



მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მეთოდი და საქართველო

სტატიები / ჯანდაცვა

13 ნოემბერი 2016



ფოტო: თენგიზ ვერულავა

საავადმყოფოს სერვისებზე ხარჯების ზრდა პრობლემაა როგორც საქართველოში, ასევე მთელ მსოფლიოში. ჯანდაცვის ეკონომისტებს ხარჯების შეკავების ერთ-ერთ მექანიზმად მიაჩნიათ საავადმყოფოს დაფინანსების ხარჯ-ეფექტური მეთოდის დანერგვა.

აღიარებული ფაქტია, რომ საავადმყოფოს ხარჯები განსაკუთრებით იზრდება მაშინ როდესაც დამფინანსებელსა (მაგ., ჯანდაცვის სამინისტრო, ან სადაზღვევო კომპანია)

და მიმწოდებელს (საავადმყოფო, ამბულატორია) შორის წინდანინ არ არის დადგენილი სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, ფასი. ასეთ შემთხვევაში უფრო მოსალოდნელია სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის მხრიდან უარყოფითი სტიმულების განვითარება. იგი განპირობებულია სამედიცინო ბაზარზე პაციენტის არასაკმარისი ინფორმირებულობით. პაციენტმა არ იცის რა სამედიცინო მომსახურებას და რა მოცულობით საჭიროებს. იგი მთლიანად, ან ნაწილობრივ დამოკიდებული ხდება ექიმზე. შესაბამისად, ექიმი გვევლინება არამართო სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, არამედ მოთხოვნის განმსაზღვრელიც. ექიმებს, გარდა მკურნალობის ჩატარებისა, გააჩნიათ ეკონომიკური ინტერესები. ისინი შემოსავლების მაქსიმალურად მიღების მიზნით ცდილობენ გაზარდონ შესრულებული სამუშაოს მოცულობა (მაგალითად, პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის გასამართლებლად დაამძიმონ შემთხვევის სირთულე, საჭიროზე მეტ ხანს დააყოვნოს პაციენტი საავადმყოფოში, დაუნიშნოს ძვირადღირებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები). აღნიშნული ქმნის მომსახურების ჭარბი მოცულობით განვების პოტენციურ პირობებს, რაც, თავის მხრივ, ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას განაპირობებს.

1980-იან წლებამდე მთელ მსოფლიოში საავადმყოფოები ფინანსდებოდნენ ფაქტიური, წინასწარ განუსაზღვრელი ხარჯების მიხედვით, ანუ დამფინანსებელი მხარე საავადმყოფოსთან წინდანინ არ ათანხმებდა ჩასატარებელ სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, ფასს. აღნიშნული კატასტროფულად ზრდიდა ჰოსპიტალურ ხარჯებს. ამასთან ერთვოდა ღრმა ეკონომიკური კრიზისი და ჯანდაცვის სფეროში არსებული მზარდი ინფლაცია. 1970-იანი წლების ბოლოს აშშ-ის ყველაზე დიდი სახელმწიფო პროგრამა „მედიქა“ (ასაკოვან ადამიანთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამა) დადგა გარდაუვალი გაკოტრების წინაშე. პრობლემის გადაჭრის მიზნით, 1983 წელს რეიგანის ადმინისტრაციამ შემოიღო იელის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ეკონომისტების მიერ შეთავაზებული მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით (Diagnosis-Related Groups - DRG) საავადმყოფოს დაფინანსების მეთოდი.

იელის უნივერსიტეტში გაანალიზებულ იქნა რამოდენიმე შტატის 170 საავადმყოფოს 700 000 დაავადების ისტორია. დიაგნოზით მსგავსი დაავადებები (მაგალითად, სასუნთქი სისტემის დაავადებები, ან გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები) გაერთიანებულ იქნა ერთ ნობოლოგიურ ჯგუფში. განისაზღვრა თითოეული ჯგუფის აუცილებელი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების მოცულობა, თანმხლები დაავადებები, ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა და ღირებულება. თითოეული დაავადებების (დიაგნოზით მსგავსი) ფაქტიური ხარჯების საფუძველზე დადგინდა თითოეული ნობოლოგიური ჯგუფის საშუალო ხარჯი.

ახალი მეთოდი გულისხმობდა საავადმყოფოს დაფინანსების რადიკალურ რეფორმირებას. საავადმყოფოს მიერ პაციენტზე განხორციელებული მკურნალობის ნებისმიერი, ფაქტობრივი ხარჯის ანაზღაურების ნაცვლად, ახალი მოდელით საავადმყოფოების დაფინანსება ხორციელდებოდა პაციენტების დიაგნოზებზე დაფუძნებული, წინასწარ დადგენილი და განფასებული სამკურნალო სტანდარტების მიხედვით.

დიაგნოზით მსგავსი დაავადებების განფასებისას გათვალისწინებული იყო ქვეყნის გეოგრაფიული დაყოფა (რეგიონი, ქალაქი, რაიონი, სოფელი), სამედიცინო დაწესებულების დონე (ზოგადი პროფილის საავადმყოფო, საუნივერსიტეტო კლინიკა, რეგიონული და ქალაქის საავადმყოფოები), პერსონალის კვალიფიკაცია. თითოეული საავადმყოფოსათვის განისაზღვრა სტანდარტის ღირებულების საშუალო მაჩვენებლიდან გადახრის დონე, რაც სამედიცინო დაწესებულების სპეციფიკურობის (სამედიცინო დახმარების დონე, ხასიათი) მახასიათებელია.

სამედიცინო მომსახურების სპეციფიკურობიდან გამომდინარე, დამატებითი დაფინანსება განისაზღვრა:

- კლინიკური საავადმყოფოებისათვის, სადაც ძვირადღირებული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მეთოდები გამოიყენება;
- ზოგიერთი რაიონების საავადმყოფოებისათვის, რომლებიც სახელმწიფოს მხრიდან გარკვეულ მხარდაჭერას საჭიროებენ;
- ისეთი საავადმყოფოებისათვის, სადაც მკურნალობენ ძვირადღირებულ კატეგორიის პაციენტები (მაგ., მოხუცები).

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფების მიხედვით შეიქმნა დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია (International Classification of Diseases - ICD). ნოზოლოგიური სტანდარტების ღირებულება ყოველწლიურად იცვლება. მისი კორექცია ყოველწლიურად ხორციელდება “განახლების ინდექსის” მიხედვით, რომელიც ითვალისწინებს მომავალი წლის მოსალოდნელ ცვლილებებთან დაკავშირებულ ისეთ ხარჯებს, როგორცაა ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება, დასაქმებული პერსონალის ხელფასის ზრდა. ინდექსს ადგენს ა.შ.შ.-ის ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სამინისტრო.

კვლევები ადასტურებენ, რომ მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის გამოყენებით მნიშვნელოვნად შემცირდა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა, გაიზარდა ქირურგიული დაავადებების შედარებით მსუბუქი ფორმების საავადმყოფოში მკურნალობის ნაცვლად ამბულატორიაში მკურნალობის შესაძლებლობა.

გამოიკვეთა მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის დადებითი მხარეები. კერძოდ, რადგან დაფინანსება ხორციელდება ნოზოლოგიური სტანდარტების წინასწარ დადგენილი ფასების მიხედვით, **ხარჯები პროგნოზირებადია**, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს ხარჯების შემცირებას. გარდა ამისა, რადგან ნოზოლოგიური სტანდარტების ტარიფები წინდანინაა დადგენილი, მარტივდება საავადმყოფოს მიერ წარმოდგენილი მოთხოვნების დამუშავება (**ანგარიშსწორების სიმარტივე**).

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის დადებითი მხარეა **საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირება**. რადგან სამედიცინო დაწესებულება და პერსონალი ანაზღაურებას ღებულობს მხოლოდ დადგენილი სტანდარტის შესაბამისად, მას არ აქვს პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივების მოტივაცია. ასე მაგალითად, თუ მწვავე პნევმონიის მკურნალობისათვის სტანდარტით განსაზღვრულია 7 დღე, საავადმყოფო არ არის დაინტერესებული პაციენტის სტაციონარში დადგენილზე მეტი ხნით დაყოვნებით, რადგან ზედმეტ დღეებზე მას არავინ გადაუხდის. შესაბამისად, დაყოვნების გახანგრძლივება მისთვის ეკონომიკურად წამგებიანია.

დაფინანსების ახალი მეთოდის დადებითი მხარეა **მკურნალობის ინტენსიფიკაციის ზრდა**. განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა: მწვავე პნევმონიის მკურნალობისათვის სტანდარტით განსაზღვრულია 7 დღე, ხოლო პაციენტს მკურნალობისათვის დასჭირდა 5 დღე. იმ შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო დაწესებულებას ანაზღაურება ეძლევა სტანდარტით დადგენილი 7 დღის და არა ფაქტიურად გატარებული 5 დღის მიხედვით, იგი 2 დღის ეკონომიის ხარჯზე ღებულობს მოგებას. აღნიშნულის გამო, სამედიცინო დაწესებულება არ არის დაინტერესებული პაციენტი სტანდარტით განსაზღვრული ვადის დასრულებამდე დააყოვნოს სტაციონარში, რაც მკურნალობის ინტენსიფიკაციის გაზრდას და შესაბამისად ჰოსპიტალიზაციის ვადების შემცირებას უწყობს ხელს. ამგვარად, მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი, საავადმყოფოების ეფექტური საქმიანობისა და მკურნალობის ვადების შემცირების შედეგად, საშუალებას იძლევა შემცირდეს არაეფექტურად მოქმედი სტაციონარების შენახვის ხარჯები, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს სტაციონარული მომსახურების ხარისხის ამაღლებას.

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი ფართოდ დაინერგა ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში: შვეციაში (1985), ფინეთში (1987), პორტუგალიაში (1989), კანადაში (1990), დიდ ბრიტანეთში (1992), ავსტრალიაში (1993), იტალიაში (1995), გერმანიაში (1995), საფრანგეთში (1997), ნიდერლანდებში (2003), იაპონიაში (2003). ევროპის ბევრ ქვეყნებში მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი გამოიყენება საავადმყოფოს გლობალური ბიუჯეტის გათვლისათვის.

როგორც მთავრობის წარმომადგენლები აცხადებენ. საქართველოშიც დაგეგმილია მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის შემოღება. იგი გამოყენებულ იქნება როგორც საავადმყოფოს გლობალური ბიუჯეტის გათვლის საშუალება. აღნიშნული პრაქტიკა ფართოდ არის გავრცელებული ევროპის ქვეყნებში.

ექსპერტებმა მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი აღიარეს როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ინოვაცია, რევოლუციური ცვლილება. ყველაზე უფრო დიდი გარდატეხა მდგომარეობდა იმაში, რომ დაფინანსების ახალმა სისტემამ სრულიად შეცვალა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს (სავადმყოფოები და ექიმები) და დამფინანსებლებს შორის საუკუნეების მანძილზე არსებული პოლიტიკური და ეკონომიკური ძალაუფლების ბალანსი. ჰოსპიტალური ინდუსტრიის საუკუნოვანი ძალაუფლება დაბალანსდა სახელმწიფოს რეგულირების მექანიზმებთან, რაც დადებითად აისახა ხარჯების შეკავებაზე.

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის აკადემიური დოქტორი

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

აკად. გ. ჩაფიძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის ხარისხის მართვის დეპარტამენტის უფროსი