



მთავარი > Georgia Forbes Health >

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) საავადმყოფოს დაფინანსების მეთოდი და 1995 წლის ჯანდაცვის რეფორმები

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) საავადმყოფოს დაფინანსების მეთოდი და 1995 წლის ჯანდაცვის რეფორმები

თენგიზ ვერულავა და ავთანდილ ჯორბენაძე ივლისი 1, 2021 2 კომენტარი



დღეს ბევრს საუბრობენ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (Diagnosis-Related Groups - DRG) საავადმყოფოს დაფინანსების მეთოდზე. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მეთოდის წინამძღვრები, სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები საქართველოში ჯერ კიდევ 1996 წელს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად დაინერგა. ამ მხრივ, საზოგადოებისათვის საინტერესო იქნება სამედიცინო

ეკონომიკური სტანდარტების, როგორც საავადმყოფოს დაფინანსების ხარვეჭეჭტიანი მეთოდის, საქართველოს გამოცდილების გაცნობა.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუჭებით (DRG) დაფინანსების მეთოდი შეჭოჭება მსოფლიოში

1980-იან წლებამდე მთელ მსოფლიოში საავადმყოფოები ფინანსდებოდნენ ფაქტობრივი, წინასწარ განუსაზღვრელი ხარჯების მიხედვით, ანუ დამფინანსებელი მხარე საავადმყოფოსთან წინდაწინ არ ათანხმებდა ჩასატარებელ სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, ფასს. აღნიშნული კატასტროფულად ზრდიდა ჰოსპიტალურ ხარჯებს. ამას თან ერთვოდა ღრმა ეკონომიკური კრიზისი და ჯანდაცვის სფეროში არსებული მზარდი ინფლაცია. 1970-იანი წლების ბოლოს აშშ-ის ყველაზე დიდი სახელმწიფო პროგრამა Medicare (ასაკოვან ადამიანთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამა) გარდაუვალი გაკოტრების წინაშე დადგა. პრობლემის გადაჭრის მიზნით, 1983 წელს რეიგანის ადმინისტრაციამ შემოიღო იელის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ეკონომისტების მიერ შეთავაზებული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუჭებით (Diagnosis-Related Groups - DRG) 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 ჯგუჭში. განისაზღვრა თითოეული ჯგუჭის აუცილებელი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების მოცულობა, თანმხლები დაავადებები, ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა და ღირებულება. თითოეული დაავადების (დიაგნოზით მსგავსი) ფაქტობრივი ხარჯების საფუძველზე დადგინდა თითოეული ნოზოლოგიური ჯგუჭის საშუალო ხარჯი.

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

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუჭების მიხედვით შეიქმნა დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია (International Classification of Diseases - ICD).

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

ამ მხრივ, აღსანიშნავია, რომ 1995 წელს საქართველოში დაწყებული ჯანდაცვის რეფორმის შედეგად სამედიცინო ორგანიზაციების სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით დაფინანსების მოდელის შემოღება, რომელიც ითვალისწინებდა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების პრინციპებს, ესმიანებოდა მსოფლიოში ჯანდაცვის ეკონომიკის სფეროში აღიარებულ უახლოეს მიღწევებს.

სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით დაფინანსების მეთოდის შემოღება საქართველოში

1995 წელს საქართველოში დაწყებული ჯანდაცვის რეფორმის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი გამოწვევა იყო სისტემის ფუნქციონირების ფინანსურად უზრუნველყოფის მექანიზმის შემოღება, რაც დაბალანსებული იქნებოდა ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობასთან. რეფორმის შედეგად რადიკალურად შეიცვალა ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედი ე.წ. საბჭოური ტიპის მკაცრად ცენტრალიზებული, სახელმწიფო დაფინანსების მოდელი. საავადმყოფოების ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება შეიცვალა მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსებით, ახალი სისტემა გულისხმობდა სამედიცინო დაწესებულებისა და ჯანდაცვის მუშაკის საქმიანობის ანაზღაურებას შესრულებული სამუშაოს მოცულობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის ადეკვატურად.

სამედიცინო ორგანიზაციების დაფინანსების ახალი სისტემის შექმნისას არჩევანი შეჩერდა დიაგნოზებზე დაფუძნებული, წინასწარ დადგენილი და განფასებული სამკურნალო სტანდარტების, ე.წ. სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით დაფინანსების მოდელზე, რომელიც ითვალისწინებდა მსოფლიოში აღიარებული ხარჯეფექტიანი მეთოდის, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების პრინციპებს, სადაც დიაგნოზით მსგავსი დაავადებები გაერთიანებულია ერთ ნობოლოგიურ ჯგუფში.

სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების დანერგვას წინ უსწრებდა სამედიცინო პროფესიული ასოციაციების, ექიმების, ეკონომისტების, ჯანდაცვის ექსპერტების, სამედიცინო საზოგადოების გარკვეული წრეების მიერ ამ საკითხის განხილვები, დისკუსიები. მათმა ჩართულობამ დიდად განსაზღვრა რეფორმის მტკივნეული პროცესისადმი ფართო საზოგადოების შედარებით გაგებით დამოკიდებულება. სამედიცინო საზოგადოების მონაწილეობა სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების შემოღების შემდგომაც გრძელდებოდა და პერმანენტული სახე მიიღო.

ჯანდაცვის რეფორმის პირველივე ეტაპზე დაიწყო სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით დაფინანსების მოდელის თანამიმდევრული დანერგვის პროცესი. კერძოდ, დიაგნოზით მსგავსი დაავადებები (მაგალითად, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები) გაერთიანდა ერთ ნობოლოგიურ ჯგუფში. სახელმწიფომ დაადგინა თითოეული ჯგუფის აუცილებელი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების მოცულობა, თანმხლები დაავადებები, ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა. თითოეული დაავადების (დიაგნოზით მსგავსი)

ფაქტობრივი ხარჯების საფუძველზე დადგინდა თითოეული ნოზოლოგიური ჯგუფის საშუალო ხარჯი.

თითოეული სახის სამედიცინო მომსახურება განფასებული იყო წინასწარ განსაზღვრული სტანდარტული სამედიცინო ჩარევის მოცულობის მიხედვით. ამ მომსახურების ფასი დამოკიდებული იყო სამედიცინო პერსონალის მომსახურების ობიექტურად საჭირო მოცულობაზე, დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევების რაოდენობაზე, „საჭირო“ მედიკამენტებისა და სამედიცინო მასალების ღირებულებაზე. ამას გარდა, ამ სტანდარტულ ფასში ასევე შედიოდა გარკვეული არაპირდაპირი ხარჯებიც, რომლებიც დამოკიდებული იყო სტანდარტით განსაზღვრული სრულფასოვანი მკურნალობისათვის საჭირო საწოდებულების რაოდენობაზე. სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით დაფინანსების მეთოდში გათვალისწინებული იყო ქვეყნის გეოგრაფიული დაყოფა (ქალაქი, რაიონი), სამედიცინო დაწესებულების დონე (ზოგადი პროფილის საავადმყოფო, რეგიონული, ქალაქისა და რაიონული საავადმყოფოები).

ამგვარად, სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები აცხადებდა იყო მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდზე (DRG). სამწუხაროდ, შემდგომ პერიოდში სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები ამოღებულ იქნა. სასურველი იქნებოდა, ჯანდაცვის სამინისტროს შეესწავლა სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების საქართველოს გამოცდილება.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მეთოდი უპირატესობები

კვლევებით დასტურდება, რომ მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის გამოყენებით მნიშვნელოვნად მცირდება სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა, იზრდება ქირურგიული დაავადებების შედარებით მსუბუქი ფორმების საავადმყოფოში მკურნალობის ნაცვლად ამბულატორიაში მკურნალობის შესაძლებლობა.

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის დადებითი მხარეა ხარჯების პროგნოზირებადობა. რადგან დაფინანსება ხორციელდება ნოზოლოგიური სტანდარტების წინასწარ დადგენილი ფასების მიხედვით, ხარჯები პროგნოზირებადია, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს ხარჯების შემცირებას.

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის გამოყენებისას მცირდება საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლივობა. რადგან სამედიცინო დაწესებულება და პერსონალი ანაზღაურებას იღებს მხოლოდ დადგენილი სტანდარტის შესაბამისად, მას არა 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 ზედმეტი დღეებისთვის მას არავინ გადაუხდის. შესაბამისად, დაყოვნების გახანგრძლივება მისთვის ეკონომიკურად წაგებიანია.

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 ფაქტობრივად გატარებული 5 დღის მიხედვით, იგი 2 დღის ეკონომიის ხარჯზე იღებს 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 ეფექტიანი საქმიანობისა და მკურნალობის ვადების შემცირების შედეგად, საშუალებას იძლევა, შემცირდეს არაეფექტიანად მოქმედი სტაციონარების შენახვის ხარჯები, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს სტაციონარული მომსახურების ხარისხის ამაღლებას.

სახელმწიფო ხარჯების ზრდის პრობლემა

საავადმყოფოს სერვისებზე ხარჯების ზრდა პრობლემაა როგორც საქართველოში, ასევე მთელ მსოფლიოში. აღიარებული ფაქტია, რომ საავადმყოფოს ხარჯები განსაკუთრებით იზრდება მაშინ, როდესაც დამფინანსებელსა (მაგ., ჯანდაცვის სამინისტრო, ან სადაზღვევო კომპანია) და მიმწოდებელს (საავადმყოფო, ამბულატორია) შორის წინასწარ 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 არა მარტო სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, არამედ მოთხოვნის განმსაზღვრელიც. ექიმებს, გარდა მკურნალობის ჩატარებისა, ეკონომიკური ინტერესები აქვთ. ისინი შემოსავლების მაქსიმალურად მიღების მიზნით ცდილობენ, გაზარდონ შესრულებული სამუშაოს მოცულობა (მაგალითად, პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის გასამართლებლად დაამძიმონ შემთხვევის სირთულე, საჭიროზე მეტ ხანს დააყოვნონ პაციენტი საავადმყოფოში, დაუნიშონ ძვირად ღირებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები). აღნიშნული ქმნის მომსახურების ჭარბი მოცულობით გაწევის პოტენციურ პირობებს, რაც, თავის მხრივ, ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას განაპირობებს.

2013 წლიდან საქართველოში მოქმედებს საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის მიზანია ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა. წლიდან წლამდე იზრდება ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის დანახარჯები 200 მლნ ლარიდან 800 მილიონ ლარამდე, ანუ თითქმის 4-ჯერ გაიზარდა. აღნიშნულის შედეგად მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობა.

ერთი მხრივ, იკვეთება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტის ყოველწლიური ზრდა, მეორე მხრივ, პროგრამის ბიუჯეტი ყოველწლიურად ვადაზე ადრე იწურება. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტში წარმოქმნილმა დეფიციტმა 360 მილიონ ლარზე მეტი შეადგინა. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტის მკვეთრი დეფიციტი საფრთხეს უქმნის პროგრამის მდგრადობას. ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების ზრდის მიუხედავად, მოსახლეობის ჯიბიდან გადახდები ისევ მაღალია. სახელმწიფოს უპრეცედენტო დანახარჯების მიუხედავად, ჯანდაცვის ხარჯებში ჯერ კიდევ დიდი წილი უკავია მოსახლეობის ჯიბიდან გადახდილი თანხების მოცულობას. ბოლო წლების განმავლობაში აღნიშნული მაჩვენებელი 73-დან 55 პროცენტამდე შემცირდა, თუმცა მოსახლეობას ისევ მძიმე ტვირთად აწევს სამედიცინო მომსახურებისა და მედიკამენტებისთვის გადასახდელი თანხები.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფო იხდის ნოზოლოგიის 70, 80, 90 პროცენტს, ხოლო სოციალურად დაუცველი მოქალაქეებისთვის - 100 პროცენტს. დარჩენილ თანხას 30-, 20-, 10-პროცენტიანი თანაგადახდის სახით იხდის პაციენტი. იმის გამო, რომ ყველა კლინიკას თავისი ტარიფი აქვს და სახელმწიფო არ არეგულირებს პაციენტის ჯიბიდან გადასახადის მოცულობას, პაციენტს სხვადასხვა სამედიცინო ორგანიზაციასთან 30-, 20-, 10-პროცენტიანი თანაგადახდა უწევს. ზოგიერთ შემთხვევაში თანაგადახდის მოცულობა სერიოზულ ტვირთად აწევს პაციენტს. აღნიშნული ქმნის სისტემის გამჭვირვალობის პრობლემას. სახელმწიფოს უჭირს, პაციენტს აუხსნას თანაგადახდის ზრდის მიზეზები.

სამედიცინო ორგანიზაციების სისწრაფე

ბოლო ათწლეულში განსაკუთრებით გაიზარდა სამედიცინო ორგანიზაციების რაოდენობა. უნდა ითქვას, რომ პრობლემაა არა თავად რაოდენობის ზრდა, არამედ ის გარემოება, რომ ამ ახლად შექმნილი კლინიკების უმრავლესობის დაფინანსების უმთავრესი წყაროა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა. კლინიკების არასელექციური ჩართვა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში განაპირობებს საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ხარჯების ზრდას და პროგრამით გათვალისწინებული ბიუჯეტის ყოველწლიურ ათეულმილიონიან დეფიციტს.

სტატისტიკური ინფორმაციით, 2011 წლიდან დღემდე კლინიკების რაოდენობა 229-დან 272-მდე გაიზარდა. დღეისათვის საქართველოში 1 მილიონ მოსახლეზე 79 კლინიკა ფუნქციონირებს, რაც ძალიან მაღალი მაჩვენებელია სხვა ქვეყნებთან შედარებით. ჭარბი სამედიცინო ინფრასტრუქტურა ხშირ შემთხვევაში მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებების გათვალისწინების გარეშე იქმნება.

ერთი მხრივ, კლინიკების რაოდენობა მოსახლეობის რიცხვთან მიმართებით ბევრად მაღალია. ამავდროულად, ჭარბი კლინიკების ფონზე არათანაბარია მათი სიმძლავრე და საწოლთა დატვირთვა, რომელიც დღეს მხოლოდ 47%-ს უტოლდება, მაშინ როდესაც საერთაშორისო სტანდარტის შესაბამისად რენტაბელობის მაჩვენებელი მინიმუმ 80% უნდა

იყოს. საწოლთა არასათანადო დატვირთვა ზრდის მომსახურების ხარჯს და ამცირებს ხარისხს, რადგან პატარა კლინიკების განვითარებისა და მაღალტექნოლოგიურ მოწყობილობა-დანადგარებში ინვესტიციების შესაძლებლობა დაბალია. ასევე გასათვალისწინებელია, რომ კლინიკების სიჭარბე ზრდის ადმინისტრაციულ ხარჯებს, რადგან თითოეულ საავადმყოფოს სჭირდება საკუთარი მენეჯერები, დამხმარე პერსონალი... კლინიკების სიჭარბე და დაბალი დატვირთვა ზრდის კომუნალური, ცვეთის და სხვა მსგავს ხარჯებს. ყოველივე ზემოაღნიშნული განაპირობებს მომსახურების ფასის ხელოვნურ გაზრდას.

სამედიცინო ორგანიზაციების სელექციური კონტრაქტირება

მსოფლიო პრაქტიკის გათვალისწინებით, ხარჯების შეკავების ერთ-ერთი მექანიზმია სამედიცინო ორგანიზაციების სელექციური კონტრაქტირება. ამ მხრივ, აღსანიშნავია, რომ საქართველოს აქვს სამედიცინო-ნეონატალურ სერვისებზე სამედიცინო ორგანიზაციების სელექციური კონტრაქტირების პოზიტიური გამოცდილება.

სელექციური კონტრაქტირება გულისხმობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩასართავად სამედიცინო დაწესებულებების შერჩევას სპეციალური კრიტერიუმების საფუძველზე. მაგალითად, ჰოსპიტალურ სერვისებზე სელექციური კონტრაქტირებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს საწოლთა დატვირთვა ანუ სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო ორგანიზაციას უნდა ჰქონდეს საწოლების გარკვეული რაოდენობა. მაგალითად, ზოგი კვლევა ადასტურებს, რომ 100-ზე ნაკლები საწოლის მქონე საავადმყოფო არაეფექტიანია და არის ქვეყნები, სადაც მათ სახელმწიფო პროგრამით ხელშეკრულებას არ უდებენ. თუმცა საქართველოში გასათვალისწინებელია კლინიკების გეოგრაფიული მდებარეობა, რადგან ზოგი რაიონში შესაძლოა, აუცილებელი იყოს პატარა ზომის საავადმყოფოს შენარჩუნება.

სელექციური კონტრაქტირება ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას, რადგან სახელმწიფო კონტრაქტს აფორმებს ისეთ კლინიკებთან, სადაც სამედიცინო მომსახურების გაცილებით მაღალი ხარისხია. სელექციური კონტრაქტირება ასევე ხელს უწყობს ქვეყანაში კლინიკების რაოდენობის ოპტიმიზაციას, ხარჯების შეკავებას და საწოლთა დატვირთვის გაზრდას. სელექციური კონტრაქტირებით სახელმწიფო ირჩევს შედარებით მსხვილ საავადმყოფოებს, სადაც უფრო მეტია სერვისების წარმოების მოცულობა, საწოლთა დატვირთვა, შესაბამისად, მით მეტია ეფექტიანობა. ხარჯების ოპტიმიზაცია მხოლოდ დიდი ზომის კლინიკების შემთხვევაშია შესაძლებელი.

გარდა ამისა, მსხვილ საავადმყოფოებს ახასიათებს მასშტაბის ეკონომია, რაც გულისხმობს საქონლის წარმოებას შემცირებული დანახარჯებით, როცა წარმოების მოცულობა დიდია და გვაქვს უფრო დაბალი ფასები. ასევე, მსხვილ საავადმყოფოებს მოწინავე ტექნოლოგიური მიღწევების დანერგვის უფრო მეტი შესაძლებლობა აქვთ.

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის და სელექციური კონტრაქტირების დანერგვა ხელს უწყობს ქვეყანაში მაღალტექნოლოგიური მედიცინის განვითარებას. მიუხედავად სახელმწიფოს მხრიდან მწირი დაფინანსებისა, საქართველოში მაღალტექნოლოგიური მედიცინის გარკვეული მიმართულებები საკმაოდ მაღალ დონეზეა წარმოდგენილი. საბედნიეროდ, საქართველო ისტორიულად ყოველთვის გამოირჩეოდა მაღალკვალიფიციური სამედიცინო პერსონალით, რაც ქვეყნის სიმდიდრეა. აღნიშნული საშუალებას აძლევს პაციენტებს, მიიღონ სრულყოფილი სერვისები საქართველოში და არ დასჭირდეთ საზღვარგარეთ წასვლა, რაც, თავის მხრივ, არა მარტო ზრდის სამედიცინო მომსახურებაზე როგორც ფინანსურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას, არამედ ამცირებს კაპიტალის გადინებას ქვეყნის ფარგლებს გარეთ. უფრო მეტიც, მაღალტექნოლოგიური მედიცინის განვითარებით საქართველო შეიძლება საინტერესო გახდეს როგორც კავკასიის რეგიონისათვის, ასევე სამედიცინო ტურიზმის განვითარების თვალსაზრისითაც, რაც ქვეყნის ეკონომიკის გაძლიერების კიდევ ერთი შესაძლებლობა იქნება.

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდისა და სელექციური კონტრაქტირების გზით მიღებული ხარჯების ეკონომიით შესაძლებელი იქნებოდა შერჩეული კლინიკებისათვის არა მარტო ადეკვატური ტარიფების შეთავაზება, არამედ იმ სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო სერვისების დაფინანსებაც, რომლებიც ყველა პაციენტისთვის არ არის გათვალისწინებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით.

მნიშვნელოვანია, რომ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის შემოღებას წინ უსწრებდეს სამედიცინო ორგანიზაციების სელექციური კონტრაქტირება. სელექციური კონტრაქტირების შედეგად ხარჯების შეკავებით მიღებული ეკონომიით შესაძლებელი იქნება ადეკვატური ტარიფების შეთავაზება შერჩეული სამედიცინო ორგანიზაციებისათვის.

მიგვარნია, რომ სამედიცინო სერვისებზე ტარიფების განსაზღვრა უნდა ეფუძნებოდეს გარკვეულ ტექნოლოგიას. როგორც აღვნიშნეთ, მსოფლიოში მიღებული პრაქტიკით, ტარიფების გამოსათვლელად გამოიყენება სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები. სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები ეფუძნება მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით (Diagnosis-Related Groups - DRG) დაფინანსების მეთოდს. სახელმწიფომ უნდა დაადგინოს თითოეული ჯგუფის აუცილებელი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების მოცულობა, თანმხლები დაავადებები, ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა. თითოეული დაავადებების ფაქტობრივი ხარჯების საფუძველზე უნდა დადგინდეს თითოეული ნოზოლოგიური ჯგუფის საშუალო ხარჯი.

დიაგნოზით მსგავსი დაავადებების განფასებისას ასევე გათვალისწინებული უნდა იყოს ქვეყნის გეოგრაფიული დაყოფა (რეგიონი, ქალაქი, რაიონი, სოფელი), სამედიცინო დაწესებულების დონე (ზოგადი პროფილის საავადმყოფო, საუნივერსიტეტო კლინიკა, რეგიონული და ქალაქის საავადმყოფოები), პერსონალის კვალიფიკაცია. თითოეული

საავადმყოფოსათვის უნდა განისაზღვროს სტანდარტის ღირებულების საშუალო მაჩვენებლიდან გადახრის დონე, რაც სამედიცინო დაწესებულების სპეციფიკურობის (სამედიცინო დახმარების დონე, ხასიათი) მახასიათებელია.

სამედიცინო მომსახურების სპეციფიკურობიდან გამომდინარე, დამატებითი დაფინანსება უნდა განისაზღვროს:

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

ნოზოლოგიური სტანდარტების ღირებულება ყოველწლიურად უნდა იცვლებოდეს. მისი კორექცია ყოველწლიურად უნდა ხორციელდებოდეს “განახლების ინდექსის” მიხედვით, რომელიც ითვალისწინებს მომავალი წლის მოსალოდნელ ცვლილებებთან დაკავშირებულ ისეთ ხარჯებს, როგორიცაა ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება, დასაქმებული პერსონალის ხელფასის ზრდა. ინდექსს უნდა ადგენდეს ჯანდაცვის სამინისტრო.

ექსპერტებმა მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი აღიარეს როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ინოვაცია, რევილუციური ცვლილება მთელ მსოფლიოში. ყველაზე უფრო დიდი გარდატეხა მდგომარეობდა იმაში, რომ დაფინანსების ახალმა სისტემამ სრულიად შეცვალა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებსა (საავადმყოფოები 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.

ბააზიარე



2 კომენტარი