგა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მოდელი. ქართული DRG მოდელი დაფუძნებულია ლატვიური მოდელის მაგალითზე, რომელიც Nord DRG-ის სისტემას იყენებს ნოზოლოგიების დაჯგუფებისთვის. აღნიშნული მოდელი ვრცელდება ყველა სამედიცინო დაწესებულებაზე, რომელიც მონაწილეობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, DRG მოდელი დაფუძნებულია ICD-10/NCSP კოდებზე. ტარიფი არ იცვლება სხვადასხვა კლინიკების მიხედვით, რაც საშუალებას იძლევა უკეთ

გაკონტროლდეს საავადმყოფო ხარჯები. საბაზისო ტარიფის გამოსათვლელად გამოყენებულ იქნა ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს 2019 წლის მონაცემებით კლინიკებისათვის სტაციონარულ სერვისებზე ანაზღაურებული თანხები. ფასების განსაზღვრა ხდება რეტროსპექტული ანალიზის საფუძველზე. კონკრეტულად, წარსულში სტაციონარული შემთხვევების ერთეულზე საშუალო ფასის ინფლაციაზე ინდექსირებით და მთლიან სამედიცინო დანახარჯებში ამა თუ იმ დიაგნოზთა ჯგუფის წონის ნამრავლით. ამ პრინციპით, 2022 წლისთვის ერთეულ სამედიცინო შემთხვევაზე საბაზისო ტარიფი განისაზღვრა 1959.9 ლარის ოდენობით.

2023 წლის 25 აპრილს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შევიდა ცვლილება DRG-ის დაფინანსების სისტემასთან მიმართებაში თანაგადახდისთან კუთხით, დაწესდა მაქსიმალური ზღვარი, ვინაიდან აღნიშნული მოდელის დანერგვის შემდეგ გაიზარდა თანაგადახდის წილი მოსახლეობისთვის და გადაუდებელი შემთხვევების დროს დაწესდა დამატებითი გადასახადი. სამედიცინო დაწესებულებებს არ აქვთ უფლება ბენეფიციარებს მოსთხოვონ დამატებითი გადასახადი (გარდა თანაგადახდისა) რაიმე განსხვავებული სერვისის შეთავაზებით. პაციენტს შეუძლია აირჩიოს სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე ნებისმიერი დაწესებულება, მისი თანაგადახდის წილი ყველგან თანაბარი იქნება (იხ გრაფიკი).

ნოზოლოგიური სტანდარტების გადახედვა იგეგმება პერიოდულად, სტანდარტების ღირებულება უნდა იცვლებოდეს „განახლების ინდექსის“ მიხედვით, რომელიც ითვალისწინებს ისეთ ხარჯებს, როგორცაა ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება, დასაქმებული პერსონალისთვის ხელფასის ზრდა. აღნიშნული მოდელი საქართველოში ჯერ კიდევ დანერგვის პროცესშია, საკმაოდ მწირია სამეცნიერო კვლევები, რაც საშუალებას მოგვცემდა გავაანალიზებინა, რა გავლენა მოახდინა სამედიცინო დაწესებულებების მართვასა და მომსახურების ხარისხზე.

სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსება DRG ამოქმედებამდე და მას შემდეგ



გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ვერულავა თ, ჯორბენაძე ა. პოსპიტალური სექტორის რეფორმა საქართველოში. ეკონომისტი 2022
2. Goldfield, N. (2010). The evolution of diagnosis-related groups (DRGs): from its beginnings in case-mix and resource use theory, to its implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital. *Quality Management in Healthcare*, 19(1), 3-16.
3. (Mayes R. 2007,) (Mayes R. The origins, development, and passage of Medicare's revolutionary prospective payment system. *J Hist Med Allied Sci*. 2007;62(1):21-55.)
4. Goldfield N, Averill R, Fuller R, Vertrees J. A response to the Prometheus proposal—well intended but impossible to implement. *Am J Med Qual*. 2008;23(2):85-89.
5. Health Organisation. The world health report 2000—health systems: improving performance. Geneva: World Health Organisation; 2000.
6. [Averill RF, Muldoon JH, Vertrees JC, Goldfield NI, Mullin RL, Fineran EC, Zhang M, Steinbeck B, Grand T (1998) The evolution of casemix measurement using diagnosis related groups (DRGs) (3M HIS Research Report)]
7. [Canadian Institute for Health Information (2004) Acute care grouping methodologies: from diagnosis related groups to case mix groups redevelopment. Canadian Institute for Health Information, Ottawa
8. [Fetter RB (1991) Diagnosis related groups: understanding hospital performance. *Interfaces* 21(1):6-26
9. Jonas Schreyo gg & Tom Stargardt & Oliver Tiemann & Reinhard Busse, Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries, *Health Care Manage Sci* (2006) 9: 215-223
10. [Baker JJ (2002) Medicare payment system for hospital inpatients: diagnosis-related groups. *J Health Care Finance* 28(3):1-13.
11. (Mohsen Barouni, Leila Ahmadian, Hossein Saberi Anari & Elham Mohsenbeigi) Investigation of the impact of DRG based reimbursement mechanisms on quality of care, capacity utilization, and efficiency- A systematic review.
12. (Zhaolin Menga, Wen Hui b, Yuanyi Cai a, Jiazhou Liua, Huazhang Wua,) The effects of DRGs-based payment compared with cost-based payment on inpatient healthcare utilization: A systematic review and meta-analysis
13. Natasa Mihailovic¹, Sanja Kocic^{1,2}, and Mihajlo Jakovljevic Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care 2016
14. Robert Messerle¹· Jonas Schreyögg Country-level effects of diagnosis-related groups: evidence from Germany's comprehensive reform of hospital payments 2023