

თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე



დიაგნოზით შეყიღული ჯგუფებით  
საავადმყოფოების დაფინანსება:  
მსოფლიო გამოცდილება და  
რეკომენდაციები საქართველოსთვის



შოთა რუსთაველის ელემენტარული  
ეროვნული სამეცნიერო ფონდი

SHOTA RUSTAVELI NATIONAL SCIENCE  
FOUNDATION OF GEORGIA

თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე

დიაბნოზით შეყიდული ჯგუფებით  
საავადმყოფოების დაფინანსება:  
მსოფლიო გამოცდილება და  
რეკომენდაციები საქართველოსთვის

თბილისი,  
2024

## **თენგიზ ვერულავა**

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი, ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტის ხელმძღვანელი

## **რევაზ ჯორბენაძე**

მედიცინის დოქტორი, აკად. გ. ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის აღმასრულებელი დირექტორი

წიგნი გამოიცა შოთა რუსთაველის ეროვნული  
სამეცნიერო ფონდის მიერ 2023 წელს გამოცხადებულ  
„საგამომცემლო სახელმწიფო სამეცნიერო გრანტების  
კონკურსის“ ფარგლებში (გრანტი SP-23-215)

რედაქტორი:

**ლეილა კარიმი**, დოქტორი, პროფესორი, RMIT უნივერსიტეტი,  
ავსტრალია



შოთა რუსთაველის საქართველოს  
ეროვნული სამეცნიერო ფონდი

SHOTA RUSTAVELI NATIONAL SCIENCE  
FOUNDATION OF GEORGIA

© თენგიზ ვერულავა, 2024

გამომცემლობა 2024

ISBN 978-9941-8-6832-0

# **Funding of the Hospitals Based on Diagnosis-Related Groups: World Experience and Recommendations for Georgia**

## **Tengiz Verulava**

Doctor of Medicine, professor of the Caucasus University, Head of the Health Policy Institute

## **Revaz Zorbenadze**

Doctor of Medicine, Executive Director of Acad. G. Chapidze Emergency Cardiology Center

The book was published within the framework of the Scientific Publication Grants Competition~announced by the Shota Rustaveli National Science Foundation in 2023 (Grant \_ SP-23-215)

Editor:

**Leila Karimi**, PhD, Professor, RMIT University, Australia



შოთა რუსთაველის საქართველოს  
ეროვნული სამეცნიერო ფონდი

SHOTA RUSTAVELI NATIONAL SCIENCE  
FOUNDATION OF GEORGIA

Publishing House

ISBN 978-9941-8-6832-0

In 2022, the implementation of the Diagnosis-Related Groups (DRG) financing system began in Georgia. The new method involves a radical reformation of hospital funding, where hospital funding is based on patient diagnoses and pre-assessed treatment standards.

After the transition to financing with Diagnosis-Related Groups, the principle of payment was changed. Previously, all clinics had their rates, and the state did not regulate the amount of patient co-payment, as a result, the patient had to pay a significant amount in addition to the official co-payment with various medical organizations. This was a serious burden on the patient and created a problem of transparency in the system. It was difficult for the state to explain to the patient the reasons for the increase in co-payments.

After transitioning to financing with Diagnosis-Related Groups, the hospital is not allowed to ask for additional payment from the patient in addition to the official co-payment. For each diagnosis, the tariff and the amount of co-payment are determined within the limits of 0 to 30%, which the state has established for different groups of the population.

Based on the above, the use of the financing method with Diagnosis-Related Groups contributes to the financial availability of healthcare services, transparency, and quality improvement, which has a positive impact on the satisfaction of the population.

The introduction of a new method of financing also has a positive effect on the efficiency of healthcare costs. Length of hospital stay is reduced. The introduction of a new method of financing also increases the intensification of treatment.

A good relationship between the provider and the buyer of medical services can be achieved by better defining the types of services and quality standards and the appropriate level of funding.

The book aims to reveal the problems related to the implementation of Diagnosis-Related Groups in Georgia and develop recommendations based on the analysis of the existing world experience.

## ს ა რ ჩ ე ვ ი

|   |    |
|---|----|
| მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის დანერგვა სხვადასხვა ქვეყნებში .....         | 17 |
| დიაგნოზით შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების სისტემის დანერგვის მოლოდინები და მიზნები ..... | 57 |
| დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის შემოღება საქართველოში 1995 წ. ....          | 62 |
| დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მოდელის ამოქმედება 2022 წელს.....             | 65 |
| დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სტრუქტურა .....  | 69 |
| დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების გამოთვლა .....                                | 71 |
| მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი და ხარჯების აღრიცხვა.....                    | 76 |
| ევროპული DRG-ზე დაფუძნებული გადახდით დაფარული ხარჯების მოცულობა .....                         | 87 |
| დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემების შემუშავება ხარჯების მონაცემებით .....           | 89 |
| დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მეთოდის უპირატესობები და ნაკლოვანებები .....  | 96 |

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გამონვევები სამედიცინო  
ორგანიზაციების სიჭარბე ..... 110

რეკომენდაციები ..... 114

გამპყენებული ლიტერატურა..... 118

## შესავალი

2022 წლის ნოემბრის თვიდან საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაიწყო საავადმყოფოების დაფინანსების ახალი მეთოდის დანერგვა, რომელიც მსოფლიოში აღიარებულია, როგორც ყველაზე სამართლიანი სატარიფო სისტემა. ეს სისტემა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (Diagnosis-Related Groups – DRG) ანუ „დიარჯის“ სახელწოდებით არის ცნობილი. ახალი მეთოდი გულისხმობს საავადმყოფოს დაფინანსების რადიკალურ რეფორმირებას, სადაც საავადმყოფოების დაფინანსება ხორციელდება პაციენტების დიაგნოზებზე დაფუძნებული, წინასწარ განფასებული სამკურნალო სტანდარტების მიხედვით.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსებაზე გადასვლის შემდეგ შეიცვალა გადახდის პრინციპი. წინათ ყველა კლინიკას თავისი ტარიფი ჰქონდა და სახელმწიფო არ არეგულირებდა პაციენტის თანაგადახდის მოცულობას, შედეგად პაციენტს სხვადასხვა სამედიცინო ორგანიზაციასთან 30, 20, 10 პროცენტის ოფიციალური თანაგადახდის გარდა დამატებით უწევდა მნიშვნელოვანი თანხის გადახდა. აღნიშნული სერიოზულ ტვირთად აწვებოდა პაციენტს და ქმნიდა სისტემის გამჭვირვალობის პრობლემას. სახელმწიფოს უჭირდა პაციენტისთვის აქხსნა თანაგადახდის ზრდის მიზეზები.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსებაზე გადასვლის შემდეგ კლინიკას უფლებას არ აქვს ოფიციალური თანაგადახდის გარდა, პაციენტისგან მოითხოვოს დამატებითი გადახდა. თითოეულ დიაგნოზზე განსაზღვრულია ტარიფი და თანაგადახდის მოცულობა 0-დან 30%-მდე ფარგლებში, რაც სახელმწიფოს აქვს დაწესებული მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფისთვის.



ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის გამოყენება ხელს უწყობს ჯანდაცვის სერვისების პაციენტის ფინანსურ ხელმისაწვდომობას, გამჭვირვალობას, ხარისხის ამაღლებას, რაც დადებითად აისახება მოსახლეობის კმაყოფილებაზე.

დაფინანსების ახალი მეთოდის შემოღება ასევე დადებით გავლენას ახდენს ჯანდაცვის ხარჯების ეფექტურობაზე. მცირდება საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლივობა. რადგან სამედიცინო დაწესებულება და პერსონალი ანაზღაურებას ღებულობს მხოლოდ დადგენილი სტანდარტის შესაბამისად, მას არ აქვს პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივების მოტივაცია. ამასთან, რადგან დაფინანსება ხორციელდება ნოზოლოგიური სტანდარტების წინასწარ დადგენილი ფასების მიხედვით, ხარჯები პროგნოზირებადია, რაც, თავის მხრივ, ამცირებს ხარჯებს. დაფინანსების ახალი მეთოდის დანერგვა ასევე ზრდის მკურნალობის ინტენსიფიკაციას.

აღსანიშნავია, რომ გარკვეულ სერვისებზე პაციენტების თანაგადახდის ზემო ზღვარი საკმაოდ დიდ თანხას წარმოადგენს, ასევე, მაღალი ხარისხის გარკვეულ სერვისებზე, რაც არ ფინანსდება საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით პაციენტებს უწევთ მთლიანი თანხის გადახდა. აღნიშნული ამცირებს პაციენტის ფინანსურ ხელმისაწვდომობას.

ყოველივე ზემოთაღნიშნული მიუთითებს იმ მნიშვნელობაზე, რომელიც მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდს გააჩნია ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდაში ნებისმიერი ქვეყნისთვის და განსაკუთრებით საქართველოსათვის, სადაც მოსახლეობის სოციალური ფონი საკმაოდ დაბალია და მიუხედავად საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის არსებობისა, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის საკითხი სრულყოფილად გადაჭრილი არ არის.

საქართველოში ჯანდაცვის დაფინანსების ერთ-ერთ პრობლემას წარმოადგენს საავადმყოფოების დაბალი დაფინანსება, რომელიც არ არის საკმარისი სათანადო სამედიცინო ტექნოლოგიების დასანერგად, ამასთან, იზრდება მრავალფეროვან სერვისებზე მოთხოვნილება, სამედიცინო პერსონალის ხელფასები და სამედიცინო დახმარების ევროპულ სტანდარტებთან შესაბამისობის აუცილებლობა.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელსა და მყიდველს შორის კარგი ურთიერთობის მიღწევა შესაძლებელია მომსახურების სახეების და ხარისხის სტანდარტების და დაფინანსების შესაბამისი დონის უკეთ განსაზღვრით. კერძო ჯანდაცვის სისტემაში, ეს ელემენტები თავისთავად შედარებით ადვილად მიიღწევა, რადგან ჯერ განისაზღვრება სერვისი, შემდეგ მიწოდების რაოდენობა და შემდეგ დგინდება ფასი. ჯანდაცვის საჯარო სისტემაში სამედიცინო სერვისებზე უნივერსალურობისა და უსასყიდლო წვდომის პრინციპი აფერხებს ასეთ განვითარებას<sup>1</sup>.

ნაშრომის მიზანია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით ჰოსპიტალური სექტორის დაფინანსების მეთოდის შესახებ არსებული მსოფლიო გამოცდილების ანალიზის საფუძველზე საქართველოში მის დანერგვასთან დაკავშირებული პრობლემების გამოვლენა და რეკომენდაციების შემუშავება.

---

<sup>1</sup> Haraga, Simona & Turlea, Eugeniu (2009). Hospital Financing Based on Standard Costs for Diagnosis Related Groups Management in Health Journal; 13(1):11-14.



# დიაგნოზთან შეჯიღული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მეთოდის შემოღება მსოფლიოში

1980-იან წლებამდე მთელ მსოფლიოში საავადმყოფოები ფინანსდებოდნენ ფაქტიური, წინასწარ განუსაზღვრელი ხარჯების მიხედვით, ანუ დამფინანსებელი მხარე საავადმყოფოსთან წინდანი არ ათანხმებდა ჩასატარებელ სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, ფასს. მაგალითად, საავადმყოფო უგზავნიდა ანგარიშს Medicare-ს ან შესაბამის სადაზღვევო კომპანიას, რომელიც მოიცავდა საფასურს ყოველი პროცედურისათვის, დიაგნოსტიკური ღონისძიებისათვის (რენტგენი), სამედიცინო მასალისათვის (ბინტი, ტამპონისთვის) და მედიკამენტისთვის, გატარებული საწოლ-ღლისათვის), რაც ზრდიდა საავადმყოფოების სტიმულს, რომ რაც შეიძლება დიდხანს გააჩერონ პაციენტი, ჩაატარონ რაც შეიძლება მეტი პროცედურა და გამოიყენონ მეტი მასალა.

აღიარებული ფაქტია, რომ საავადმყოფოს ხარჯები განსაკუთრებით იზრდება მაშინ როდესაც დამფინანსებელსა (მაგ., ჯანდაცვის სამინისტრო, ან სადაზღვევო კომპანია) და მიმწოდებელს (სავადმყოფო, ამბულატორია) შორის წინასწარ არ არის დადგენილი სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, ფასი. ასეთ შემთხვევაში უფრო მოსალოდნელია სამედიცინო დანებსებულებისა 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 არამარტო 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. ამას თან ერთვოდა ღრმა ეკონომიკური კრიზისი და ჯანდაცვის სფეროში არსებული მზარდი ინფლაცია.

ჯერ კიდევ მე-20 საუკუნის დასაწყისში მასაჩუსეტსის საავადმყოფოს ქირურგი იუჯინ კოდმანი წერდა<sup>2</sup>:

*„საავადმყოფოს უმთავრესი პრობლემა ერთ კითხვაზე დგას: რა ბედი ენევა ჰოსპიტალურ შემთხვევებს? ჩვენ უნდა ჩამოვაყალიბოთ ჰოსპიტალური ანგარიშგების მეთოდი, რომელიც მაქსიმალურად აჩვენებს, სხვადასხვა დანესებულებაში მიღებული მკურნალობის შედეგებს. ეს ანგარიში უნდა იყოს შედგენილი თითოეული საავადმყოფოს მიერ ერთიანი წესით, რათა შესაძლებელი იყოს მათი შედარება. ასეთი ანგარიშით, როგორც საწყისი წერტილი, დაინტერესებულ პირებს შეუძლიათ დაინყონ კითხვების დასმა მენეჯმენტისა და ეფექტურობის შესახებ“.*

იუჯინ კოდმანის მიერ აღწერილი და ინიცირებული „ჰოსპიტალური პრობლემები“ ხელახლა განიხილეს და შემდგომ განავითარეს იელის უნივერსიტეტის (აშშ) პროფესორმა რობერტ ბარკლეი ფეტერმა და ჯონ დევერო ტომპსონმა 1967 წელს<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Codman, E.A. (1913–1917). The product of a hospital (Philadelphia address) (Box 4, Folder 77), in E.A. Codman. Ernest Amory Codman Papers, 1849–1981: Finding Aid. Boston, MA: Boston Medical Library and Francis A. Countway Library of Medicine (B MS c60).

<sup>3</sup> Fetter, R.B., ed. (1991). DRGs: Their Design and Development. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

1965 წელს ამერიკის შეერთებული შტატებში შეიქმნა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა „მედიქა“ (ასაკოვან ადამიანთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამა), რომელსაც მართავდა სოციალური დაცვის ადმინისტრაცია და ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაცია (**Health Care Financing Administration - HCFA**). დღეს მას მართავს მედიქას და მედიქეიდის სერვისების ცენტრები, რომელიც ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფს 65 წელზე უფროსი ასაკის ამერიკელებს, ასევე სხვა შერჩეულ ჯგუფებს სპეციფიკური პირობებით. დღეისათვის „მედიქა“-ს სახელმწიფო პროგრამა ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფს თითქმის 60 მილიონ ადამიანს, რომელთაგან დაახლოებით 50 მილიონი ხანდაზმულია.

1960-იანი წლების ბოლოს აშშ-ის ყველაზე დიდი სახელმწიფო პროგრამა „მედიქა“ (ასაკოვან ადამიანთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამა, რომელიც შეიქმნა 1965 წელს) დადგა გარდაუვალი გაკოტრების წინაშე. პრობლემის გადაჭრის მიზნით, 1970-იან წლებში იელის უნივერსიტეტის პროფესორი რობერტ ფეტერი მონვეულ იქნა ადგილობრივი საუნივერსიტეტო საავადმყოფოს მიერ განეული სამედიცინო მომსახურების შეფასების და ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის, ე.წ. **Medicare casemix**“ კლასიფიკაციის სისტემის შესამუშავებლად.

რობერტ ფეტერის კვლევითმა ჯგუფის მიერ გაანალიზებულ იქნა რამოდენიმე შტატის 170 საავადმყოფოს 700 000 დაავადების ისტორია<sup>4</sup>.

საავადმყოფოს მონაცემების ძალიან დიდი ნაკრების დამუშავება მოითხოვდა საინფორმაციო ტექნოლოგიების განვითარებას<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Fetter R. DRGs - Their Design and Development// Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan 1991.

<sup>5</sup> Fetter, R.B. (1993). Foreword, in M. Casas, M. Wiley, eds. Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives. Berlin: Springer-Verlag.

თავიდანვე, Medicare casemix სისტემა არ იყო გათვალისწინებული, როგორც გადახდის სისტემა. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (Diagnosis-Related Groups – DRG) დაფინანსების სისტემა თავდაპირველად გამოიყენებოდა პაციენტების ჯგუფების კლასიფიკაციისთვის და ასევე გამიზნული იყო როგორც ინსტრუმენტი საავადმყოფოს სერვისების მართვისთვის, მათი პროდუქტიულობის გასაზომად და ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის შესაფასებლად. მხოლოდ მოგვიანებით იქნა გამოყენებული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა მკურნალობის ხარჯების ასაბაზლაურებლად.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (Diagnosis-Related Groups – DRG) დაფინანსების სისტემის პირველი ვერსია შემუშავდა 1973 წელს და მოიცავდა 54 ძირითად დიაგნოსტიკურ კატეგორიას (Major diagnostic categories – MDCs) და 333 დიაგნოზთან შეჭიდულ ჯგუფს. მეორე ვერსია შემუშავებულ იქნა სოციალური უზრუნველყოფის ფედერალური ადმინისტრაციისთვის და მოიცავდა 83 ძირითად დიაგნოსტიკურ კატეგორიას და 383 დიაგნოზთან შეჭიდულ ჯგუფს<sup>6</sup>, ხოლო მესამე ვერსია შეიქმნა 1978 წელს ნიუ ჯერსის შტატში, რომელმაც 1980 წელს დაიწყო დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე დაფუძნებული საავადმყოფოს დაფინანსების სისტემის დანერგვა საპილოტე პროგრამის ფარგლებში. ამის საფუძველზე განხორციელდა შეფასება და მიღებული დასკვნები გამოყენებულ იქნა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) პროგრამის შესაქმნელად.

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების სისტემის საბოლოო (ორიგინალური) ვერსია შეიმუშავა იელის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის სისტემების მართვის ჯგუფმა ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციასთან (Health Care Financing Administration – HCFA) კონტრაქტის ფარგლებში. 1983 წელს დი-

<sup>6</sup> Fetter, R.B., Shin, Y., Freeman, J.L., Averill, R.F., Thompson, J.D. (1980). Case-mix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care*, 18(2):1–53

აგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (Diagnosis-Related Groups – DRG) საავადმყოფოს დაფინანსების მეთოდი დაინერგა მედიკეას სახელმწიფო პროგრამისთვის, რომლითაც მოცულია 65 წელზე უფროსი ასაკის მოსახლეობა, და იმ დროს მოიცავდა 470 დიაგნოზთან შეჭიდულ ჯგუფს<sup>7</sup>.

დიაგნოზით მსგავსი დაავადებები (მაგალითად, სასუნთქი სისტემის დაავადებები, ან გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები) გაერთიანებულ იქნა ერთ ნოზოლოგიურ 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 ნოზოლოგიური ჯგუფის საშუალო ხარჯი. ახალი მეთოდი გულისხმობდა საავადმყოფოს დაფინანსების რადიკალურ რეფორმირებას. საავადმყოფოს მიერ პაციენტზე განეული მკურნალობის ნებისმიერი, ფაქტიური ხარჯის ანაზღაურების ნაცვლად, ახალი მოდელით საავადმყოფოების დაფინანსება ხორციელდებოდა პაციენტების დიაგნოზებზე დაფუძნებული, წინასწარ დადგენილი და განფასებული სამკურნალო სტანდარტების მიხედვით.

ექპერტებმა მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი აღიარეს როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ინოვაცია, რევოლუციური ცვლილება მთელ მსოფლიოში<sup>8</sup>. ყველაზე უფრო დიდი გარდატეხა მდგომარეობდა იმაში, რომ დაფინანსების ახალმა სისტემამ სრულიად შეცვალა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს

---

<sup>7</sup> Hsiao W., Sapolsky H., Dunn D., Sanford L. Lessons of the New Jersey DRG payment system// Weiner, 1986

<sup>8</sup> Mayes, R. (2007). The origins, development and passage of Medicare's revolutionary prospective payment system. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 62(1):21–55.



(საავადმყოფოები და ექიმები) და დამფინანსებლებს შორის საუკუნეების მანძილზე არსებული პოლიტიკური და ეკონომიკური ძალაუფლების ბალანსი, რომელიც უპირატესად პროვადერების ხელში იყო დაგროვილი. ჰოსპიტალური ინდუსტრიის საუკუნოვანი ძალაუფლება დაბალანსდა დამფინანსებლის ძალაუფლებასთან, რაც დადებითად აისახება სისტემის ეფექტიანობაზე.

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფების საფუძველზე შეიქმნა დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია (International Classification of Diseases – ICD).

## მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის დანერგვა სხვადასხვა ქვეყნებში

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი ფართოდ დაინერგა ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში. 1984 წელს საფრანგეთში ჯანდაცვის სამინისტროს ინიციატივით გამართულ საერთაშორისო შეხვედრაზე ჩართული იყო ხუთი ქვეყანა (ბელგია, საფრანგეთი, ირლანდია, ნიდერლანდები და პორტუგალია). შეხვედრაზე მონაწილეობას ლეზულობდა მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების სისტემის შემქმნელი პროფესორი რობერტ ფეტერი. შემდგომი საერთაშორისო შეხვედრა გაიმართა ორი წლის შემდეგ დუბლინში, რომელშიც უკვე მონაწილეობდა ევროპის 11 ქვეყანა. 1987 წელს ლისაბონში გამართულ საერთაშორისო შეხვედრაში, სადაც 15 ქვეყანამ მიიღო მონაწილეობა, შეთანხმდნენ ქსელის შექმნას მათთვის, ვინც დაინტერესებულია მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების სისტემის დანერგვით.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მოდელი მეთოდზე დაფუძნებული გადახდის სისტემები თანდათანობით დაინერგა შემდეგ ქვეყანაში: აშშ (1983), შვედეთი (1985), ფინეთი (1987), პორტუგალია (1989), კანადა (1990), დიდი ბრიტანეთი (1992), ავსტრალია (1993), იტალია (1995), გერმანიაში (1995), საფრანგეთში (1997), ნიდერლანდები (2003), იაპონია (2003), ესტონეთი (2004), ხორვატია (2009), ჩინეთი (2011), ლატვია (2014)<sup>9</sup>.

ევროპაში პირველი ქვეყანა, რომელმაც შემოიღო დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული საავადმყო-

---

<sup>9</sup> Mathauer I, Wittenbecher F. Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low - and middle-income countries. Bull World Health Organ. 2013 Oct 1;91(10):746-756A. doi: 10.2471/BLT.12.115931.

ფოს დაფინანსების სისტემა (სადაზღვევო ფონდების სახსრების ეფექტური განაწილებისთვის) იყო პორტუგალია (1988). ნორვეგია იყო შემდეგი ქვეყანა, რომელმაც შემოიტანა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის სისტემა 1991–1993 წლებში.

ამჟამად ევროპაში 12 ქვეყანა იყენებს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მსგავს სისტემებს: ირლანდია, პოლონეთი, ესპანეთი, პორტუგალია, გერმანია, საფრანგეთი, ესტონეთი, ფინეთი, შვედეთი, ავსტრია, დიდი ბრიტანეთი, ჰოლანდია. საერთაშორისო მასშტაბით, 25 ქვეყანამ დანერგა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მსგავსი სისტემები<sup>10</sup>.

ავსტრალიაში აქტივობა ამ მიმართულებით დაიწყო 1988 წელს, როდესაც ავსტრალიის ჯანდაცვის ფედერალურმა დეპარტამენტმა დაიწყო დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების სისტემის ავსტრალიური ვერსიის შემუშავება. ავსტრალიაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების სისტემის პირველი ვერსია მიღებულ იქნა 1992 წელს ვიქტორიას შტატში (AR-DRG).

DRG დაფინანსების მოდელი სხვადასხვა ქვეყნებში განსხვავებული მოდიფიკაციებით დაინერგა. ამ განსხვავებების მიზეზი განპირობებულია, ერთი მხრივ, DRG-ის განხორციელების სხვადასხვა პროცესებით და მეორე მხრივ, იმით, რომ დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფების დანერგვა და ადაპტირება განხორციელდა შესაბამისი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემების საჭიროებებიდან გამომდინარე<sup>11,12</sup>. 1990-იანი წლებიდან

---

<sup>10</sup> Roger France FH. Case mix use in 25 countries: a migration success but international comparisons failure. *Int J Med Inform.* 2003;70(2/3):215-219

<sup>11</sup> Busse, R., Schreyögg, J., Smith, P.C. (2006). Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Management Science*, 9:211–13.

<sup>12</sup> Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O., Busse, R. (2006). Methods to determine reimbursement rates for diagnosis-related groups (DRG): a comparison of nine European countries. *Health Care Management Science*, 9(3):215–23.

მოყოლებული, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (Diagnosis-Related Groups – DRG) დაფინანსების მოდელი თანდათან გახდა საავადმყოფოების დაფინანსების ძირითადი მექანიზმი<sup>13</sup>.

## გერმანია

გერმანიაში ფუნქციონირებს 2100 საავადმყოფო, რომლებიც სამედიცინო დახმარებას უწევენ წელიწადში 17 მილიონზე მეტ პაციენტს. ისინი ფინანსდება „ორმაგი დაფინანსების“ კონკრეტული სისტემის მეშვეობით, რაც ნიშნავს, რომ არსებობს საავადმყოფოების დაფინანსების 2 განსხვავებული წყარო. კერძოდ, ინფრასტრუქტურული ინვესტიციები ფინანსდება გადასახადებით შეგროვებული სახელმწიფო ბიუჯეტით, ხოლო საოპერაციო ხარჯებს ძირითადად საავადმყოფოს ფონდები (sickness funds) და კერძო სამედიცინო დაზღვევის ფონდები ფარავენ.

1996 წლიდან დაწყებული, გერმანიაში საავადმყოფოები ფინანსდებოდა (ა) დღიური გადახდებით (პერ დიემი), (ბ) აქტივობაზე დაფუძნებული გადახდის მეთოდით, შემთხვევის საფასურის მიხედვით (ფარავს პაციენტის საავადმყოფოში ყოფნის ხარჯებს) და (გ) პროცედურის საფასურით. მთავრობა აპირებდა ეტაპობრივად გაეფართოებინა აქტივობაზე ორიენტირებული გადახდის გზით ანაზღაურებული სერვისების ფარგლები, რათა ხელი შეეწყოს ჰოსპიტალური სისტემის ეფექტურობას, გამჭვირვალობასა და ხარისხს.

გერმანიაში 2000 წელს ჯანდაცვის რეფორმის ფარგლებში შეიცვალა კანონი საავადმყოფოების დაფინანსების შესახებ. საავადმყოფოს კანონის 17b პუნქტის მიხედვით, გადაწყდა, რომ

---

<sup>13</sup> Langenbrunner, J., Cashin, C., & O'Dougherty, S. (Eds.). (2009). Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. World Bank Publications.

2003 წლის 1 იანვრიდან ჰოსპიტალური სერვისების დასაფინანსებლად დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) გადახდის სისტემის დანერგვა.

გერმანიაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მეთოდის დანერგვის მთავარი მიზანი იყო გლობალურ ბიუჯეტზე დაფუძნებული საავადმყოფოების ბიუჯეტების ჩანაცვლება უფრო მეტად საქმიანობაზე ორიენტირებული გადახდის სისტემით, რომელიც გაზრდის საავადმყოფოების ეფექტურობას, გამჭვირვალობას და ხარისხს. უფრო დანვრილებით, გერმანიაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების დანერგვის მიზნები იყო:

- საავადმყოფოს ხარჯების ოპტიმიზაცია,
- საავადმყოფოების სანოლების რაოდენობის შემცირება,
- საავადმყოფოების გაერთიანება,
- სამედიცინო მომსახურების გამჭვირვალე გადახდის სისტემის დანერგვა,
- ყოველი სამედიცინო შემთხვევისთვის თანაბარი ანაზღაურების გარანტიის უზრუნველყოფა
- არაკეთილსინდისიერი კონკურენციის შესაძლებლობის აღმოფხვრა მკურნალობის ხარისხის დაქვეითების გამო;
- საავადმყოფოს მუშაობის რეგულარული შეფასების შესაძლებლობა.

სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის რეფორმის აქტი მოუწოდებდა ჯანდაცვის თვითმმართველ ორგანოებს (გერმანიის საავადმყოფოების ფედერაცია, დაავადებათა ფონდების ფედერალური ასოციაცია და კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიების ასოციაცია) აერჩიათ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების ერთ-ერთი სისტემა, რომელიც მაშინ არსებობდა მსოფლიოში, როგორც საფუძველი გერმანიის დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) სისტემისთვის.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების სისტემის განვითარება და შემდგომი დახვეწა დაევალა საავადმყოფოების ანაზღაურების სისტემის ინსტიტუტს (**Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK**), რომელიც ზედამხედველობს საავადმყოფოების ანაზღაურების სისტემას გერმანიაში. საავადმყოფოების ანაზღაურების სისტემის ინსტიტუტი დაარსდა 2001 წლის მაისში და ამოქმედდა 2002 წელს, გერმანიის ჯანდაცვის სისტემაში DRG გადახდის სისტემის დანერგვის შესახებ კანონმდებლობის მიღების შემდეგ. ინსტიტუტი მუშაობს DRG-ის განვითარებაზე, ადგენს კოდირების წესებს და DRG-ის პროგრამული უზრუნველყოფის წესებს.

ინსტიტუტმა შექმნა DRG-ის ორიგინალური პროგრამული უზრუნველყოფა. ის ასევე პასუხისმგებელია ფასის დადგენის მთელ პროცესზე. ინსტიტუტი განსაზღვრავს ხარჯთაღრიცხვის მიდგომას, აწარმოებს მითითებებს ხარჯთაღრიცხვის შესახებ და ზედამხედველობას უწევს საავადმყოფოს საქმიანობას და პაციენტის დონეზე ხარჯების მონაცემთა შეგროვებას. ამ მონაცემებით, ის შემდეგ ადგენს შედარებით წონებს და ტარიფებს, რომლებიც ვრცელდება საავადმყოფოს სტაციონარულ საქმიანობაზე.

არჩევანი გაკეთდა ავსტრალიის ვიქტორიას შტატის სისტემაზე, სახელწოდებით „ავსტრალიის დიაგნოსტიკის სრულყოფასთან დაკავშირებული ჯგუფები“ (AR-DRG), რომლის საფუძველზე შეიქმნა გერმანული DRG (G-DRG) სისტემა.

AR-DRG-ის შემდგომი ადაპტაცია G-DRG-ზე განხორციელდა ჯანდაცვის თვითმმართველი ორგანოების მიერ პროფესიულ სამედიცინო საზოგადოებებთან და სამედიცინო გაერთიანებებთან თანამშრომლობით. საპილოტე ფაზაში (2001) AR-DRG-ები ყოველგვარი ცვლილების გარეშე დაინერგა 20 საავადმყოფოში. ამ გამოცდილებიდან გამომდინარე, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადაანგარიშება მოხდა საავადმყოფოების

ანაზღაურების სისტემის ინსტიტუტის მიერ. ეს ახალი ვერსია (პირველი **G-DRG**) შემომნდა საავადმყოფოებში. **G-DRG** დაჯგუფების ლოგიკა ითვალისწინებს დიაგნოზს და მის კლინიკურ სიმძიმეს, თანმხლებ დაავადებებს, პაციენტის ასაკს და ჩატარებულ სამედიცინო პროცედურას. **AR-DRG**-მ აჩვენა პაციენტების ჯგუფების სამედიცინო დიფერენციაცია, რომელიც ყველაზე შესაფერისი აღმოჩნდა სტაციონარული მკურნალობის გერმანულ რეალობასთან ადაპტაციისთვის.

სხვა მრავალი დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (**DRG**) დაფინანსების სისტემისგან განსხვავებით, გერმანიის **DRG** სისტემა განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს სამედიცინო პროცედურებს. შედეგად, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (**DRG**) რაოდენობა სწრაფად გაიზარდა 664 შემთხვევის ჯგუფიდან 2002 წელს 824-მდე 2004 წელს და დაახლოებით 1300-მდე 2018 წელს. დაჯგუფების ალგორითმები ყოველწლიურად გადაიხედება, ისევე როგორც ფარდობითი წონა (**RWs**) სხვადასხვა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებისთვის (**DRG**), რომლებიც განისაზღვრება ეროვნულ დონეზე დაფუძნებული რეტროსპექტიული ხარჯებისა და პრეტენზიების მონაცემებზე.

მიუხედავად იმისა, რომ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (**DRG**) გადახდების უმეტესობა იყენებს ეროვნულ დონეზე განსაზღვრულ ღირებულებას, სხვები ექვემდებარება მოლაპარაკებებს ცალკეულ საავადმყოფოებსა და გადამხდელებს შორის. დამატებით ანაზღაურებაზე (საკომისიოების მეშვეობით) ასევე შეიძლება მოლაპარაკება მოხდეს მცირე რაოდენობის დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებისთვის, რომლებსაც აქვთ მაღალი ღირებულება, მაღალ სპეციალიზებული სერვისებისთვის, თუ დადასტურდება, რომ აღნიშნული სერვისი ჯერ კიდევ არ არის სათანადოდ ანაზღაურებული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეშვეობით, ინოვაციური დიაგნოსტიკური და მკურნალობის პროცედურებისთვის, ძვირადღირებული მედიკამენტებისთვის,

სამედიცინო მონეობილობებისთვის, ამბულატორიული გერი-ატრიული მოვლისთვის, ხარისხის გაუმჯობესებასთან ან ინტეგრირებულ სერვისთან და სხვა საკითხებთან დაკავშირებული საქმიანობისთვის. გარდა ამისა, ზოგიერთ სპეციალურ და-ნესებულებასა და საავადმყოფოს განყოფილებებს შეუძლიათ მოლაპარაკება ანარმოონ G-DRG სისტემიდან გარიცხვაზე და გადახდის ინდივიდუალური შეთანხმებით მიღებაზე.

ადგილობრივ დონეზე, საავადმყოფოები და ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდები მოლაპარაკებებს ანარმოებენ შემდეგი პერიოდის განმავლობაში მიწოდებული სერვისების რაოდენობასა და სახეობებზე, რათა განისაზღვროს საავადმყოფოს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) ბიუჯეტი. თუ საავადმყოფო გადააჭარბებს ამ შეთანხმებულ ბიუჯეტთან შედარებით, მაშინ საავადმყოფომ უნდა დააბრუნოს დამატებით მიღებული შემოსავლის 65 პროცენტი. თუ რეალური შემოსავალი (მომსახურების მოცულობა) ნაკლებია მოლაპარაკების მოცულობაზე, მაშინ საავადმყოფო იღებს დანაკლისის 20 პროცენტს.

მეორე მექანიზმი, რომელსაც ეწოდება დამატებითი მოცულობის გამოქვითვა, მოქმედებს საავადმყოფოს შემოსავლის შეთანხმებული წლიური ზრდის გასაკონტროლებლად: დამატებითი შემთხვევების ნაკრებისათვის საბაზისო განაკვეთი მცირდება 25 პროცენტით (ანუ დამატებითი მოცულობა ანაზღაურდება მხოლოდ 75 პროცენტით). ეს ხელს უშლის სტრუქტურულ ცვლილებას და კონკურენციას საავადმყოფოებს შორის<sup>14</sup>.

მნიშვნელოვანია თაღლითობის კონტროლი და პოტენციური გვერდითი ეფექტების აღმოფხვრა. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეთოდის განხორციელების ადრეულ ეტაპებზე, მრავალი დავა წარმოიშვა საავადმყოფოებსა და დაავადება-

<sup>14</sup> Klein-Hitpaß, U., and D. Scheller-Kreinsen. 2015. "Policy Trends and Reforms in the German DRG-Based Hospital Payment System." *Health Policy* 11 (3): 252–57



თა ფონდებს შორის, განსაკუთრებით რეფერალთან და რეადმისიასთან დაკავშირებით. დღეს რეგიონალური სამედიცინო მიმოხილვის საბჭოები რეგულარულად განიხილავენ და ამომწებენ საავადმყოფოს კოდირების პრაქტიკას. თუ დადგინდა, რომ საავადმყოფოები მოგების გაზრდის მიზნით ჩადიან თალლითობას, ახდენენ ჯარიმის ანაზღაურების საფასურის ორჯერ ტოლ თანხას. დავებს განიხილავენ გაერთიანებულ საარბიტრაჟო კომიტეტებში სახელმწიფო დონეზე. G-DRG სისტემას ასევე გათვალისწინებულია ზომები დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებთან (DRG) დაკავშირებული არასასურველი პაციენტის ადრეული განერის პრევენციისათვის, ძვირადღირებული სერვისების ადეკვატურად ანაზღაურების გზით, ასევე ხანმოკლე პერიოდით ჰოსპიტალიზაციისთვის გადახდების გამოკლებით. გარდა ამისა, იმავე მიზეზით რეადმისიები განერიდან 30 დღის განმავლობაში არ ანაზღაურდება.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დანერგვამ გამოიწვია საინფორმაციო ტექნოლოგიებში და მონიტორინგისა და კონტროლის აქტივობებში მნიშვნელოვანი ინვესტიციების სტიმულირება. საჭიროა მეტი ინფორმაცია და გამჭვირვალობა ჰოსპიტალური მომსახურების მოცულობასთან და ფასებთან დაკავშირებით, რამაც შესაძლოა გაზარდოს საავადმყოფოების ტექნიკური ეფექტურობა.

გერმანიაში G-DRG სისტემის ტესტირება ჩატარდა ერთი წლის განმავლობაში და 2004 წლის 1 იანვრიდან გახდა სავალდებულო გერმანიის ყველა საავადმყოფოსათვის, რითაც ჩაანაცვლა ადრე არსებული სისტემა, რომელიც დაფუძნებული იყო კონკრეტულ შემთხვევებზე დაფუძნებული გადახდის და სპეციალურ ტარიფების სისტემას.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის სისტემის დანერგვა ეტაპობრივი იყო. ის შეიძლება დაიყოს ოთხ ფაზად.

**მოსამზადებელი ეტაპი.** მოსამზადებელ ფაზაში (2000–2002) შემუშავდა ხარჯთაღრიცხვის სისტემა და დანახარჯების წონა გამოითვალა ნებაყოფლობით მონაწილე საავადმყოფოებიდან (დაახლოებით 100 საავადმყოფო 2002 წელს). G-DRG სისტემის პირველი ვერსია მოიცავდა 664 დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებს (DRG). ამ ფაზის განმავლობაში, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მედიცინის პროცედურების საერთაშორისო კლასიფიკაცია გადაკეთდა გერმანიის ოპერაციებისა და პროცედურების კოდიფიკაციის ინდექსად (Operationen und Prozedurenschlüssel) და დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD) კოდეზად ICD-10-გერმანულ მოდიფიკაციაში. ICD-10-GM).

**ბიუჯეტის ნეიტრალური ეტაპი.** ეგრეთ წოდებულ საბიუჯეტო ნეიტრალურ ფაზაში (2003–2004), საავადმყოფოები იღებდნენ ბიუჯეტებს, როგორც ადრე იყო შეთანხმებული, მაგრამ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG) (სპეციფიკური საავადმყოფოს საბაზისო განაკვეთით) იყო ანაზღაურების ერთეული. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG) გამოიყენებოდა ყველა გადაუდებელი მომსახურებისთვის, გარდა გარკვეული წინასწარგანსაზღვრული სერვისებისა და ფსიქიატრიისა და ფსიქოსომატური მედიცინის განყოფილებებში სამედიცინო მომსახურებისათვის, სადაც პერ დიემით ანაზღაურება გრძელდებოდა სტაციონარულ მომსახურებაზე. 2013 წლიდან G-DRG სისტემა ასევე გამოიყენება ფსიქიატრიის, ფსიქოთერაპიისა და ფსიქოსომატური მედიცინის განყოფილებებში სამედიცინო მომსახურებისათვის.

**კონვერგენციის ფაზა.** ამ ფაზაში, საავადმყოფოს სპეციფიკური საბაზისო განაკვეთები თანდათანობით გადაიზარდა სახელმწიფოს საბაზო განაკვეთთან (2005–2009). კონვერგენციის ფაზის დასაწყისში, საავადმყოფოს საბაზისო განაკვეთები არსებითად იცვლებოდა. 2005 წელს ინდივიდუალური საბა-

ზისო განაკვეთები გამოითვალა, როგორც ქვეყნის მასშტაბით საბაზისო განაკვეთების (15 პროცენტი) და ინდივიდუალური საავადმყოფოს საბაზისო განაკვეთების (85 პროცენტი) თანაფარდობა. თანაფარდობა შეადგენდა 35:65-მდე 2006 წელს, 55:45-მდე 2007 წელს და 75:25-მდე 2008 წელს. 2009 წლიდან გამოიყენება ქვეყნის მასშტაბით ერთიანი საბაზო განაკვეთი (100:0). ამ კონვერგენციის ფაზაში ასევე მიღებულ იქნა ზომები ბიუჯეტის შემცირების შეზღუდვის უზრუნველსაყოფად, რათა საავადმყოფოები დაცული ყოფილიყო გაუმართლებელი შემცირების რისკისგან, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) საფასურის კატალოგის განუვითარებლობით. აბსოლუტური მნიშვნელობა, რომლითაც შეიძლებოდა საავადმყოფოების ინდივიდუალური ბიუჯეტის შემცირება 2005 წელს, შემოიფარგლებოდა საწყისი ღირებულების 1 პროცენტით. შემდეგ ლიმიტი გაიზარდა 1,5 პროცენტამდე 2006 წელს, 2,0 პროცენტამდე 2007 წელს, 2,5 პროცენტამდე 2008 წელს, ხოლო 3.0 პროცენტი 2009 წელს.

ბიუჯეტის გაზრდაზე ზედა ზღვარი არ იყო. 2009 წელს, როდესაც ადგილობრივი საავადმყოფოების ფასები მთლიანად მიუახლოვდა სახელმწიფოს სპეციფიკურ საბაზო განაკვეთებს, სახელმწიფოს სპეციფიკური საბაზისო განაკვეთები მერყეობდა 2,777 ევროდან 3,073 ევრომდე გერმანიის მხარეებში.

**მეორე კონვერგენციის ფაზა.** მეორე კონვერგენციის ფაზის (2010–2014) მიზანი იყო სახელმწიფო ფასების მიახლოება ფედერალურ მხარეების დონესთან, რომ გაზრდილიყო გერმანიის საავადმყოფოებში ფასების დადგენის ჰომოგენურობა და სამართლიანობა. 2010 წლიდან ფედერალური თვითმმართველი ორგანოები ყოველწლიურად ადგენენ ფედერალური საბაზისო განაკვეთს (Bundesbasisfallwert). ეს საბაზისო განაკვეთი განისაზღვრება სახელმწიფო დონეზე შეთანხმებული ყველა ფასის შერეული შენონილი საშუალოს ალგებით (წინა წლისთვის) და ფა-

სის ცვლილების ზღვრის დამატებით. ფასების ცვლილების ეს ზღვარი თავდაპირველად განზრახული იყო ემპირიულად განისაზღვროს საავადმყოფოს ინფლაციის საფუძველზე, მაგრამ საბოლოოდ დადგინდა საავადმყოფოს ინფლაციის ან დაავადებათა ფონდის შენატანების ზრდის ტემპის უფრო მაღალი, შესაბამისად მცირე გავლენა ხარჯების ესკალაციის კონტროლზე. შემდეგ განისაზღვრება ფასების დერეფანი საბაზისო განაკვეთის ირგვლივ (2.5 პროცენტი ზემოთ და 1.5 პროცენტი ფედერალური საბაზისო განაკვეთის ქვემოთ), რომელიც ადგენს საზღვრებს მოლაპარაკებებისთვის სახელმწიფო დონის პროვაიდერ ასოციაციებსა და ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდებს შორის.

2016 წლიდან საავადმყოფოებს გამოიყოფა დამატებითი ბიუჯეტები საექტონო პერსონალისთვის, რათა თავიდან აიცილონ საექტონო პერსონალის შემცირება, რომელიც გამოწვეულია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის სისტემით. კიდევ ერთი ბოლოდროინდელი რეფორმა, რომელიც განხორციელდა 2017 წელს, იყო დამატებითი გადახდების შემოღება სოფლის საავადმყოფოებისთვის, რაც მნიშვნელოვანია ამ ადგილებში სამედიცინო მომსახურებისთვის საკმარისი დაფინანსების უზრუნველსაყოფად.

**შედეგები.** გერმანული ჯანდაცვის სერვისების საერთაშორისო ჰოსპიტალურ სერვისებთან შედარებისას, გამოვლინდა, რომ ისინი ითვლება ეფექტურ, მაგრამ ძვირადღირებულ სერვისებად.

ჯანდაცვასთან დაკავშირებულმა მთლიანმა ხარჯებმა 2011 წელს მთლიანი შიდა პროდუქტის 11.3% შეადგინა, რაც საშუალოზე (9.3%) 2%-ით მეტია. 2000-დან 2011 წლამდე პერიოდში გერმანიაში დაფიქსირდა ჯანდაცვის ხარჯების საშუალო ზრდა 2.1%-ით. ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) სხვა ქვეყნების ხარჯებთან შედარებით და გერმანიაში დაბერების მზარდი ტენდენციების გათვა-

ლისწინებით, აღნიშნული მაჩვენებელი დაბალ ზრდად ითვლება. კვლევებმა აჩვენა, რომ გერმანიაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის დანერგვამ გამოიწვია ჰოსპიტალური მკურნალობის ხარჯების 40%-მდე შემცირება. ეს ნაწილობრივ განპირობებული იყო ჯანდაცვის რეფორმების შედეგად ხარჯების შეკავების მექანიზმების დანერგვასთან. 2011 წელს სახელმწიფო ხარჯები 4%-ით აღემატებოდა OECD-ის საშუალო მაჩვენებელს (76.4% 72.6%-ისგან განსხვავებით).

2009 წელს მიღებულ იქნა ჰოსპიტალის დაფინანსების რეფორმის აქტი, რითაც გაგრძელდა საავადმყოფოების დაფინანსების მეთოდის მოდიფიცირება. 2003-2009 წლებში, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) შემოღების შემდეგ პაციენტების საავადმყოფოში დაყოვნება 8,9 დღიდან 8,0 დღემდე შემცირდა<sup>15</sup>. აღნიშნულის მთავარი მიზეზია, ერთი მხრივ, სამედიცინო ტექნოლოგიების დახვეწა და მკურნალობის ახალი მეთოდების დანერგვა. მეორე მხრივ, საავადმყოფოების დაფინანსების ახალი ფორმების გამოყენება და მკურნალობის პროცესის კომპონენტების ნაწილის ამბულატორიულ სექტორში გადატანა<sup>16</sup>.

ამავდროულად, 2009 წლისთვის ნამკურნალებ პაციენტების რაოდენობა 17,296,000-დან 17,809,000-მდე, ხოლო საავადმყოფოების რაოდენობა იმავე პერიოდში 2,197-დან 2,080-მდე შემცირდა. თუმცა, მკურნალობის ეფექტურობიდან გამომდინარე, სანოლის დატვირთვა არათუ არ გაიზარდა, არამედ 77,6%-დან 77,5%-მდეც კი შემცირდა (2003-2009 წწ.). დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დანერგვამ გამოიწვია საავადმყოფო-

---

<sup>15</sup> Daten von Statistisches Bundesamt Deutschlands: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen.psm1>

<sup>16</sup> Buhr P, Klinke S: Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter - Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern ZeS-Arbeitspapier Nr.6/2006

ებში ჭარბი სიმძლავრის შემცირება და, შესაბამისად, ჰოსპიტალური პროცესების რესტრუქტურისა და ოპტიმიზაციის გამო, საავადმყოფოების დამხმარე პერსონალის შემცირება. ამავდროულად, ჰოსპიტალურ სექტორში დასაქმებული პერსონალის მთლიანი რაოდენობის შემცირების ფონზე გაიზარდა ექიმების რაოდენობა.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დანერგვისა და კორექტირების 10 წლიანი პერიოდის შემდეგ, სისტემა საბოლოოდ ფართოდ იქნა მიღებული და იგი წარმატებულად ითვლება. სისტემის შეფასება აჩვენებს, რომ მან გააძლიერა გამჭვირვალობა ჰოსპიტალურ სექტორში და ხელი შეუწყო ზრუნვის უფრო ეფექტურობასა და ხარისხს<sup>17</sup>. თუმცა, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) შესახებ არსებული მონაცემები ჯერ კიდევ არ არის საკმარისი ზუსტი პასუხის გასაცემად კითხვაზე, შეიძლება თუ არა ეს ცვლილებები ხარისხისა და ეფექტურობის კუთხით განპირობებული იყოს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის სისტემის გამოყენებასთან.

## საფრანგეთი

გადაუდებელი სერვისების დაფინანსების მიზნით, საფრანგეთის მთავრობამ საავადმყოფოებში შემოიღო დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის სისტემა (ე.წ. T2A, Tarification à l'activité) 2004/2005 წლებში<sup>18</sup>. DRG-ზე დაფუძნებული გადახდის სისტემამდე საავადმყოფოების გადახდის მეთოდები მოიცავდა გლობალურ ბიუჯეტებს და შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურებას.

<sup>17</sup> Fürstenberg T, Zich K, Nolting H, Laschat M, Klein S, Häussler B. G-DRG impact evaluation. Final report of the first research cycle (2004-2006) IGES Institut, Institut für das Entgeltsystem in Krankenhaus: 2010.

<sup>18</sup> Or Z. Implementation of DRG payment in France: issues and recent developments. Health Policy. 2014;117(2):146-150.

2010 წელს საავადმყოფოს დაფინანსების 73%-ს მოიცავდა აქტივობაზე დაფუძნებული გადახდები (DRG-ზე დაფუძნებული გადახდის სისტემა და FFS), ხოლო 27%-ს ყველა სხვა გადახდის სისტემა როგორცაა წლიური პერსპექტიული გადახდები, ძვირადღირებული მედიკამენტები და კონკრეტული ინვესტიციების დაფინანსება<sup>19</sup>.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის სისტემის (T2A) შემოღებამ გამოიწვია ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის მცირედი ზრდა (+1,36% 2009 წელს), განსაკუთრებით ამბულატორიულ დახმარებაზე (+3,14%) და საავადმყოფო დღეების საერთო რაოდენობის და შესაბამისად საავადმყოფოს ხარჯების შემცირება.

თუმცა, არსებობდა გარკვეული უარყოფითი თვალსაზრისი დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული საავადმყოფოების დაფინანსების მიმართ. კერძოდ, 2009 წელს აუდიტორის სამსახურმა განაცხადა, რომ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის მოდელი არ იყო ხარჯების კონტროლის მხრივ გამჭვირვალე მექანიზმი მენეჯერებისთვის და ადგილობრივი მარეგულირებელი ორგანოებისთვის, ხოლო საავადმყოფოს რესურსების, ხარჯების და ხარისხის კონტროლი არასაკმარისი და არადაამკმაყოფილებელი იყო. გარდა ამისა, ფრანგული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის სისტემის მიმართ 2012 წელს კრიტიკული შენიშვნები გამოითქვა რამდენიმე ეროვნული აუდიტორული ინსტიტუტის მიერ. სამწუხაროდ, საავადმყოფოს ხარჯების მონაცემები ჯერ კიდევ არ გამოიყენება შეფასების ან ეფექტური პროვაიდერების იდენტიფიცირებისთვის, რათა ხელი შეუწყოს სხვადასხვა აქტორების ქცევის მონიტორინგს.

---

<sup>19</sup> Ministère de la santé et des sports. Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A) France. 2010.



ზოგადად, საფრანგეთის გამოცდილება აჩვენებს, რომ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის სისტემას შეუძლია გააძლიეროს ეფექტურობა და გამჭვირვალობა საავადმყოფოებში, თუმცა, ასევე შეიცავს გარკვეულ რისკებს.

## აპსტრიხა

ავსტრიამ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული საავადმყოფოების დაფინანსების სისტემა შემოიღო 1997 წელს. მას ეწოდა „Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung“<sup>20</sup>.

1990 წლიდან 2012 წლამდე გაიზარდა სტაციონარული მომსახურების სახელმწიფო ხარჯები; თუმცა, ხარჯები უფრო მაღალი იყო 1990 წლიდან 1997 წლამდე (6.1%), ვიდრე 1998 წლიდან 2012 წლამდე (4.8% წლიური ცვლილება). სტაციონარული სერვისებზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-თან მიმართებით პროცენტულად იზრდება 2.6%-დან 1990 წელს 3.2%-მდე 1997 წელს და 3.2%-დან 1998 წელს 3.8%-მდე 2012 წელს. თუმცა, ხარჯების ზრდის ეტაპობრივმა სტაბილიზაციამ არ გამოიწვევს შედეგ<sup>21</sup>.

საავადმყოფოს სანოლგების რაოდენობა შემცირდა 14%-ით 1997-დან 2011/2012 წლებში და ასევე დაფიქსირდა საავადმყოფოდან განწერის მცირე ზრდა იმავე პერიოდში. შემდგომ დაიგეგმა ავსტრიის ამბულატორიული ჯანდაცვის სექტორში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული ანაზღაურების სისტემის დანერგვა და გამოყენება.

---

<sup>20</sup> Theurl E. Reform of hospital financing in Austria: successes, failures, and the way forward. Euro J Health Econ. 2015;16(3):229–234

<sup>21</sup> Theurl E, Winner H. The impact of hospital financing on the length of stay: evidence from Austria. Health Policy. 2007;82(3):375–389.



## **შვეიცარია**

2008 წლის 18 იანვარს ბერნში დაარსდა შვეიცარიული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სააქციო საზოგადოება (Swiss DRG AG). აღნიშნული ორგანიზაცია შექმნეს ჯანმრთელობის დაზღვევის სექტორის კანტონებმა, რათა ჰოსპიტალური ტარიფების სტრუქტურა უფრო სტანდარტიზებული და ამით პაციენტებისთვის უფრო გასაგები და გამჭვირვალე გაეხადათ. ადაპტაციისთვის ყველაზე შესაფერის მოდელად აღიარებულ იქნა გერმანული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა.

## **Nord DRG**

1990-იანი წლების დასაწყისიდან სკანდინავიური ქვეყნები (ფინეთი, შვედეთი, დანია, ნორვეგია და ისლანდია) ცდილობდნენ შეექმნათ დაავადებათა კლასიფიკაციის საერთო სისტემა.

Nord DRG არის დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფი (DRG), რომელიც იყენებს ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციის (HCFA - Health Care Financing Administration) HCFA-DRG ვერსიას. ის ეფუძნება ჯანმო-ს დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციას მე-10 ვერსიას ICD-10 (International Classification of Diseases) და NOMESCO (Nordic Medico-Statistical Committee) ქირურგიული პროცედურების კლასიფიკაცია (NCSP - Nomesco Classification of Surgical Procedures).

Nord DRG დაარსდა 1996 წელს. ეროვნული Nord DRG შემოღებულ იქნა ფინეთში, ნორვეგიაში, შვედეთში, ესტონეთში, ლატვიაში და დანიაში. ხელმისაწვდომია Nord DRG-ის საერთო ნორდიული ვერსია, რომელიც აერთიანებს ICD-10 (ICD+) და NCSP (NCSP+), რომელიც შეიცავს ყველა კოდს, ყველა ეროვნულ კლასიფიკაციაში. ლატვიური და ესტონური ვერსიები პირდაპირ ეფუძნება ეროვნული საბაზისო კლასიფიკაციის ICD+ და

NCSP+ სქემებს. სხვა ეროვნულ ვერსიებს აქვთ განსხვავებული მოდიფიკაციები.

**Nord DRG** ამჟამად გამოიყენება ქვეყნის მასშტაბით ნორვეგიის საავადმყოფოებში, ფინეთის და შვედეთის რეგიონალური ჯანდაცვის ადმინისტრაციების უმრავლესობაში. სისტემა ასევე დაინერგა საცდელად ისლანდიაში. დანამ შეიმუშავა მოდიფიცირებული DRG სისტემა (**DkDRG - (Danish Diagnosis Related Groups denmark)**) დაფუძნებული **Nord DRG-ზე**, რომელიც დაინერგა 2002 წელს. **Nordic Casemix Center**-მა შეიმუშავა ესტონური **Nord DRG** ვერსია, რომელიც დანერგილია 2003 წლიდან. 2022 წლის ნოემბერში ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ეროვნულმა საბჭომ გამოუშვა **Nord DRG** სისტემის შვედური ვერსია, რომელიც ძალაში შევა 2023 წლის იანვარში.

1990-იანი წლების დასაწყისში ფინეთმა შეიმუშავა “**Fin DRG**” ჯგუფი, რომელიც ეფუძნება ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციის (**HCFA - Health Care Financing Administration**) **HCFA-DRG** ვერსიას, რომელიც ავტომატურად გარდაქმნის ფინურ **ICD-9** დიაგნოზს და პროცედურების კოდირება **HCFA-DRG**-ში.

1996 წლის დასაწყისიდან ყველა სკანდინავიურმა ქვეყანამ გადანყვიტა დაეწყო მისი გამოყენება **ICD-10** კლასიფიკაციის გათვალისწინებით. ფინეთის ჯანდაცვის ეროვნულმა ორგანოებმა და ასოციაციებმა (ადგილობრივ და რეგიონულ ხელისუფლებათა ასოციაცია), შვედეთმა, ისლანდია, დანამ და ნორვეგიამ დაიწყო **Nord DRG**-ის პროექტის განხორციელება. მათ დააარსეს **Nordic Casemix** ცენტრი, რომელიც პასუხისმგებელი იყო **Nord DRG**-ის ჯგუფის განვითარებაზე.

2002 წელს დანამ გადანყვიტა თავად შეექმნა **DRG**-ის საკუთარი სისტემა (**DkDRG**). 2003 წელს ესტონეთი შეუერთდა **Nord DRG**-ს კონსორციუმს.

**Nord DRG** სისტემა ყოველწლიურად განახლდება განსაზღვრული პროტოკოლის მიხედვით, რაც მიზნად ისახავს დაინტე-

რესებული მხარეების საჭიროებების დაკმაყოფილებას. თითოეული ქვეყანა თავად ახორციელებს მოდიფიკაციებს საკუთარი მონაცემების გათვალისწინებით. ყოველწლიური განახლებას ადმინისტრირებას უკეთებს ექსპერტთა ჯგუფი, რომელიც შედგება თითოეული მონაწილე ქვეყნიდან დასახლებული ექსპერტებისგან. ეს ჯგუფი არის მთავარი საკონსულტაციო პლატფორმა დისკუსიებისთვის, რომლის მეშვეობით ხდება Nord DRG სისტემის შეფასება და განვითარება. ექსპერტთა შეხვედრები ქსელის მეშვეობით იმართება წელიწადში ორჯერ. ექსპერტების წინადადების მიხედვით, Nord DRG-ის მმართველი ჯგუფი იღებს საბოლოო გადაწყვეტილებას (კონსენსუსით) სისტემაში შესატან ცვლილებებთან დაკავშირებით.

ფინეთში ყველა შემოთავაზებული ცვლილება განიხილება ფინეთის DRG ცენტრში ყოველი სამედიცინო სპეციალობის ექსპერტ ექიმთან თანამშრომლობით. თუ საჭიროა, წინადადებები შემდგომ განიხილება Nord DRG ექსპერტთა ქსელთან. შვედეთში ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ეროვნული საბჭო პასუხისმგებელია Nord DRG სისტემის შვედური ვერსიის განვითარებაზე.

ესტონეთში DRG სისტემის შემუშავებისა და განახლების პასუხისმგებლობა ეკისრება ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდს (EHIF - Estonian Health Insurance Fund). დანახარჯების წონების გაანგარიშება ხდება ცალ-ცალკე თითოეულ ქვეყანაში, Nord DRG-ის და შესაბამისი ღირებულების მონაცემების გამოყენებით.

## ნორვეგია

სიტუაცია ნორვეგიაში გარკვეულწილად განსხვავებულია. კერძოდ, DRG-ის სისტემა დაინერგა უფრო ადრე, 1997 წელს. ნორვეგიაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დაფინან-

სების პროცენტს პარლამენტი წყვეტს. 2004 წლის მონაცემები აჩვენებს, რომ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) წილი იყო 40%, ხოლო საავადმყოფოების დაფინანსების 60% ეფუძნებოდა ბლოკ გრანტებს. 2005 წელს საპირისპირო სიტუაცია იყო და დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) წილი 60%-მდე გაიზარდა. მანაცემების ანალიზის მიხედვით, 2004 წელს საავადმყოფოების ფაქტობრივი ხარჯების მხოლოდ 26.8% დაიფარა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეშვეობით<sup>22</sup>. 2005 წელს საავადმყოფოების ხარჯები, რომლებიც დაფარულია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეშვეობით, გაიზარდა 41%-მდე<sup>23</sup>.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დანერგვის ეფექტურობის გაანალიზების მიზნით ნორვეგიის საავადმყოფოებში ჩატარდა კვლევა. ანალიზმა აჩვენა მნიშვნელოვანი კორელაცია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) ზემოქმედებასა და საავადმყოფოში სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობას შორის.

ABF რეფორმის ეფექტიანობის ანალიზმა ნორვეგიაში 1992-2000 წლებში აჩვენა საავადმყოფოების საქმიანობის საშუალო წლიური ზრდა 3,2%-ით 1997 წლიდან 2000 წლამდე, 2%-თან შედარებით 1992 წლიდან 1997 წლამდე პერიოდში.<sup>38</sup>

ანალიზმა აჩვენა, რომ ABF-ის დანერგვამ დადებითი გავლენა მოახდინა ტექნიკურ ეფექტურობაზე 4%-დან 5%-მდე, მაშინ როცა მისი გავლენა ხარჯების ეფექტურობაზე საკმაოდ უმნიშვნელო იყო. რეფორმა, 2001 წლიდან 2005 წლამდე, რეფორმამდე 9,4%-თან შედარებით, 1999 წლიდან 2001 წლამდე.

---

<sup>22</sup> Rankovic A, Rancic N, Jovanovic M, et al. Impact of imaging diagnostics on the budget – are we spending too much? *Vojnosanit Pregl*. 2013;70(7):709–711.

<sup>23</sup> Bjørn E, Hagen P, Iversen T, Magnussen J. The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000. *Health Care Manag Sci*. 2003;6(4):271–283.

## შვედეთი

შვედეთში არსებობს DRG-ის სხვადასხვა სისტემები. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გამოყენება შვედეთში დიდწილად განსხვავდება რეგიონებში, რადგან არ არსებობს პაციენტების კლასიფიკაციის გარკვეული სტანდარტული სისტემა, მიუხედავად იმისა, რომ NordDRG სისტემა გამოიყენებოდა შვედეთის უმეტეს რეგიონებში. ზოგიერთი რეგიონი იყენებს HCFA და AP კლასიფიკაციის სისტემებს, რომლებიც შემუშავებულია შეერთებულ შტატებში.

სტოკჰოლმის ოლქის საბჭომ 1992 წელს დანერგა DRG, როგორც გადახდის სისტემა სტაციონარული მოვლისთვის. 1999 წლიდან ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის ეროვნულმა საბჭომ DRG საკითხების კორდინირებულობა უზრუნველყო. ყველა საოლქო საბჭო და რეგიონი ახლა იყენებს DRG-ს გარკვეულწილად

დადგინდა, რომ სტოკჰოლმის საავადმყოფოების პროდუქტიულობა გაიზარდა დაახლოებით 20%-ით რეფორმის პირველი 2 წლის განმავლობაში. პროდუქტიულობის პროგრესი დაკავშირებულია დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობის შემცირების, ოპერაციების რაოდენობის ზრდისა და პაციენტების უფრო სწრაფი ბრუნვის გამო. რეფორმის პირველი 2 წლის განმავლობაში მოკლე რიგების გამო შემცირდა გრძელი ლოდინის სიები და გაუმჯობესდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. ასევე, არ იყო რაიმე მტკიცებულება პაციენტის შერჩევის შესახებ.

## ფინეთი

Nord DRG-ის ფინური ვერსია თავდაპირველად დაინერგა ჰელსინკის უნივერსიტეტის ცენტრალური საავადმყოფოში 1998 წლის დასაწყისში. 2001 წელს ფინეთის ხუთი რაიონი გარკვეულწილად იყენებდა Nord DRG-ზე დაფუძნებულ ფასებს

ჰოსპიტალური სერვისების დასაფინანსებლად. ფინეთში საავადმყოფოს ანაზღაურება ეროვნულ დონეზე დაბალია. ამიტომ, თითოეულ რაიონს შეუძლია დამოუკიდებლად განსაზღვროს საავადმყოფოს გადახდის მეთოდი.

## დასვია

1991 წელს დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, ლატვიაში თავდაპირველად<sup>24</sup> დანერგა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული საავადმყოფოს გადახდის სისტემა დამტკიცებული იქნა ლატვიაში 2015 წლის იანვარში, საავადმყოფოს გადახდის სისტემის ეფექტურობისა და გამჭვირვალობის გაზრდის მიზნით.

2015 წლის მაისში, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტებმა დაასკვნეს, რომ ლატვიაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის კარგად ფუნქციონირების რამდენიმე წინაპირობა ჯერ არ იყო შექმნილი და რეკომენდაცია გაუწიეს აღნიშნული სისტემის ეტაპობრივად განხორციელებას. კერძოდ, საჭირო იქნებოდა საავადმყოფოებთან კონტრაქტის სისტემის გადახედვა, საავადმყოფოების საინფორმაციო ტექნოლოგიების მართვის სისტემების მასშტაბირება ხარჯების მონაცემების შეგროვებისთვის და ჯანდაცვის დაწესებულებების კოდირების პრაქტიკის გაუმჯობესება. შემუშავდა გეგმა, რომელიც მოიცავდა მომდევნო 3-5 წელს.

ამჟამად, საავადმყოფოების დაფინანსება ხორციელდება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გლობალური ბიუჯეტის მეშვეობით, რომელიც განისაზღვრება ლატვიის ჯანდაცვის სახელმწიფო სამსახურის მიერ (NHS).

<sup>24</sup> Romania Radu CP, Chiriac DN, Vladescu C. Changing patient classification system for hospital reimbursement in Romania. Croat Med J. 2010;5(3):250–258.

მთლიანი წლიური ბიუჯეტი თანაბრად იყოფა თვეებს შორის, რაც ნიშნავს, რომ საავადმყოფოები ვალდებული არიან დაკმაყოფილდნენ კონტრაქტით გათვალისწინებული ბიუჯეტით. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) საბაზო განაკვეთი და დანახარჯები ეფუძნება ისტორიულ ტარიფებს, რომელსაც ამტკიცებს მთავრობა. ჯანდაცვის სახელმწიფო სამსახური არ მოქმედებს როგორც სტრატეგიული მყიდველი. ამის ნაცვლად, მისი როლი არის ჯანდაცვის ბიუჯეტის გადანაწილება საავადმყოფოებს შორის.

## ესტონეთი

ესტონეთში ჯანმრთელობის დაფინანსების სისტემა დაფუძნებულია სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევაზე, სადაც მოქმედებს ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი (EHIF-Estonian Health Insurance Fund). ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდის ხარჯები ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 65%-ს შეადგენდა 2009 წლის მდგომარეობით.

1990-იან წლებში ესტონეთის ჯანდაცვის სისტემის პრობლემას წარმოადგენდა ჭარბი ჰოსპიტალური სექტორი, ლოდინის ხანგრძლივი პერიოდი, ეკონომიკური კრიზისი. უკვე 1998 წელს ესტონეთმა დაიწყო დაფინანსების შემოღება ყველაზე გავრცელებული სტაციონარული შემთხვევებისთვის, როგორიცაა აპენდექტომია, ბარძაყისა და მუხლის ჩანაცვლება და ფიზიოლოგიური მშობიარობა. მიუხედავად ამისა, ამ შემთხვევებზე დაფუძნებული დაფინანსების სისტემის საერთო გავლენა საკმაოდ შეზღუდული იყო.

2001 წელს ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდმა (EHIF) გადაწყვიტა დაენერგა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდის სისტემა. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის დანერგვა განიხილებოდა, როგორც ხარ-



ჯების შეკავების, მოცულობის ზრდის შეზღუდვის და ჰოსპიტალური სექტორის საერთო ეფექტურობისა და გამჭვირვალობის გაზრდის საშუალებას.

განხილული იყო სამი ალტერნატიული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა: ავსტრალიის DRG, სკანდინავიური ქვეყნების ერთობლივი DRG (NordDRG) და ესტონეთის კონკრეტულ შემთხვევებზე დაფუძნებული სისტემა. სხვადასხვა ვარიანტების დადებითი და უარყოფითი მხარეები შეფასდა შემდეგი კრიტერიუმების მიხედვით: DRG ჯგუფისთვის საჭირო პირველადი კლასიფიკაცია, კორექტირება, რომელიც საჭირო იქნებოდა საინფორმაციო ტექნოლოგიების (IT) სისტემაში, დანერგვისა და შენარჩუნების ღირებულება, ესტონეთის კლინიკურ პრაქტიკასთან შესაბამისობა და ტექნიკური დახმარების ხელმისაწვდომობა.

დაავადებათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაცია (ICD-10) დანერგილი იყო ესტონეთში 1997 წლიდან, მაგრამ არ არსებობდა ქირურგიული პროცედურების კლასიფიკაცია (გარდა შესრულებული სამუშაოს მიხედვით გადახდის (FFS) სისტემის მიერ გამოყენებული 700 კოდისა). თუმცა, ესტონელმა ქირურგებმა თარგმნეს სკანდინავიური სამედიცინო-სტატისტიკური კომიტეტის ქირურგიული პროცედურების კლასიფიკაცია (Nordic Medico-Statistical Committee Classification of Surgical Procedures - NCSP) და დაგეგმეს მისი განხორციელება. ამრიგად, ადვილი იყო NordDRG სისტემის პირველადი კლასიფიკაციის მოთხოვნის შესრულება. სკანდინავიური ქვეყნების სიახლოვემ, მათ ტექნიკურ მხარდაჭერაზე მარტივი წვდომა და ესტონეთსა და სკანდინავიურ ქვეყნებს შორის არსებულმა კლინიკურმა თანამშრომლობამ გაზარდა NordDRG სისტემის მიმზიდველობა. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანი იყო სკანდინავიური ქვეყნების კომერციული ინტერესის ნაკლებობა ესტონეთის დიაგნოზთან



შეჭიდული ჯგუფების (DRG) განვითარების მიმართ და მათი ღირებულება ესტონელი ექსპერტების ჩართვისთვის NordDRG განვითარების პროცესში.

იმის გამო, რომ ელექტრონული ინდივიდუალური პაციენტზე დაფუძნებული ინვოისი 2000 წლიდან მოქმედებდა ესტონეთში, ალტერნატივად განიხილებოდა ამ მონაცემების გამოყენება ესტონეთის საკუთარი დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) შესაქმნელად. თუმცა, შემთხვევების საერთო რაოდენობა არ იყო დიდი (დაახლოებით 300,000), რაც ართულებდა მაღალი ხარისხის ჯგუფის განვითარებას. ასევე, საკუთარი დაჯგუფების ლოგიკის შემუშავება გაცილებით დიდ ტექნიკურ გამოცდილებას და ძალისხმევას მოითხოვდა. შესაბამისად, ყველაზე პრაგმატული ვარიანტი იყო NordDRG-ის გამოყენება, ხოლო მომავალში მისი მორგების შესაძლებლობა ქვეყნის სპეციფიკურ საჭიროებებზე.

ამგვარად, ესტონეთში არჩეული იყო Nord DRG სისტემა, რომელიც დაფუძნებულია როგორც ICD-10 დიაგნოსტიკის კოდირებაზე, ასევე NCSP კოდირებაზე. Nord DRG კოდირების სისტემა ყველაზე მისაღები აღმოჩნდა პროვაიდერებისთვის.

ორი ალტერნატივა განიხილებოდა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) ხარჯების წონის გამოსათვლელად. პირველი ვარიანტი იყო ესტონეთის საკუთარი წონების გამოყენება, გამთვლილი არსებული ადმინისტრაციული ტარიფებისა და ინვოისების საფუძველზე 2003 წლის იანვრიდან ივნისამდე. რადგან ტარიფები მოიცავს ყველა ხარჯს (პერსონალის, სახარჯო მასალები, ზედნადები და კაპიტალური ხარჯები) და პროვაიდერებს არ აქვთ უფლება გადაახდევინონ პაციენტს დამატებითი გადასახადი. გარდა ოფიციალური თანაგადახდებისა, ეს მონაცემები იძლევა ხარჯებზე დაახლოებით წარმოდგენას. მეორე ვარიანტი იყო აშშ-ს ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციის (HCFA) DRG ღირებულების წონების გამოყენება. ჩატარდა

ორივე სისტემის სიმულაციები და განიხილებოდა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მრჩეველთა კომიტეტთან ერთად, რომელიც რეკომენდაციას უწევდა ესტონეთის საკუთარი ნონის გამოყენებას, მაგრამ ასევე უპირატესობას ანიჭებდა HCFA ნონების გამოყენებას იმ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებისთვის (DRG), რომლებსაც აქვთ შემთხვევების დაბალი რაოდენობა (30-ზე ნაკლები). დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) ტარიფები გამოითვლებოდა ბიუჯეტის ნეიტრალურობის დაშვებით (ანუ, DRG საბაზისო განაკვეთი ასახავს საშუალო ღირებულებას თითოეულ შემთხვევაში) საავადმყოფოს ტიპის მიხედვით დიფერენციაციის გარეშე (მაგალითად, სასწავლო საავადმყოფო და ზოგადი საავადმყოფო). სამაგიეროდ, სასწავლო საავადმყოფოები იღებენ დამატებით დაფინანსებას, რომელიც არ არის დაკავშირებული სამედიცინო დახმარების განევასთან, მაგრამ დაკავშირებულია სწავლების ფუნქციასთან (და ტარიფები მოიცავს ყველა ხარჯს, გარდა სწავლებისა და კვლევასთან დაკავშირებული ხარჯებისა). ერთიანი საბაზისო განაკვეთის მიღმა არის დაშვება, რომ ერთსა და იმავე შემთხვევას უნდა ჰქონდეს იგივე ღირებულება (და შესაბამისად ანაზღაურება) მიუხედავად იმისა, თუ სად განიხილება იგი.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) განხორციელების გეგმა მომზადდა 2001 წელს, რომლის თავდაპირველი მიზანი იყო მისი განხორციელება 2002 წელს, მაგრამ მალე გაირკვა, რომ მოსამზადებლად მეტი დრო იყო საჭირო. ტექნიკური პრობლემებისა და პროვაიდერების წინააღმდეგობის რისკის შესამცირებლად, შეთანხმდნენ, რომ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა ეტაპობრივად განხორციელდებოდა.

NordDRG სისტემა დაფუძნებულია ICD-10-ზე და NCSP-ზე. როგორც ზემოთ განვიხილეთ, NCSP არ იყო ოფიციალურად გამოყენებული ესტონეთში იმ დროს, როდესაც მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გა-

დახდებზე გადასვლის შესახებ; იგი განხორციელდა 2003 წელს. დადგინდა იქნა, რომ **NCSP**-ის გარეშე ქირურგიული ანგარიშ-ფაქტორები აღარ მიიღებოდა ანაზღაურებისთვის.

მსგავსი მიდგომა ადრე გამოიყენებოდა **ICD-10**-ისთვის. სპეციფიკური კოდირების სახელმძღვანელო არ იყო მომზადებული, მაგრამ მოსალოდნელი იყო, რომ დაცული იქნებოდა სტანდარტული **ICD-10** და **NCSP** კოდირების ინსტრუქციები.

2000 წელს ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდის IT სისტემა უკვე მოიცავდა მთელ ქვეყანას და ყველა პროვაიდერს უკვე ჰქონდა მორგებული IT სისტემები მასთან თავსებადობისთვის. ამან შესაძლებელი გახადა ცენტრალური **NordDRG** ჯგუფის დანერგვა მინიმალური ძალისხმევით, რადგან ის ჩაშენებული იყო ცენტრალური ინვოისის სისტემაში; ყველა პროვაიდერს მიენიჭა წვდომა ცენტრალურ ჯგუფზე, რაც გაზრდიდა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (**DRG**) განხორციელებისთვის საჭირო ხარჯებს და დროს.

2002 წელს ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდმა მოაწყო ერთდღიანი ტრენინგი **NCSP** კლასიფიკაციის შესახებ დაინტერესებული პროვაიდერებისთვის. მომდევნო წელს ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში ჩატარდა საავადმყოფოების შემდგომი ტრენინგი, რომლის მიზანი იყო განეხილათ **NCSP** ლოგიკა და ძირითადი დაბრკოლებები, რომლებიც წარმოიშვა განხორციელების პირველ წელს. 2002 წელს კლინიციისტებსა და საავადმყოფოს პერსონალს ასევე შესთავაზეს სამდღიანი სასწავლო კურსი დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (**DRG**) ლოგიკაზე.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (**DRG**) გადახდის სისტემა მოქმედებს ყველა საავადმყოფოში, რომლებსაც აქვთ კონტრაქტი ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდთან და უზრუნველყოფენ გადაუდებელ სტაციონარულ მკურნალობას, ამბულატორიულ ქირურგიას ან ორივეს ერთად. იგი გამოიყენება სტაციონარული სერვისების უმეტესობის ასანაზღაურებლად.

ზოგიერთი სერვისები, როგორცაა ფსიქიატრია, რეაბილიტაცია და გრძელვადიანი საექთნო დახმარება, არ ფინანსდება. გარდა ამისა, სერვისები, რომლებსაც აქვთ მაღალი ღირებულება, კვლავ ანაზღაურდება შესრულებული სამუშაოს (FFS) საფუძველზე.

2003 წელს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა დაინერგა როგორც შემთხვევის ჯგუფი, მაგრამ ჯერ კიდევ არა როგორც გადახდის მექანიზმი. განხილული იყო დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG), როგორც გადახდის მექანიზმის, ეტაპობრივი ჩართვა, მისი გამოყენება შეზღუდული რაოდენობის დაავადებათა ჯგუფებზე, სადაც ფინანსური რისკი უფრო მცირეა (მაგალითად, ოფთალმოლოგია). საბოლოოდ გადაწყდა, რომ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდის სისტემა უნივერსალურად იქნებოდა გამოყენებული (ყველა პროვაიდერზე და ყველა სამედიცინო მიმართულებაზე), დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდის განხორციელების დაწყებიდან (2004 წლიდან), მაგრამ დანერგილი იქნებოდა “ძველი” FFS სისტემის პარალელურად.

ექსპერტთა აზრით, ეს მიდგომა შეამცირებდა ფინანსურ რისკს, რომელიც პროვაიდერებს შეექმნებოდათ გარდამავალ პერიოდში. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) გადახდილი პროპორცია დროთა განმავლობაში გაიზრდებოდა. პირველი წლის განმავლობაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) წილი იყო 10 პროცენტი; ერთი წლის შემდეგ (2005 წელს) ის გაიზარდა 50 პროცენტამდე, შემდეგ კი 70 პროცენტამდე 2009 წელს.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) განხორციელების პროცესს ხელმძღვანელობდა ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი (EHIF). პროცესის განმავლობაში, ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდმა ჩართო სხვადასხვა სამედიცინო სპეციალისტები, რომელთა როლი იყო დიაგნოზთან შე-

ჭიდული ჯგუფების (DRG) ტერმინოლოგიის თარგმნა, **NCSP** და საოპერაციო კოდების შედგენა და **DRG** დაჯგუფების ლოგიკის შესაბამისობის შეფასება კლინიკურ პრაქტიკასთან დაკავშირებით. საწყის ეტაპებზე საავადმყოფოები დიდად არ იყვნენ დაინტერესებულნი დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) განვითარების პროცესში ჩართვით, მაგრამ წინასწარი ტარიფების სიმულაციების შემდეგ მათი ინტერესი გაიზარდა.

ადრეულ პერიოდში, ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდმა ჩამოაყალიბა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მრჩეველთა კომიტეტი, რომელშიც შედიოდნენ წარმომადგენლები ძირითადი სამედიცინო სპეციალობებიდან, სოციალური დაცვის სამინისტროდან (რომელიც პასუხისმგებელია ჯანდაცვისა და სხვა სოციალურ პოლიტიკაზე) და სხვადასხვა ტიპის საავადმყოფოებიდან. ამ კომიტეტს ჩაუტარდა კონსულტაციები განხორციელების ძირითად საკითხებზე და დაეხმარა იმ პროვაიდერების წინააღმდეგობის უკეთ მართვას, რომლებსაც ეშინოდათ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდის რეფორმის პოტენციური ნეგატიური ზემოქმედების მათ შემოსავლებზე.

წლების განმავლობაში, ესტონეთში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდის სისტემაში რამდენიმე ცვლილება განხორციელდა. მიუხედავად იმისა, რომ არ იგეგმება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მიერ ანაზღაურებული ხარჯების წილის გაზრდა **70** პროცენტზე მეტი, იგეგმება გადახდის ახალი მეთოდების შემოღება გარკვეული სფეროებისთვის, მაგალითად, ეპიზოდზე დაფუძნებული გადახდები. **Nordic Casemix Center** ყოველწლიურად ავრცელებს **NordDRG** ჯგუფის ახალ ვერსიას. ესტონეთი თავდაპირველად აგრძელებდა ჯგუფის ორიგინალური ვერსიის გამოყენებას, მაგრამ ახლა **NordDRG** ჯგუფის ახალი ვერსია მიიღება ყოველ მეორე წელს. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) წონები, ტარიფები

და ანაზღაურების პრინციპები ყოველწლიურად განიხილება და მეთოდოლოგია დაზუსტდა წლების განმავლობაში.

## **ამერიკის შეერთებული შტატები**

შეერთებული შტატები იყენებს HCFA-DRG (Diagnosis Related Groups of the Health Care Financing Administration) მოდელს. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) განხორციელების შემდეგ, ეკონომისტები მუდმივად პროგნოზირებდნენ და აანალიზებდნენ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდის სისტემის ზემოქმედებას და ეფექტს. მათი მტკიცებით, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებმა (DRG) შეამცირა სტაციონარში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა. თუმცა, ზოგი მკვლევარის აზრით, დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობის შემცირებას შესაძლებელია ხელი შეუწყოს ზოგადმა ტენდენციებმა და ტექნოლოგიურმა ცვლილებებმა.

დღეს, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის სისტემა ფართოდ არის მიღებული შეერთებულ შტატებში. დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფები გამოიყენება როგორც გადახდის სისტემა არა მხოლოდ Medicare-ის პროგრამაში, არამედ კერძო დაზღვევის სისტემაში და Medicaid-ის პროგრამაში. მონიტორინგისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის გასაუმჯობესებლად, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG) ასევე გამოიყენება მრავალი საავადმყოფოს მართვის სისტემაში. მიუხედავად იმისა, რომ გამოყენებულია სამედიცინო დანესებულებების გადახდის სხვა სქემები, როგორცაა დღიური ან საკონტრაქტო გადასახადი, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG) რჩება მთავარ გადახდის სისტემად, რომელსაც ასევე იყენებ მრავალი გეგმა და პროვაიდერი.

მიუხედავად იმისა, რომ იყო გარკვეული პრეტენზიები დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) გადახდების ძალიან

დაბალ დონეზე, აღნიშნული პრობლემა შეიძლება ითქვას ყველა სხვა გადახდის სისტემასთან დაკავშირებით. შეერთებულ შტატებს ბევრი პრობლემა აქვს საავადმყოფოებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით. თუმცა, ჩატარებული კვლევები ადასტურებენ, რომ მცირე მტკიცებულებაა ხარისხთან დაკავშირებული პრობლემებზე DRG გადახდის სისტემის პასუხისმგებლობაზე. თუმცა, სავარაუდოა, რომ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდის სისტემამ ხელი შეუწყო ტრადიციული სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებიდან ამბულატორიულ მკურნალობაზე გადასვლას, რაც დადებით გავლენას ახდენს ხარჯების შეკავებაზე.

შეერთებულ შტატებსა და OECD-ის სხვა ქვეყნებს შორის შედარებამ აჩვენა, რომ შეერთებულ შტატებს აქვს ჯანდაცვის დანახარჯების უჩვეულოდ მაღალი დონე, თუმცა ზრდა მნიშვნელოვნად შენედა ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში.

## აპსტრაქტი

1990-იანი წლების დასაწყისში ავსტრალიელთა ერთი მეოთხედი ცხოვრობდა ვიქტორიას შტატში, რომლის მოსახლეობა 4,2 მილიონს შეადგენდა. ვიქტორიის ჯანდაცვისა და საზოგადოებრივი სერვისების დეპარტამენტს ჰქონდა წლიური ბიუჯეტი 4 მილიარდი A\$ (1,85 მილიარდი ფუნტი), რომლის 56% იხარჯებოდა გადაუდებელ სტაციონარულ მომსახურებაზე.

1993 წელს, ხარჯების ზრდამ გამოიწვია ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტის 10%-იანი შემცირება<sup>25</sup>. ვიქტორიის შტატმა შემოიღო დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეთოდი. მაშინდელი მთავრობის მიზანი იყო გამჭვირვალობის გაზრდა და ჯანდაცვის სექტორში საბაზრო კონკურენციის დანერგვა. აქ-

<sup>25</sup> Ettelt S, Nolte E. Funding Intensive Care – Approaches in Systems Using Diagnosis-Related Groups. London: The RAND Corporation; 2010



ტივობაზე დაფუძნებული დაფინანსება მიზნად ისახავდა ეფექტურობის გაზრდას სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირების გზით. აქტივობაზე დაფუძნებული დაფინანსება მოგვიანებით დაინერგა ავსტრალიის სხვა შტატებშიც, როგორცაა სამხრეთ ავსტრალია 1994-1995 წლებში, შემდეგ დასავლეთ ავსტრალია და ტასმანია 1996-1997 წლებში და ქუინსლენდი 1997-1998 წლებში.

მისო დანერგვის შემდეგ, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაიფარა საავადმყოფოს შემოსავლის დაახლოებით 25%, ხოლო 2001 წლისთვის ეს მაჩვენებელი დაახლოებით 70%-მდე გაიზარდა. აქტივობაზე დაფუძნებული დაფინანსება ასევე მიმართული იყო სარეაბილიტაციო პაციენტებისა და ამბულატორიული სერვისების მხარდაჭერაზე.

ავსტრალიამ შეიმუშავა საკუთარი დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეთოდოლოგია, ე.წ. ავსტრალიის ეროვნული დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფები, რომელსაც შემდგომში უწოდეს AR-DRG, კოდირებით ICD-10.

1997 წლის 1 ივლისიდან ვიქტორიის შტატი იყენებს ვიქტორიანული ამბულატორიული კლასიფიკაციისა და დაფინანსების სისტემას 19 დიდ საავადმყოფოში. დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფური გადახდის სისტემა მოიცავს სასწრაფო დახმარების განყოფილებებში სტაციონარული პაციენტების მომსახურებას, ხოლო ამბულატორიულ პაციენტებზე გადაუდებელი დახმარება დაფარულია ცალკე დაფინანსებით. უფრო მეტიც, ვიქტორიას შტატში ფსიქიკური ჯანმრთელობა არ ფინანსდება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მიერ.

საავადმყოფოს გადახდის მეთოდი დამოკიდებულია შტატზე და დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) პროცენტული მაჩვენებელი დიდწილად განსხვავდება შტატებს შორის. შტატების უმეტესობა იყენებს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) და ბიუჯეტის კომბინაციას. ზოგიერთი შტატი ფარავს ფიქსი-



რებულ და ცვლად ხარჯებს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეშვეობით, ხოლო ზოგიერთი შტატი იყენებს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებს (DRG) ძირითადად ცვლადი ხარჯებისთვის და ფარავს ფიქსირებულ ხარჯებს.

დამატებითი დაფინანსება შეიძლება ეხებოდეს „თანაგადახდებს“, რომლებიც თან ერთვის შერჩეულ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) კონკრეტული პაციენტების ჯგუფებისთვის, ან სერვისებს, რომლებიც დაკავშირებულია უფრო მაღალ და ცვლადი ხარჯებთან, ან „დაფინანსება“, რომლებიც გაიცემა გარკვეული სფეროების მომსახურების ანაზღაურებისთვის და/ან წახალისებისთვის. ახალი სამხრეთ უელსი იყენებს გლობალურ ბიუჯეტს, როგორც დაფინანსების ალტერნატიულ გზას, ხოლო დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებს (DRG) იყენებს მხოლოდ საავადმყოფოების საქმიანობის მართვისა და მონიტორინგის ინსტრუმენტად.<sup>26</sup>

2008 წლის ნოემბერში ავსტრალიის მთავრობამ ჩამოაყალიბა ნაციონალური პარტნიორობის შეთანხმება საავადმყოფოებისა და ჯანდაცვის მუშაკთა რეფორმისთვის, რომელიც ითვალისწინებდა სტანდარტული ეროვნული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მოდელის დანერგვას.

## **უნგრეთი**

უნგრეთში მოქმედებს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა. სოციალური დაზღვევის შენატანები გაერთიანებულია ეროვნულ დონეზე და იმართება ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნული ფონდის მიერ (NHIFA-National Health Insurance Fund Administration). აღნიშნულ ფონდი კონტრაქტს აფორმებს საჯარო საავადმყოფოებთან, რომლებიც უზრუნ-

<sup>26</sup> Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: health system in review. Health Sys Trans. 2006;8(5):1–158.

ველყოფენ სტაციონარული პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას. ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნული ფონდი იყოფა რამდენიმე ქვებიუჯეტად (მაგ: ამბულატორიული სპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურება, მწვავე სტაციონარული მკურნალობა და ა.შ.)<sup>27</sup>.

## რუმინეთი

აქტივობაზე დაფუძნებული დაფინანსება დაინერგა რუმინეთში 2007 წლის ივლისში. დაავადებათა ახალმა კლასიფიკაციის სისტემამ ექიმების ცოდნის ნაკლებობის გამო გამოიწვია არასწორი კოდირება დიაგნოსტიკისა და კოდირების პროცედურების შესახებ. ამიტომ, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დანერგვის შემდეგ, ჰოსპიტალური ავადობა 2009 წელს, 2007 წელთან შედარებით, გაიზარდა 25%-ით. ახალი დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის გამო, საავადმყოფოები ზოგჯერ ცვლიდნენ პაციენტების დიაგნოზს, რათა მეტი დაფინანსება მიეღოთ. ახალი კლასიფიკაციის სისტემის სირთულე მოითხოვდა უკეთეს მონიტორინგს, ისევე როგორც უკეთეს და გაუმჯობესებულ კანონმდებლობას, პაციენტის უფრო ეფექტური მომსახურებისა და საავადმყოფოს რესურსების უკეთ განაწილებისათვის.

## ხორვატია

ხორვატიაში 1993 წელს შეიქმნა ხორვატიის ჯანმრთელობის დაზღვევის ინსტიტუტის (HZZO), რომელიც ახორციელებს სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევას. სოციალური ჯანმ-

---

<sup>27</sup> Gaál P, Jakab M, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, editors. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition Copenhagen: World Health Organization; 2010. pp. 327–60.

რთელობის დაზღვევით ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების 75%-ზე მეტი იფარება. 2006 წელს ხორვატიამ დაიწყო AR-DRG (The Australian Refined Diagnosis Related Groups) სისტემის განხორციელება საავადმყოფოს გამჭვირვალობის გაზრდის, რესურსების ეფექტური გამოყენების სტიმულირებისა და საავადმყოფოს მუშაობისა და ხარისხის გაზომვის მიზნით. მიუხედავად ამ ინიციატივისა, ბოლო დრომდე, საავადმყოფოების გადახდის სისტემა აგრძელებდა ძველი მეთოდით დაფინანსებას, თუმცა სტაციონარული საქმიანობა ხორციელდებოდა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეთოდის გამოყენებით. 2013-2014 წლებში განხორციელდა ჰოსპიტალის გენერალური დაგეგმარების პროექტი საავადმყოფოს სერვისების მიწოდების ქსელის რაციონალიზაციისა და ეფექტურობის გაუმჯობესების მიზნით. პროექტი ასევე ცდილობდა შეექმნა სტიმული, რათა წახალისებინა ერთდღიანი სტაციონარული სერვისების უფრო მეტი გამოყენება და გაუმჯობესებინა რეაბილიტაციისა და პალიატიური მზრუნველობის სერვისების მიწოდება. დღესდღეობით ხორვატია იყენებს AR-DRG ვერსიას.

## ყირგიზეთი

ყირგიზეთმა დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ მემკვიდრეობით მიიღო საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემა, სემაშკოს მოდელი, სადაც სამედიცინო ორგანიზაციები იყო სახელმწიფოს საკუთრებაში და მთლიანად ფინანსდებოდა სახელმწიფოს მიერ. ამასთან, ჯანდაცვის სისტემა საავადმყოფოს სერვისებზე იყო ორიენტირებული და ნაკლები ყურადღება ექცეოდა პრევენციას. ყირგიზეთში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა 1996 წელს დაიწყო, რამაც საფუძველი ჩაუყარა ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფონდის (MHIF) დაარსებას. რეფორმის შედეგად 1997 წელს დაინერგა შემთხვევებზე დაფუძნებული გადახდის

სისტემა საჯარო პროვაიდერებისთვის. ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის უმთავრეს მიზანს შეადგენდა რესურსების გადატანა პირველადი ჯანდაცვის სექტორში, ქარბი ჰოსპიტალური სექტორის შემცირება (განსაკუთრებით ქალაქებში), რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენება ჰოსპიტალურ სექტორში, საავადმყოფოების ავტონომიის გაზრდა საკუთარი რესურსების განაწილებაში და ჯანდაცვის სისტემის რეაგირების გაზრდა პაციენტებისა და მოსახლეობის მიმართ<sup>28</sup>.

შემთხვევების დაჯგუფების ყირგიზული სისტემა დაფუძნებულია აშშ-ს ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციის (Health Care Financing Administration - HCFA) DRG-ებზე, მაგრამ გამოითვლება ყირგიზეთის უტილიზაციისა და ხარჯების მონაცემებით. აშშ-ს ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაცია (HCFA), რომელიც ამჟამად ცნობილია როგორც Medicare და Medicaid სერვისების ცენტრები, არის ფედერალური სააგენტო შეერთებული შტატების ჯანმრთელობისა და ადამიანური სერვისების დეპარტამენტში და იყო პირველი სააგენტო მსოფლიოში, რომელმაც შემოიღო დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეთოდი საავადმყოფოების დაფინანსებისთვის.

ყირგიზეთის შემთხვევებზე დაფუძნებული სისტემის სახელი ცნობილია, როგორც „კლინიკური ხარჯების ჯგუფები“ რუსული აკრონიმით KZGs (клинико-затратные группы). თითოეულ „კლინიკური ხარჯების ჯგუფებს“ აქვს ფარდობითი წონა, რომელიც გამოიყენება საავადმყოფოებში გადახდების კორექტირებისთვის სტაციონარული კლინიკური ინფორმაციის ფორმის მონაცემებზე დაყრდნობით (ცნობილია, როგორც ფორმა No. 066/Y), რომელსაც საავადმყოფო წარმოადგენს თითოეული

---

<sup>28</sup> Cashin, C., S. O'Dougherty, Y. Samyshkin, A. Katsaga, A. Ibraimova, Y. Kutanov, et al. 2005. Case-Based Hospital Systems: A Step-by-Step Guide for Design and Implementation in Low- and Middle-Income Countries. Geneva: Joint United Nations Programme for HIV/AIDS.

შემთხვევისთვის. ფორმა No. 066/Y ავსებენ ექიმები, რომელიც შემდგომ საავადმყოფოს ადმინისტრატორებს შეაქვთ ონლაინ სისტემაში.

ჯგუფების საწყისი ნაკრები საკმაოდ მარტივი იყო და შეადგენდა 28 კატეგორიას, რომელთა უმეტესობა ასახავდა შედარებით საშუალო ღირებულებას მთელი საავადმყოფოს განყოფილებისთვის ან ქვესპეციალობისთვის, რადგან კლინიკური მონაცემები პაციენტის დონეზე არ იყო ხელმისაწვდომი. ხელმისაწვდომი მონაცემები მოიცავდა თითოეულ განყოფილებაში თითო შემთხვევის ღირებულების ხარჯთაღრიცხვის შეფასებას, თითოეულ განყოფილებაში შემთხვევების ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობას და თითოეულ განყოფილებაში დიაგნოზის ზოგიერთი ჯგუფისთვის ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობას. ამ 28 ჯგუფიდან თითოეულში შემთხვევების დათვლით ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში შეიქმნა 56 ჯგუფი (2 X 28). კატეგორიების ეს საწყისი ნაკრები გამოიყენებოდა დაახლოებით 20 თვის განმავლობაში.

დაზღვევის ფონდმა (MHIF) ასევე დაადგინა უტილიზაციის მიმოხილვა, რომელიც მიზნად ისახავს გადახდების კლინიკურ შესრულებასთან დაკავშირებას.

ყირგიზეთში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული დაფინანსების სისტემა პირველად დაინერგა საჯარო პროვაიდერებისთვის 1997 წელს. დანერგვის საწყის ეტაპზე, სისტემის ამოქმედებამდე 13 საავადმყოფო (335 დაშვებული საავადმყოფოდან) იყო ჩართული. 2001 წელს გავრცელდა ქვეყნის 66 საავადმყოფოზე. ზოგიერთი სპეციალიზებული ცენტრი კვლავ გამორიცხულია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდებისგან. ჯანდაცვის სამინისტროსთან შეიქმნა მაღალი ტექნოლოგიების ფონდის პროგრამა მაღალტექნოლოგიური და ძვირადღირებული სერვისების დასაფინანსებლად.

KZG-ების თავდაპირველი ვერსია უფრო მეტ წონას (და გადახდებს) ანიჭებდა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში (ICU) მკურნალობის შემთხვევებს; შესაბამისად, სადაზღვევო ფონდმა (MHIF) ჩათვალა საჭიროდ ამ შემთხვევების გადახედვა იმის დასადასტურებლად, რომ ICU ნამდვილად იყო საჭირო.

დასაწყისში, „კლინიკური ხარჯების ჯგუფების“ (KZG) განაკვეთების გამოთვლა არ იყო დაკავშირებული ხარჯებთან, არამედ ბიუჯეტზე ორიენტირებული, რადგან KZG არ იყო გამიზნული რეალური ხარჯების გადახდაზე, არამედ განკუთვნილი იყო სადაზღვევო ფონდის სახსრების განაწილების მეთოდად.

თავდაპირველად, სადაზღვევო ფონდის ყველა შემოსავალი განკუთვნილი იყო სტაციონარული მომსახურებისათვის. ამჟამად, ყირგიზეთის რესპუბლიკა იყენებს ექვს კორექტირების ფაქტორს (სოფელი, პატარა ქალაქები, მაღალმთიანი რაიონები, სტაციონარული დაწესებულების დონე, ეკონომიკური და სამედიცინო პრევენციული მოვლის ორგანიზაციები) ასევე სხვადასხვა დონის პროვაიდერს და სხვადასხვა რეგიონს.

დღევანდელი KZG სისტემა არის აქტივობაზე დაფუძნებული გადახდის სისტემის მარტივი ვერსია; ის სრულად არ იყენებს ხელმისაწვდომ კლინიკურ მონაცემებს და არ აკმაყოფილებს საერთაშორისოდ გამოყენებული შემთხვევებზე დაფუძნებული სისტემების ძირითად პრინციპებს. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მინიჭებისთვის გამოიყენება მხოლოდ ძირითადი დიაგნოსტიკა და ძირითადი პროცედურები, ამიტომ ყირგიზეთის შემთხვევებზე დაფუძნებული გადახდის სისტემა სრულად არ ასახავს გამოყენებული საავადმყოფოს რესურსების დონეს. ერთადერთი დამატებითი ელემენტი, რომელიც საშუალებას აძლევს KZG გამოთვლას, არის პაციენტის ასაკი (< 15 წელი, ≥15 წელი). სისტემაში შესაძლებელია მხოლოდ ორი დამატებითი დიაგნოზის დაფიქსირება გართულებებისა და თანმხლები დაავადებების შესახებ; შესაბამისად, ერთ პაციენ-

ტზე საშუალოდ მხოლოდ 0,83 დამატებითი დიაგნოზი ფიქსირდება.

მიუხედავად ამისა, მიმდინარე დაჯგუფების ალგორითმში არ არის გათვალისწინებული თანმხლები დაავადებებისა და გართულებების არსებობა. კიდევ ერთი პრობლემა ის არის, რომ მრავალი დიაგნოზი არაზუსტია, როგორც კოდირების, ასევე სიზუსტის ნაკლებობის შედეგად, რადგან არ არსებობს ავტომატური კოდირება.

KZG პირველად გადახედულ იქნა 1999 წლის მარტში და შეიცავდა 144 ჯგუფს. 2003 წელს განხორციელდა სისტემის მეორე გადახედვა და დახვეწა ICD-10 დიაგნოსტიკის კოდირების საფუძველზე, რომელმაც ჩაანაცვლა ICD-9 კოდები. ამჟამად, დაახლოებით 9,400 შესაბამისი ICD-10 დიაგნოზი და 2,550 ICD-9-CM სამედიცინო პროცედურების კოდი გამოიყენება 284 KZG-დან.

არსებული KZG სისტემის მოდერნიზება არაერთხელ იქნა განხილული, მათ შორის საერთაშორისო ორგანიზაციების მხარდაჭერით. განხილული ვარიანტები იყო არსებული ყირგიზული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მოდელის დახვეწა, ავსტრალიის დახვეწილი DRG (AR-DRG) მიღება ან გერმანული DRG (G-DRG) მიღება.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დანერგვას თან ახლდა პერსონალისთვის განკუთვნილი ბონუსები, ასევე შემცირდა პაციენტის თანაგადახდები. საერთო ჯამში, როგორც პროვაიდერები, ასევე პაციენტები მხარს უჭერდნენ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდის სისტემის გამოყენებას. ყირგიზეთის ჯანდაცვის რეფორმების მნიშვნელოვანი დამახასიათებელი ნიშანი იყო ჯანდაცვის პროვაიდერების ინფორმირებულობა. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის მეთოდი ეტაპობრივად იქნა შემოღებული, რითაც პროვაიდერებს მიეცათ დრო, შეგუებოდნენ და გაეცნო-



ბიერებინათ გადახდის ახალი მეთოდის სარგებელი. 2004 წლისთვის სტაციონარული პაციენტების რაოდენობა 40%-ით შემცირდა, ხოლო პირველადი ჯანდაცვა გაძლიერდა. პირველადი ჯანდაცვის ხარჯების წილი გაიზარდა 2001 წელს 15%-დან 2007 წელს 38%-მდე. ყირგიზეთის ჯანდაცვის პოლიტიკის უმთავრეს მიზნად რჩება სახელმწიფო ხარჯების შეკავება. ამრიგად, ყირგიზეთის ჯანდაცვის სისტემა დამოკიდებულია კერძო ჯანდაცვის ხარჯებზე, ასევე მაღალია ჯიბიდან გადახდები.

## **მექსიკა**

მექსიკაში მოსახლეობის თითქმის ნახევარი დაზღვეულია სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG) დაინერგა 1990-იანი წლების ბოლოს. თავდაპირველად სტაციონარული 18000 დიაგნოზი დაჯგუფდა დაახლოებით 500 DRG ჯგუფად. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის დანერგვა შეჩერდა 2003 წელს, ინფორმაციული ტექნოლოგიების მართვის სისტემასთან და ადამიანურ რესურსებთან დაკავშირებული გამონვევების გამო. ამჟამად მექსიკაში მოქმედებს HCFA-DRG სისტემა, რომელიც ისტორიულ ღირებულებაზე დაფუძნებული გადახდის სისტემის პარალელურად გამოიყენება.

## **ინდონეზია**

ინდონეზიაში სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფებისთვის არსებობს ჯანმრთელობის დაზღვევის სხვადასხვა სქემა. ყველაზე დიდი სახელმწიფო პროგრამა ფინანსდება ღარიბებისთვის, რომელიც მოიცავს ინდონეზიის მთლიანი მოსახლეობის დაახლოებით მესამედს. მომსახურების განვითარების ხელშეკრულება გაფორმებულია 926 საავადმყოფოსთან, მათ შორის 220 კერძო



საავადმყოფოსთან გარკვეული პროცედურებისთვის. საჯარო საავადმყოფოები ადგილობრივი ხელისუფლების საკუთრებაშია და დიდწილად დამოკიდებულია ცენტრალური მთავრობის სუბსიდიებზე. პაციენტებს თანაგადახდა არ ეკისრებათ. ჯანმრთელობის სამინისტრო პასუხისმგებელია სტაციონარული მომსახურების ანაზღაურებაზე. ადგილობრივი რაიონული ჯანდაცვის ოფისები პასუხისმგებელნი არიან კონტრაქტის და პრეტენზიების დამუშავებაზე. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული ანაზღაურების გამოყენება პირველად 2009 წელს დაიწყო. მისი დანერგვის მთავარი მიზანი იყო ხარჯების შეკავება.

# დიაგნოზით შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების სისტემის დანერგვის მოლოდინები და მიზნები

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი საერთაშორისო დონეზე დაინერგა შემდეგი ორი მიზეზების გამო:

- პირველი, მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებმა უნდა გაზარდონ საავადმყოფოებში ეფექტურად მიწოდებული სერვისების გამჭვირვალობა პაციენტის კლასიფიკაციის მეშვეობით და საავადმყოფოს შედეგების გაზომვით;
- მეორე, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის სისტემები უნდა იძლეოდეს საავადმყოფოებში რესურსების ეფექტური გამოყენების სტიმულს.

გამჭვირვალობის გაზრდის და რესურსების ეფექტური გამოყენების ერთობლიობა ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას<sup>29</sup>.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემების გამოყენებით შესაძლებელია საავადმყოფოების ან მათი განყოფილებების ფუნქციონალური ეფექტურობის შეფასება. ისინი იძლევიან საავადმყოფოს სერვისების ანალიზის შესაძლებლობას, განსაკუთრებით ისეთ სფეროებში, როგორცაა:

- ბიუჯეტის შეფასება,
- დაგეგმვა,
- შრომის პროდუქტიულობის ანალიზი,
- ხარისხის კონტროლი,
- ხელფასი,
- საავადმყოფოების შედარება,
- ერთი საავადმყოფოს განყოფილებების შედარება.

---

<sup>29</sup> Mathauer I, Wittenbecher F. Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low and middle-income countries. Bull World Health Organ. 2013;91(10):746–756.

გარდა ამისა, შესაძლებელია განეული სამედიცინო მომსახურების გაანალიზება და დაავადების კონკრეტული შემთხვევისთვის საავადმყოფოში ყოფნის ხარჯების, შემოსავლისა და საშუალო ხანგრძლივობის დადგენა.

სხვადასხვა ქვეყანაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დანერგვის მიზანი განსხვავებულია. ქვეყნები, სადაც ადრე დაინერგა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა, ძირითადად ამას აკეთებდნენ გამჭვირვალობის გაზრდის მიზნით (პორტუგალია, საფრანგეთი). ქვეყნები, რომლებმაც მოგვიანებით შემოიღეს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა (ნიდერლანდები, პოლონეთი), როგორც წესი, ამას აკეთებდნენ საავადმყოფოებისთვის დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეთოდის საფუძველზე გადახდის განზრახვით.

**ცხრილი:**

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დანერგვის წელი და მიზანი სხვადასხვა ქვეყანაში

| ქვეყანა        | DRG-ის დანერგვის წელი | დანერგვის მიზანი                              |
|----------------|-----------------------|---|
| ავსტრია        | 1997                  | საბიუჯეტო განაწილება                          |
| დიდი ბრიტანეთი | 1992                  | პაციენტთა კლასიფიკაცია                        |
| ესტონეთი       | 2003                  | გადახდა                                       |
| ფინეთი         | 1995                  | საავადმყოფოს აქტივობების აღწერა, ბენჩმარკინგი |
| საფრანგეთი     | 1991                  | საავადმყოფოს აქტივობების აღწერა               |
| გერმანია       | 2003                  | გადახდა                                       |
| ირლანდია       | 1992                  | საბიუჯეტო განაწილება                          |
| ნიდერლანდები   | 2005                  | გადახდა                                       |
| პოლონეთი       | 2008                  | გადახდა                                       |

|            |      |                              |
|------------|------|------------------------------|
| პორტუგალია | 1984 | საავადმყოფოს შედეგის გაზომვა |
| ესპანეთი   | 1996 | გადახდა                      |
| შვედეთი    | 1995 | გადახდა                      |

წყარო: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals. Open University Press. 2011.

გამჭვირვალობის გაუმჯობესების მიზნით დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემების დანერგვის მიზეზი მდგომარეობს იმაში, რომ ასეთი სისტემები აერთიანებს უნიკალურ პაციენტთა უკიდურესად დიდ რაოდენობას შეზღუდული რაოდენობის ჯგუფებად, რომლებსაც აქვთ გარკვეული მსგავსი მახასიათებლები<sup>30</sup>. მსგავსი რესურსების გამოყენებისა და კლინიკური მახასიათებლების მქონე პაციენტების ჯგუფებად კატეგორიზაციის გზით, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა აღწერს საავადმყოფოს აქტივობას სტანდარტიზებულ განყოფილებებში და გვაძლევს ანალიზის გაკეთების შესაძლებლობას, რაც სხვაგვარად შეუძლებელი იქნებოდა. მაგალითად, საავადმყოფოს მენეჯერებს და პოლიტიკის შემქმნელებს შეუძლიათ შეადარონ დაყოვნების ხანგრძლივობა, ხარჯები და პაციენტების მკურნალობის ხარისხი სხვადასხვა საავადმყოფოში ან სხვადასხვა საავადმყოფოს განყოფილებაში.

გარდა ამისა, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG) საშუალებას იძლევა ზუსტად შევაფასოთ მოცემული პაციენტის მკურნალობის ხარჯები პაციენტის და სერვისის ისეთი გაზომვადი მახასიათებლების გათვალისწინებით, როგორცაა დიაგნოსტიკა და ჩატარებული პროცედურები. შესაბამისად, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) აადვილებს ეფექტიანობის შედარების და ბენჩმარკინგის განხორციელებას, ასევე ხელს

<sup>30</sup> Fetter, R.B., Shin, Y., Freeman, J.L., Averill, R.F., Thompson, J.D. (1980). Case-mix definition by diagnosis-related groups. Medical Care, 18(2):1-53

უნყოფს გამჭვირვალობის გაზრდას პოლიტიკის შემუშავების სფეროში. განსაკუთრებით იმ ქვეყნებში, რომლებიც ტრადიციულად იყენებდნენ გლობალურ ბიუჯეტებს, როგორც საავადმყოფოს გადახდის მეთოდს, საავადმყოფოს მენეჯმენტს ჰქონდა ძალიან მცირე ინფორმაცია ჩატარებული სერვისების სახეების და ხარჯების შესახებ.

იმ ქვეყნებში, სადაც დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) შემოღებულ იქნა 1990-იანი და 2000-იანი წლების ბოლოს და მთავარ მიზანს შეადგენდა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გამოყენება საავადმყოფოში გადახდის საფუძვლად, დანერგვის მიზეზი უკიდურესად ამბიციური იყო. მის მიზანს შეადგენდა არა მხოლოდ პროვაიდერებისთვის სამართლიანი გადახდა, არამედ არასაჭირო სერვისების მიწოდების თავიდან აცილება და სათანადო სერვისების ეფექტური მიწოდების ნახა-ლისება. ბევრ ევროპულ ქვეყანაში ჯანდაცვის ხარჯების მზარ-დი კონტექსტში, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) და-ფუძნებული ჰოსპიტალური გადახდის სისტემები ემთხვეოდა სახელმწიფო პოლიტიკის მიზნებს რესურსების ეფექტური გა-მოყენების სტიმულირების თვალსაზრისით.

ევროპაში, პორტუგალია წარმოადგენდა პირველ ქვეყანას, სადაც ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში საავადმყოფოს დასაფინანსებლად დაინერგა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებ-ზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის მეთოდი 1980-იანი წლების ბოლოს.

1990-იანი წლებიდან, უმეტესწილად მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში, შემთხვევებზე დაფუძნებული და დიაგნოზთან შეჭი-დული ჯგუფები (DRG) თანდათან იქცა საავადმყოფოების სტა-ციონარული დახმარების ანაზღაურების ძირითად საშუალებად, გარდა ლუქსემბურგისა, საავადმყოფოს გადახდის რეტროსპექ-ტული ფორმა ამჟამადაც ხორციელდება<sup>31</sup>.

<sup>31</sup> Paris, P., Meyer-Lueckel H. (2010). Inhibition of Caries Progression by Resin

შემდგომ წლებში, ბევრ სხვა ევროპულ ქვეყანაში (როგორცაა ინგლისი, საფრანგეთი და გერმანია) დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული საავადმყოფოს გადახდის სისტემები გახდა საავადმყოფოს გადახდის მთავარი სისტემა. მის მიზნებს შეადგენდა: ეფექტიანობის, აქტივობისა და გამჭვირვალობის გაზრდა; ლოდინის დროისა და ყოფნის ხანგრძლივობის შემცირება; პაციენტის არჩევანის მხარდაჭერა; მომსახურების ხარისხის ამაღლება; და საავადმყოფოებს შორის კონკურენციის წახალისება.

ქვეყნების უმეტესობა იყენებს ქვეყნისათვის სპეციფიკურ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემებს. მხოლოდ ირლანდია, პორტუგალია და ესპანეთი იყენებენ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემებს, რომლებიც იმპორტირებულია ავსტრალიიდან ან შეერთებული შტატებიდან. თუმცა, ბევრმა სხვა ქვეყანამ ასევე შემოიტანა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემები საზღვარგარეთიდან და გამოიყენა ისინი, როგორც ამოსავალი წერტილი საკუთარი სისტემების განვითარებისთვის.

სკანდინავიური ქვეყნები (ფინეთი, შვედეთი და ესტონეთი) განსაკუთრებულია იმით, რომ მათ გადანყვიტეს შეექმნათ საერთო NordDRG სისტემა, რომელიც შემდგომ რეგულირდება ქვეყნის სპეციფიკური პირობების საფუძველზე და რომელიც შეიძლება გამოყენებულ იქნას დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მოდელების კოორდინაციის ან თუნდაც ერთიანი პან-ევროპული მოდელის სისტემის შემუშავებისთვის. მნიშვნელოვანია ხაზგასმით აღვნიშნოთ, რომ ქვეყნებმა შემოიღეს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდის სისტემები, მიუხედავად იმისა, თუ რომელი ტიპის საავადმყოფოს გადახდის სისტემა არსებობდა.

# დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის შემოღება საქართველოში 1995 წ.

1995 წელს საქართველოში დაწყებული ჯანდაცვის რეფორმის შედეგად სამედიცინო ორგანიზაციების სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით დაფინანსების მოდელის შემოღება, რომელიც ითვალისწინებდა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების პრინციპებს, ეხმიანებოდა მსოფლიოში ჯანდაცვის ეკონომიკის სფეროში აღიარებულ უახლოეს მიღწევებს<sup>32</sup>.

1995 წელს საქართველოში დაწყებული ჯანდაცვის რეფორმის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი გამონკვევა იყო სისტემის ფუნქციონირების ფინანსურად უზრუნველყოფის მექანიზმის შემოღება, რაც დაბალანსებული იქნებოდა ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობასთან<sup>33, 34, 35</sup> რეფორმის შედეგად რადიკალურად შეიცვალა ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედი ე.წ. საბჭოური ტიპის მკაცრად ცენტრალიზებული, სახელმწიფო დაფინანსების მოდელი<sup>36</sup>.

საავადმყოფოების ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება შეიცვალა მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსებით<sup>37</sup>. ახალი

---

<sup>32</sup> ჯორბენაძე ა., ვერულავა თ. (2021). დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) საავადმყოფოს დაფინანსების მეთოდი და 1995 წლის ჯანდაცვის რეფორმები. ეკონომისტი. XVII (4): 31-41.

<sup>33</sup> ჯორბენაძე ა. (2021). როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა: 1993-1997 წლები: წიგნი I. თბილისი, 2021.

<sup>34</sup> ჯორბენაძე ა. (2023). როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა: 1998-2003 წლები: წიგნი II. თბილისი, 2023.

<sup>35</sup> ჯორბენაძე ა. (2022). ქართული მედიცინის ისტორიული გზა. თბილისი.

<sup>36</sup> ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა საქართველოში: განვითარების ბარიერები. ეკონომიკა და ბიზნესი. 2021; 13 (2).

<sup>37</sup> ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა. ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა საქართველოში. ეკონომისტი. 2022; 3.

სისტემა გულისხმობდა სამედიცინო დანესებულებისა და ჯანდაცვის მუშაკის საქმიანობის ანაზღაურებას შესრულებული სამუშაოს მოცულობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის ადექვატურად.

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 ხარჯ-ეფექტური მეთოდის, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების პრინციპებს, სადაც დიაგნოზით მსგავსი დაავადებები გაერთიანებულია ერთ ნოზოლოგიურ ჯგუფში.

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

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



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, დიაგნოსტიკურ და ლაბორატორიულ გამოკვლევების რაოდენობაზე, „საჭირო“ მედიკამენტების და სამედიცინო მასალების ღირებულებაზე. ამის გარდა, ამ სტანდარტულ ფასში ასევე შედიოდა გარკვეული არაპირდაპირი ხარჯებიც, რომლებიც დამოკიდებული იყო სტანდარტით განსაზღვრული სრულფასოვანი მკურნალობისათვის საჭირო საწოდებების რაოდენობაზე. სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით დაფინანსების მეთოდში გათვალისწინებული იყო ქვეყნის გეოგრაფიული დაყოფა (ქალაქი, რაიონი), სამედიცინო დაწესებულების დონე (ზოგადი პროფილის საავადმყოფო, რეგიონული, ქალაქის და რაიონული საავადმყოფოები).

ამგვარად, სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები აგებული 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 შეჯიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მოდელის ამოქმედება 2022 წელს

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 მილიარდ ლარს გადააჭარბა, ანუ თითქმის 5-ჯერ გაიზარდა. აღნიშნულის შედეგად მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობა.

ერთი მხრივ, სახეზეა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტის ყოველწლიური ზრდა, მეორე მხრივ, პროგრამის ბიუჯეტი ყოველწლიურად ვადაზე ადრე იწურება. 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 პროცენტის თანაგადახდის სახით იხ-

დიდა პაციენტი. იმის გამო, რომ ყველა კლინიკას თავისი ტარიფი აქვს და სახელმწიფო არ არეგულირებს პაციენტის ჯიბიდან გადასახადის მოცულობას, პაციენტს სხვადასხვა სამედიცინო ორგანიზაციასთან 30, 20, 10 პროცენტის თანაგადახდის გადახდა უწევდა. ზოგიერთ შემთხვევაში თანაგადახდის მოცულობა სერიოზულ ტვირთად აწვებოდა პაციენტს. აღნიშნული ქმნის სისტემის გამჭვირვალობის პრობლემას.

საქართველომ 2017 წლის დასაწყისში Nord DRG-ის სისტემაზე გადასვლასთან დაკავშირებით გადანყვეტილება მიიღო. 2018 წლის დასაწყისში, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ, შემუშავდა DRG მეთოდზე გადასვლის სტრატეგია და იმპლემენტაციის სამოქმედო გეგმა. 2018 წელს, შესყიდულ იქნა Nord DRG-ს ჯგუფების გამოყენების უფლება და ლიცენზია. 2019 წელს, Visual DRG და Batch Grouper ინტეგრირდა სოციალური სააგენტოს IT სისტემაში 2020 წელს, DRG მეთოდზე გადასვლის აქტივობები შეჩერდა.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების ქართული მოდელი დაფუძნებულია ლატვიურ მოდელზე, რომელიც ნოზოლოგიების დაჯგუფებისთვის იყენებს Nord DRG სისტემას. DRG მექანიზმი ლატვიაში დანერგილია 2014 წლიდან.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს თანახმად, წონების ანალიზით, ლატვიური წონები ყველაზე ახლოა ქართულ რეალობასთან. ამასთან, ლატვიასთან მჭიდრო თანამშრომლობა აკავშირებს საქართველოს რამაც განაპირობა ამ სისტემის გადმოტანა საქართველოში (სასწავლო ვიზიტები, ლატვიელი ექსპერტების ჩართულობა).

2022 წელს განხორციელდა ვიზიტი ლატვიაში, საუკეთესო პრაქტიკის გაზიარების მიზნით, მომზადდა და მთავრობას წარედგინა შესაბამისი მარეგულირებელი დოკუმენტების ცვლილების პაკეტი, ჩატარდა სამუშაო/საინფორმაციო შეხვედრები 80-ზე მეტ სამედიცინო დაწესებულებასთან.

საქართველოში სამედიცინო დანესებულებებში მომსახურების დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების ახალი საპილოტე მოდელი ამოქმედდა 2022 წლის პირველი ნოემბრიდან.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსების მოდელის შემოღებამდე სამედიცინო ორგანიზაციების დაფინანსება ხდებოდა ჩარევის მიხედვით, ანუ კონკრეტულ პაციენტს იმის მიხედვით უნაზღაურდებოდა ხარჯი, თუ რა ჩარევა დასჭირდა მას. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) პრინციპი კი გულისხმობს, რომ პაციენტი ფინანსდება დიაგნოზის მიხედვით. შესაბამისად, კონკრეტულ დიაგნოზზე არის განსაზღვრული კონკრეტული ტარიფი და არ აქვს მნიშვნელობა, რა ჩარევა სჭირდება, ოპერაცია, რეანიმაცია თუ სხვა. ყველა ეს ჩარევა უნდა გაკეთდეს და სახელმწიფო იხდის დიაგნოზის მიხედვით. იცვლება მხოლოდ გადახდის პრინციპი, რომელიც არის ურთიერთობა კლინიკებსა და სახელმწიფოს შორის.

თუ მანამდე კლინიკას შეეძლო, საყოველთაოს პრინციპით თანაგადახდის გარდა, პაციენტებისთვის დამატებით უკეთესი სერვისის თუ ექიმის ჰონორარის დაფინანსება მოეთხოვა, მას შემდეგ, რაც დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG) ამოქმედდა, ამის მოთხოვნის უფლება კლინიკას არ აქვს. ნებისმიერ დიაგნოზზე არის განსაზღვრული ტარიფი, ამ ტარიფის თანაგადახდის მოცულობაა 10, 20 თუ 30 პროცენტი. პაციენტებს ეცოდინება განფასება, შესაბამისად პროცენტი და ამ თანხის ზევით არაფერს გადაიხდის. დაფინანსების მოცულობას პაციენტის დიაგნოზი, ასაკი, ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა და სხვა კრიტერიუმები განსაზღვრავს. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის დანერგვის შემდეგ, სამედიცინო მომსახურების მიღებისას, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართულ ყველა კლინიკაში, ერთსა და იმავე მომსახურებას ექნება ერთი ტარიფი, პაციენტს დამატებითი ხარჯების განწევა

აღარ მოუწევს და მხოლოდ იმ თანხას გადაიხდის, რასაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, თანაგადახდის წილი ითვალისწინებს (0-დან 30%-მდე, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პაკეტების შესაბამისად).

ჯანდაცვის სამინისტრომ 2023 წლის 25 აპრილს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მოდელის მიმდინარეობასთან დაკავშირებით გარკვეული ცვლილებები შეიტანა სამედიცინო მომსახურებისთვის გადასახდელი თანხის ოდენობაში. ცვლილების შეტანის მიზეზი გახდა ზოგიერთ სამედიცინო მომსახურებაზე თანაგადახდის მოცულობის გაზრდილი რაოდენობა და ურგენტულ შემთხვევებზე დამატებითი გასადახადის დაწესება. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტისათვის დაწესებულ თანაგადახდის წილზე ზედა ზღვარი დაწესდა. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსების მოდელის ფარგლებში პაციენტებს მოეხსნათ სხვა დამატებითი გადასახადი, ანუ თანაგადახდის ზედა ზღვარზე მეტის გადახდა პაციენტს არ მოუწევს. საპენსიო ასაკის ადამიანებისთვის თანაგადახდის წილი დაწესდა – 10% – მაგრამ არაუმეტეს 500 ლარისა. მაგალითად, თუ მომსახურების სრული ღირებულების 10% აღემატება 500 ლარს, პაციენტი იხდის მხოლოდ 500 ლარს, დარჩენილ თანხას კი სრულად აფინანსებს სახელმწიფო. 0-5 წლის ბავშვებისთვის, შშმ ბავშვებისთვის, მკვეთრად გამოხატული შშმ პირებისა და სტუდენტებისთვის – 20% – არაუმეტეს 1000 ლარისა; მაგალითად, თუ მომსახურების სრული ღირებულების 20% აღემატება 1000 ლარს, პაციენტი იხდის მხოლოდ 1000 ლარს, დარჩენილ თანხას კი სრულად აფინანსებს სახელმწიფო. საბაზისო პაკეტის მოსარგებლეებისთვის – 30% – არაუმეტეს 1500 ლარისა. მაგალითად, თუ მომსახურების სრული ღირებულების 30% აღემატება 1500 ლარს, პაციენტი იხდის მხოლოდ 1500 ლარს, დარჩენილ თანხას კი სრულად აფინანსებს სახელმწიფო.

# დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სტრუქტურა

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა არის პაციენტთა კლასიფიკაციის სისტემა, რომელიც კლინიკურად რეპროდუცირებადი გზით ადგენს ურთიერთობას საავადმყოფოში შემთხვევების ბუნებასა და რაოდენობასა და საავადმყოფოს საჭირო რესურსებს შორის. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG) აღწერს პაციენტის შემთხვევას და აჯამებს მკურნალობისთვის საჭირო ყველა რესურსს, პაციენტის საავადმყოფოში შემოსვლიდან განწერამდე.

## DRG სტრუქტურის განსაზღვრა

მიუხედავად იმისა, რომ DRG სისტემის დიზაინი შეიძლება განსხვავდებოდეს, უმეტესობა მოიცავს შემდეგ შვიდ ასპექტს:

**საბაზისო DRG კოდი:** ციფრების სისტემა, რომელიც აღნიშნავს შემდეგს: პირველი ორი ციფრი ეხება ძირითადი დაავადების კატეგორიას (**Major Disease Category - MDC**), შემდეგი სამი ეხება ძირითადი დიაგნოზის კოდს (სამედიცინო ან ქირურგიული შემთხვევები) და მეექვსე ან მეშვიდე მიუთითებს კონკრეტული პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმეს.

**წონა:** ძირითადი რესურსები, რომლებიც განსაზღვრავენ კონკრეტული დიაგნოზის მნიშვნელობას, რომელიც იზომება ერთეულებში და ხშირად მიღებულია ალგორითმის საშუალებით.

**საბაზისო განაკვეთი:** მარეგულირებლის მიერ დადგენილი ანაზღაურების საერთო განაკვეთი, რომელიც გამრავლდება „წონაზე“, რათა მივიღოთ კონკრეტული დიაგნოზისთვის საჭირო მომსახურების ზომა.

**ღირებულება:** მთლიანი ხარჯი, რომელიც გაწეულია პროვაიდერის მიერ კონკრეტული დიაგნოზისთვის გაწეული მომსახურებისთვის.

**ხარვეზი:** პროვაიდერის მიერ განეული ხარჯის ნაწილი, რომელიც აღემატება DRG-ის ანაზღაურებას. ხშირად პროვაიდერი თავის თავზე იღებს ხარჯებს DRG-ის ანაზღაურების დონეს ზემოთ, როგორც „stoploss“-ის შეთანხმების ნაწილი.

**ზღვრული:** დადგენილი პროცენტი, რომელიც ვრცელდება DRG-ის საჭირო გადახდის ზემოთ არსებულ თანხაზე და დეფიციტის დროს უნდა აუნაზღაურდეს პროვაიდერს, დამატებითი გადახდის სახით.

**დამატებითი გადახდები:** ხარჯები, რომლებიც ექვემდებარება მარტივ ფორმულას: (ხარჯები – DRG გადახდა – დეფიციტი) x ზღვრული.

## დიაგნოზთან შეჯიღული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების გამოთვლა

მკურნალობის პროცესის ღირებულება გამოითვლება ფორმულით:

(შრომის რესურსებთან დაკავშირებული სტანდარტიზებული ხარჯები

X

რეგიონალური კოეფიციენტი)

+

მკურნალობის ორგანიზებასთან დაკავშირებული სტანდარტიზებული ხარჯები]

X

DRG კოეფიციენტი

+

დამატებითი კომპენსაცია

მსგავსი დიაგნოზის შემთხვევების დაჯგუფება ხდება Nord DRG Grouper პროგრამით. განისაზღვრება საბაზისო ტარიფი და თითოეული ჯგუფის ღირებულების წონა. ღირებულების წონა განსაზღვრავს, თუ რამდენს იხდის DRG-მიხედვით მეორესთან შედარებით. წონები შეიძლება გამოითვალოს არსებული ტარიფის მონაცემების გამოყენებით, ხარჯების სპეციალიზებული კვლევების ჩატარებით, სხვა ქვეყნების წონების გამოყენებით.

საქართველოში შეირჩა კომბინირებული მეთოდი: ლატვიის წონები (100-ზე მაჩვენებელი) შემთხვევისთვის, ასევე, ისეთი შემთხვევებისთვის, სადაც მაღალია ფასები (ვარიანტულობის მაჩვენებელი) და ქართული წონები (კარგი ვარიანტულობის შემთხვევებისთვის და ექსპერტული მოსაზრებების გათვალისწინებით). საბაზისო ტარიფის გამოთვლა ხდება ინფლაციის ინდექსაციის



გათვალისწინებით, მომგებიანი სამედიცინო დაწესებულებების ჯამური შემოსავალი სტაციონარულ სერვისებზე, გაიყო შემთხვევების ჯამურ რაოდენობაზე და 1 933 ლარი შეადგინა. სტაციონარული შემთხვევები 608 DRG ჯგუფად და 26 ძირითად დიაგნოსტიკურ კატეგორიად დაჯგუფდა. ღირებულებითი წონა განსაზღვრავს, თუ რამდენს იხდიან ერთ DRG-ში მეორესთან შედარებით. წონების გამოთვლის მეთოდის არჩევა დამოკიდებულია ხელმისაწვდომ მონაცემთა ბაზაზე, ან იმ მონაცემებზე, რომელიც შესაძლოა, შეგროვდეს.

### **წონების გამოთვლის მეთოდები:**

- არსებული ღირებულების/ტარიფის მონაცემების გამოყენება
  - ხარჯების სპეციალიზებული კვლევების ჩატარება
  - სხვა ქვეყნების წონების გამოყენება (მაგ. ესტონეთმა ისესხა ღირებულების წონა HCFA-DRG-დან 30-ზე ნაკლები შემთხვევებისთვის)
  - საკუთარი ხარჯების წონების გამოყენება (შეფასებისთვის ისინი შესაძლოა, შედარდეს სხვა ქვეყნების წონებს)
- საქართველოში შეირჩა კომბინირებული მეთოდი:
- ლატვიის წონები (100-ზე ნაკლები შემთხვევისთვის, ასევე ისეთი შემთხვევებისთვის, სადაც მაღალია ფასების ვარიაბელობის მაჩვენებელი)
  - ქართული წონები (კარგი ვარიაბელობის შემთხვევებისთვის და ექსპერტული მოსაზრებების გათვალისწინებით)
- დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG) ორგანიზებულია დაავადებათა შემთხვევების ჯგუფის სისტემაში, რომელიც:
- აკავშირებს დაავადების ყველა სტაციონალურ შემთხვევას, დიაგნოზებზე და საჭირო მკურნალობის პროცედურებზე დაყრდნობით, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებად (DRG) დაავადების ეტიოლოგიისა და მოხმარებული საჭირო რესურსების მიხედვით;

– აკავშირებს საავადმყოფოს საჭირო რესურსების შეფასებას და მკურნალობის ტიპს,

– განსაზღვრავს უფრო მაღალ ანაზღაურებას ავადმყოფობის კომპლექსური შემთხვევებისთვის, რომლებიც საჭიროებენ დამატებითი რესურსების მოხმარებას.

ეს ჯგუფები ქმნიან საავადმყოფოების პირობებში დაფინანსების, ბიუჯეტის დაგეგმვისა და საბუღალტრო აღრიცხვის საფუძველს.

სისტემის მუშაობის უზრუნველსაყოფად, ადაპტირებულ იქნა და ასევე დაინერგა როგორც ICD-10 დიაგნოსტიკური კოდები (MCB-10, დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის დიაგნოსტიკური კოდები), ასევე ოპერატიული და პროცედურული კოდები (OPS), ასევე დანერგილ იქნა კოდირების წესები და პრინციპები.

DRG კოდის პირველ პოზიცია ნიშნავს MDC (Major Diagnostic Categories – ძირითადი დიაგნოსტიკური კატეგორიები) კოდირებას – ძირითად დიაგნოსტიკურ კატეგორიებს. ძირითადი დიაგნოზი განისაზღვრება, როგორც დასკვნა პაციენტის მდგომარეობის შესახებ, რომელიც გაკეთდა პირველადი დიაგნოსტიკური ღონისძიებების შემდეგ და რომელიც ძირითადად განსაზღვრავს პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობას. ძირითადი დიაგნოზები მიეკუთვნება 24 ჯგუფს, შესაბამისად, ნომრები 01-24 მიუთითებს ორგანიზმის სხვადასხვა ორგანოებსა და სისტემებს. ამ სისტემების თითოეულ ციფრს ენიჭება ასოს აღნიშვნა DRG კოდის მიხედვით. შემდეგი ორი პოზიცია აღწერს მკურნალობის პროცედურებს. სულ პროცედურების 3 ჯგუფის კოდირება ხდება.

1 – 39: ქირურგიული ოპერაციები

40 – 59: ინტერვენციული პროცედურები

60 – 99: კონსერვატიული მკურნალობა

DRG კოდის ეს პირველი სამი პოზიცია წარმოადგენს ეგრეთ

წოდებულ ძირითად DRG-ს, რომელსაც ემატება კიდევ ერთი დამატებითი პოზიცია. DRG კოდის მეოთხე პოზიცია შეიცავს ინფორმაციას თანმხლები დაავადებებისა და გართულებების შესახებ, შემოკლებით CCs. ვინაიდან თანმხლები დაავადებები და გართულებები ართულებს მკურნალობისა და პაციენტის სამედიცინო მომსახურების პროცესს და, შესაბამისად, იწვევს მკურნალობის ღირებულების ზრდას, აუცილებელია განასხვავოთ ერთი დაავადების სიმძიმე და გავითვალისწინოთ ისინი კომპენსაციის ოდენობის დადგენისას.

DRG კოდის მეოთხე პოზიცია გამოიყენება დასმული დიაგნოზის მიხედვით რესურსის მოხმარების დასადგენად. ეს მოხმარება დაყოფილია 8 განსხვავებულ დონედ (A - G, და Z), რომელთაგან "A" აღწერს რესურსების მოთხოვნილების უმაღლეს და "G" ყველაზე დაბალ დონეს. Z გამოიყენება კოდირებისთვის, თუ რესურსის მოხმარების მიხედვით გრადაცია არ არის საჭირო.

## ძირითადი დიაგნოსტიკური კატეგორია (MDC)

- 01 ნერვული სისტემის დაავადებები;
- 02 თვალის დაავადებები და დაზიანებები;
- 03 ყურის, ცხვირის, პირის ღრუსა და ყელის დაავადებები და დაზიანებები;
- 04 სასუნთქი სისტემის დაავადებები და დაზიანებები;
- 05 სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები და დაზიანებები;
- 06 საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები და დაზიანებები;
- 07 ჰეპატო-ბილიარული სისტემისა და პანკრეასის დაავადებები და დაზიანებები;
- 08 ძვალ-კუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები და დაზიანებები;

09 კანისა და კანქვეშა ქსოვილის დაავადებები და დაზიანებები;

10 ენდოკრინული, კვებითი და მეტაბოლური დარღვევები და დაავადებები;

11 თირკმელებისა და საშარდე სისტემის დაავადებები და დარღვევები;

12 მამაკაცის შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები და დარღვევები;

13 ქალის შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები და დარღვევები;

14 ორსულობა, მშობიარობა და მელოგინეობის ხანა;

15 ახალშობილები და სხვა ნეონატალური ასაკის ბავშვები, პერინატალურ პერიოდთან დაკავშირებული მდგომარეობებით;

16 სისხლმბადი ორგანოებისა და სისხლის დაავადებები და დარღვევები, იმუნოლოგიური დარღვევები;

17 მიელოპროლიფერაციული დაავადებები, მცირე დიფერენცირებული ნეოპლაზმები;

18 ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები;

30 სარძევე ჯირკვლის პრობლემები;

21 ტრავმები, მონამვლები და მედიკამენტების ტოქსიკური ეფექტები;

22 დამწვრობა;

24 მრავლობითი მნიშვნელოვანი ტრავმა;

19 ფსიქიკური დაავადებები და აშლილობანი

23 სამედიცინო სამსახურებისადმი მიმართვები, გასინჯვებისა და გამოკვლევისათვის (სხვა კონტაქტი სამედიცინო მომსახურებასთან);

98 ქალის/მამაკაცის რეპროდუქციული/სასქესო ორგანოების დაავადებები და დარღვევები;

99 არასპეციფიკური და მცდარი ინფორმაცია.

## მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი და ხარჯების აღრიცხვა

ხარჯების აღრიცხვის სისტემებს შეუძლიათ საავადმყოფოს მენეჯერებს საშუალება მისცენ შეაგროვონ, შეაჯამონ, გაანალიზონ და გააკონტროლონ რესურსების განაწილებისა და საავადმყოფოების მომსახურების ანაზღაურებასთან დაკავშირებული ყველაზე მნიშვნელოვანი ინფორმაცია<sup>38, 39</sup>. ხარჯების აღრიცხვის ყოვლისმომცველ სისტემებს შეუძლიათ განსაზღვრონ ხარჯები და ხელი შეუწყოს მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდზე დაფუძნებული გადახდის განაკვეთის დადგენის მექანიზმების შემუშავებას.

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის შემოღებამდე ხარჯების აღრიცხვა არ იყო პრიორიტეტული საავადმყოფოებისთვის, სადაც ანაზღაურება ხორციელდებოდა შესრულებული სამუშაოს მიხედვით. მომსახურების საფასურის ანაზღაურებასთან დაკავშირებით, ფასები, რომლებიც დაწესებულია ტიპიურ სტანდარტულ სერვისებზე სულაც არ წარმოადგენდა ინდივიდუალური მომსახურების ღირებულების სწორ შეფასებას<sup>40</sup>.

გლობალური ბიუჯეტები ადრე იყო დაფინანსების საერთო მოდელი ევროპის უმეტეს ჯანდაცვის სისტემაში. გლობალური ბიუჯეტის მოწყობის ერთ-ერთი მთავარი უპირატესობა იყო

---

<sup>38</sup> Finkler, S.A., Ward, D.M., Baker, J.J. (2007). *Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations*. New York, NY: Aspen Publishers.

<sup>39</sup> Horngren, C.T., Datar, S.M., Foster, G. (2006). *Cost Accounting: A Managerial Emphasis*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

<sup>40</sup> Cohen, D.J., Breall, J.A., Ho, K.K. et al. (1993). Economics of elective coronary revascularization. Comparison of costs and charges for conventional angioplasty, directional atherectomy, stenting and bypass surgery. *Journal of the American College of Cardiology*, 22:1052–9.

ხარჯების კონტროლი; ფიქსირებული გადახდა წინასწარ იყო შეთანხმებული და საავადმყოფოების ანაზღაურების დონე პირდაპირ არ იყო დაკავშირებული თითო პაციენტზე დანახარჯებთან. პროსპექტიული ბიუჯეტირება უუნარო აღმოჩნდა, ეჩვენებინა საავადმყოფოს საქმიანობის და მუდმივად მზარდი ხარჯების შესახებ ზუსტი ინფორმაცია.

ჰოსპიტალური მომსახურების ეფექტურობის გაუმჯობესების მიზნით, მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდზე დაფუძნებული ჰოსპიტალური გადახდის სისტემები დაინერგა ევროპის ბევრ ქვეყანაში 1983 წლიდან. ამ განვითარებამ ფუნდამენტურად შეცვალა ჰოსპიტალური მომსახურება. ევროპის მასშტაბით მარეგულირებელმა ორგანოებმა გააცნობიერეს, რომ მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი ვერ გამოდგებოდა როგორც გადახდის განაკვეთის დადგენის მექანიზმი მოქმედი ხარჯების აღრიცხვის სისტემის გარეშე<sup>41</sup>; ანუ ეფექტური და სამართლიანი მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდზე დაფუძნებული საავადმყოფოების გადახდის სისტემები დიდწილად დამოკიდებულია საავადმყოფოების მალალი ხარისხის და ხარჯების ზუსტი აღრიცხვის სისტემებზე.

აქედან გამომდინარე, ბევრმა ქვეყანამ დაიწყო საავადმყოფოების ხარჯების აღრიცხვის მონაცემების რეგულარულად შეგროვება, რათა გამოთვლილ იქნას და მუდმივად განახლდეს მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის ეროვნული წონები (მაგალითად, ინგლისი, საფრანგეთი და გერმანია). სხვა ქვეყნებმა შემოიტანეს შედარებითი წონა საზღვარგარეთ ქვეყნებიდან. ნებისმიერ შემთხვევაში, მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის, როგორც გადახდის

---

<sup>41</sup> Feyrer, R., Rosch, J., Weyand, M., Kunzmann, U. (2005). Cost unit accounting based on a clinical pathway: a practical tool for DRG implementation. *The Thoracic and cardiovascular surgeon*, 53:261–6.

მექანიზმის გამოყენებამ გაზარდა ცნობიერება ყველა საავადმყოფოში ზუსტი ხარჯების აღრიცხვის მნიშვნელობის შესახებ, მათ შორის იმ საავადმყოფოებში, რომლებიც არ აგროვებდნენ მონაცემებს ეროვნული მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის ფასების გამოსათვლელად, რადგან მცდარი ინფორმაცია გამოიწვევდა არაადეკვატურ ფარდობით ნონას და საბოლოო ჯამში, გაუთვალისწინებელ სტიმულს მომსახურების მიწოდებისთვის. თუმცა, საავადმყოფოს ხარჯების შესახებ ინფორმაციის შეგროვებამ გამოიწვია მეტი გამჭვირვალობა. უფრო მეტიც, საავადმყოფოს მენეჯერებმა აღიარეს, რომ ხარჯების აღრიცხვამ შეიძლება ხელი შეუწყოს სხვა მიზნებს, ვიდრე უბრალოდ გადახდის განაკვეთის განსაზღვრაა, კერძოდ, სისტემატურ ბენჩმარკინგს და მართვად კონკურენციას. ზუსტი დანახარჯების შესახებ ინფორმაცია ჰოსპიტალის მენეჯერებს საშუალებას აძლევს აღმოაჩინონ რესურსების მოხმარების წყაროები, რათა განახორციელონ მკურნალობის პროცესები უფრო ეფექტურად.

### **ხარჯთაღრიცხვა ჯანდაცვაში**

თეორიულად, არსებობს ცალკეულ პაციენტებზე ან პაციენტების ჯგუფებზე საავადმყოფოს ხარჯების განაწილების სამი საფეხური:

1. ზედნადები ხარჯების განაწილება: საავადმყოფოს ზედნადები ხარჯების განაწილება სამედიცინო განყოფილებებზე;
2. არაპირდაპირი ხარჯების განაწილება: განყოფილების ზედნადები ხარჯების განაწილება პაციენტებზე;
3. პირდაპირი ხარჯების განაწილება: განყოფილების პირდაპირი ხარჯების განაწილება პაციენტებზე.

### **ზედნადები ხარჯების განაწილება**

სავადმყოფოს ზედნადები ხარჯების სამედიცინო განყოფი-

ლებებისთვის განაწილების სხვადასხვა ჩარჩოები არსებობს<sup>42,43</sup>. ყველაზე ხშირად გამოყენებული ჩარჩო არის ხარჯ-ცენტრული განაწილება<sup>44,45</sup>. ხარჯ-ცენტრული განაწილებისას, განასხვავებენ სამედიცინო განყოფილებებს და ადმინისტრაციულ განყოფილებებს. სამედიცინო განყოფილებები უზრუნველყოფენ პაციენტის მომსახურებას და შეიძლება მოიცავდეს ამბულატორიულ კლინიკებს, ლაბორატორიებს, საოპერაციო ბლოკებს, რადიოლოგიურ განყოფილებებს. ადმინისტრაციული განყოფილებები არ ახორციელებენ პაციენტთა სამედიცინო მომსახურებას და შეიძლება მოიცავდეს ადმინისტრაციის, დანესებულებების მართვის, ლოჯისტიკისა და უსაფრთხოების განყოფილებებს. ასეთი განყოფილებების ზედნადები ხარჯები შეიძლება გადაეცეს სამედიცინო განყოფილებებს სხვადასხვა განაწილების მექანიზმების საშუალებით, როგორცაა სტაციონარში ყოფნის დღეების რაოდენობა ან პირდაპირი ხარჯების ოდენობა<sup>46</sup>.

ალტერნატიული, მსგავსი ჩარჩო არის „აქტივობაზე დაფუძნებული ღირებულება“. აქტივობაზე დაფუძნებული ხარჯები არ ეხება ცალკე განაწილების მეთოდოლოგიას, არამედ ხაზს უსვამს ყველაზე ზუსტი განაწილების ბაზის იდენტიფიცირების მნიშვნელობას; განაწილების ბაზა ყველაზე მჭიდროდ უნდა ასახავდეს მიზეზ-შედეგობრივ ურთიერთობას ზედნადურ ხარჯებსა და სამედიცინო განყოფილებას შორის. საავადმყოფოს ზედ-

---

<sup>42</sup> Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Torrance, G.W., O'Brien, B.J., Stoddart, G.L. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press.

<sup>43</sup> Williams, S.V., Finkler, S.A., Murphy, C.M., Eisenberg, J.M. (1982). Improved cost allocation in casemix accounting. *Medical Care*, 20:450–9.

<sup>44</sup> Finkler, S.A., Ward, D.M., Baker, J.J. (2007). *Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations*. New York, NY: Aspen Publishers.

<sup>45</sup> St-Hilaire, C., Crepeau, P.K. (2000). Hospital and unit cost-allocation methods. *Healthcare Management Forum*, 13:12–32.

<sup>46</sup> Horngren, C.T., Datar, S.M., Foster, G. (2006). *Cost Accounting: A Managerial Emphasis*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.



ნადები ხარჯები ნაწილდება სამედიცინო განყოფილებებზე იმ აქტივობების საფუძველზე, რომლებსაც ისინი ახორციელებენ ნაცვლად ყველა ადმინისტრაციული განყოფილებისთვის.

საავადმყოფოს ზედნადები ხარჯების სამედიცინო განყოფილებებისთვის გადანაწილების სამი მეთოდი არსებობს. უმარტივესი მეთოდია „პირდაპირი განაწილება“, რომლის დროსაც ზედნადები ხარჯები ნაწილდება სამედიცინო განყოფილებებზე ზედნადები განყოფილებებს შორის ურთიერთქმედების გარეშე.

მეორე მეთოდი, “ნაბიჯ-ქვემოთ განაწილება”, ნაწილობრივ არეგულირებს ზედნადებ განყოფილებებს შორის ურთიერთქმედებას. მეთოდი ეტაპობრივად აწესებს ზედნადებ ხარჯებს როგორც სამედიცინო განყოფილებებს, ასევე დანარჩენ ზედნადებს განყოფილებებს შორის. ეტაპობრივი მეთოდი ითვალისწინებს ცალმხრივ მიწოდებას ზედნადებ განყოფილებებს შორის. ეს ნიშნავს, რომ თანმიმდევრობა, რომლითაც ზედნადები განყოფილებები ანაწილებენ თავიანთ ხარჯებს, მნიშვნელოვანია; ანუ მეორე ზედნადები განყოფილების ხარჯები პირველზე ვერ გადანაწილდება.

სამედიცინო განყოფილებებისთვის ხარჯების განაწილების საბოლოო მეთოდი არის „რეციპროკული“ მეთოდი, რომლის დროსაც ზედნადები ხარჯები ინიშნება როგორც სამედიცინო განყოფილებებისთვის, ასევე ყველა სხვა ზედნადები განყოფილებებისთვის. ორმხრივი მეთოდი ითვალისწინებს ორმხრივ მიწოდებას ზედნადებ განყოფილებებს შორის. ეს ნიშნავს, რომ პროცედურა რამდენჯერმე უნდა განმეორდეს, რათა აღმოიფხვრას დარჩენილი გამოუყენებელი თანხები.

### **ხარჯების არაპირდაპირი განაწილება**

დეპარტამენტის ზედნადები ხარჯები (ირიბი ხარჯები) არის სამედიცინო განყოფილებების მიერ გაწეული ხარჯები, რომლებიც პირდაპირ არ არის დაკავშირებული პაციენტებთან, როგო-

რიცაა არასამედიცინო პერსონალის ხარჯები და ინვენტარის ხარჯები. აქტივობაზე დაფუძნებული დანახარჯები არ გამოიყენება პაციენტებზე ხარჯების განაწილებაზე, რადგან ისინი ითვალისწინებენ მიზეზ-შედეგობრივ ურთიერთობას სამედიცინო განყოფილებასთან და არა პაციენტებთან. ამის ნაცვლად, დეპარტამენტის ზედნადები ხარჯები შეიძლება დაეკისროს პაციენტებს.

### **ხარჯების პირდაპირი განაწილება**

პირდაპირი ხარჯები ეხება სამედიცინო განყოფილებების მიერ განეულ ხარჯებს, რომლებიც პირდაპირ კავშირშია პაციენტებთან, როგორცაა სამედიცინო პერსონალის ხარჯები (განსაკუთრებით თუ პირდაპირ არის დაკავშირებული კონკრეტულ პროცედურასთან), მედიკამენტები და მასალები.

პირდაპირი დანახარჯები თითო პაციენტზე გამოითვლება შემდგომში პაციენტის მიერ მოხმარებული ჰოსპიტალური სერვისების რაოდენობის იდენტიფიცირებით და ამ ჰოსპიტალური სერვისების მათი ერთეულის ხარჯებით.

### **ხარჯთაღრიცხვის მიდგომები ევროპის ქვეყნებში**

#### **ევროპის მასშტაბით ხარჯების მონაცემების დადგენა**

თითქმის ყველა ევროპულ ქვეყანას აქვს უნიკალური მიდგომა ხარჯების მონაცემების შეგროვების მიზნით, რათა შემდგომ განავითაროს მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდზე დაფუძნებული სისტემა.

**სავალდებულო ხარჯების აღრიცხვის სისტემები.** ქვეყნების უმეტესობა ნებას რთავს საავადმყოფოებს გამოიყენონ ხარჯების აღრიცხვის სისტემა, რომელიც საუკეთესოდ აკმაყოფილებს მათ საჭიროებებს, მაგრამ ზოგიერთი ქვეყანა მოითხოვს მათ საავადმყოფოებს ჰქონდეთ სავალდებულო ხარჯების აღრიცხვის სისტემები (მაგალითად, ინგლისი და პორტუგალია).

თუმცა, მიუხედავად სავალდებულო ხარჯების აღრიცხვის სისტემების არსებობისა, სისტემებს შორის გარკვეული ვარიაციები შეიძლება კვლავ არსებობდეს ქვეყნებში.

**ეროვნული ხარჯთაღრიცხვის გაიდლაინების არსებობა.** გარდა ამისა, ხარჯების აღრიცხვის სავალდებულო სისტემების არარსებობა ხელს არ უშლის ზოგიერთ ქვეყანას, ნაახალისონ ხარჯების სისტემატური აღრიცხვა ეროვნული ხარჯთაღრიცხვის გაიდლაინებით. მაგალითად, საფრანგეთის საავადმყოფოებს ურჩევნად გამოიყენონ საავადმყოფოს ხარჯების აღრიცხვის მოდელი „ანალიტიკური აღრიცხვა“. ირლანდიაში ხარჯების მონაცემების შეგროვებასთან დაკავშირებული რეგულაციები ცენტრალიზებულია, ეროვნული ხარჯების გაიდლაინების და აუდიტის გამოყენებით. შვედეთში შემუშავებულია ეროვნული გაიდლაინები თითოეული შემთხვევის ხარჯების გამოთვლებისთვის.

**ხარჯთაღრიცხვის მონაცემები გამოიყენება DRG ფასების გამოსათვლელად.** ქვეყნების უმრავლესობა იყენებს ეროვნულ ხარჯთაღრიცხვის მონაცემებს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) ფასების გამოსათვლელად (ავსტრია, ინგლისი, ესტონეთი, ფინეთი, საფრანგეთი, გერმანია, ნიდერლანდები და შვედეთი). სხვა ქვეყნებმა შემოიტანეს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) წონები საზღვარგარეთ ქვეყნებიდან (ირლანდია, პოლონეთი, პორტუგალია და ესპანეთი), მაგრამ თითოეული ეს ქვეყანა იყენებს ხარჯების აღრიცხვის გარკვეულ მონაცემებს იმპორტირებული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) წონების ადგილობრივ ვითარებაზე მისასადაგებლად. პოლონეთი ითვლის დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) წონებს მხოლოდ კონკრეტული პროცედურებისთვის; დარჩენილი პროცედურების ხარჯები განისაზღვრება გაერთიანებული სამეფოს ჯანდაცვის რესურსების ჯგუფების (HRG) სისტემის ხარჯების მიხედვით. ესპანეთი ასევე იყენებს შედარებით წო-

ნებს შეერთებული შტატებიდან, არეგულირებს მათ ესპანურ კონტექსტის გათვალისწინებით.

**ხარჯების აღრიცხვის მეთოდები ევროპის ქვეყნებში  
ხარჯების შემგროვებელი საავადმყოფოების რაოდენობა  
(წილი)**

უმეტეს ქვეყნებში, რომლებიც იყენებენ ეროვნული ხარჯების აღრიცხვის მონაცემებს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) წონების გამოსათვლელად, გაანგარიშება ეფუძნება საავადმყოფოების შერჩეულ რაოდენობას, სადანაც გროვდება ხარჯების აღრიცხვის მონაცემები. შერჩეული საავადმყოფოები, როგორც წესი, იყენებენ ხარჯების აღრიცხვის შესადარებელ სისტემებს, რომლებიც აკმაყოფილებს წინასწარ განსაზღვრულ ხარისხის სტანდარტებს (მაგალითად, ფინეთი, გერმანია, ნიდერლანდები და შვედეთი)<sup>47</sup>.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) წონები შეიძლება ასევე ეფუძნებოდეს ხარჯების აღრიცხვის მონაცემებს საავადმყოფოებიდან, რომლებსაც აქვთ კონტრაქტები ქვეყნის ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნულ ფონდთან, ან რომლებიც მონაწილეობენ მიმდინარე პროექტებში (მაგალითად, საფრანგეთში). სხვა ქვეყნები მოითხოვენ, რომ ყველა საავადმყოფომ ყოველწლიურად აცნობონ თავიანთი საქმიანობისა და ერთეულის ხარჯების შესახებ თავიანთ მარეგულირებელ ორგანოს (მაგალითად, ინგლისში).

ზოგიერთ ქვეყანაში მარეგულირებელმა ორგანოებმა დაინყეს სპეციალური ფულადი ნახალისების გაცემა საავადმყოფოებისთვის, რომლებიც აკმაყოფილებდნენ ხარჯების აღრიცხვის წინასწარ განსაზღვრულ სტანდარტებს. საფრანგეთში, რე-

---

<sup>47</sup> Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O., Busse, R. (2006). Methods to determine reimbursement rates for diagnosis-related groups (DRG): a comparison of nine European countries. *Health Care Management Science*, 9(3):215–23.

გიონალური ჯანდაცვის ორგანოები ანიჭებენ ყოველწლიურ პრემიას ფინანსური მაკონტროლებელისთვის თითოეულ საავადმყოფოს, რომელიც უზრუნველყოფს ხარჯების აღრიცხვის მონაცემებს. გერმანიაში საავადმყოფოების ანაზღაურების სისტემის ინსტიტუტი ანაზღაურებს საავადმყოფოებს დამატებით საფასურს პაციენტის დონეზე ხარჯთაღრიცხვის მონაცემების შეგროვებისთვის. 2008 წელს საავადმყოფოების ანაზღაურების სისტემის ინსტიტუტმა დახარჯა 9 მილიონი ევრო საავადმყოფოების დამატებითი ძალისხმევის კომპენსაციისთვის.

### **ზედნადების განაწილება**

სამედიცინო განყოფილებებისთვის ზედნადები ხარჯების განაწილებისთვის ევროპის ქვეყნები იყენებენ პირდაპირ მეთოდს (ინგლისი, ესტონეთი, ფინეთი, ნიდერლანდები და შვედეთი) ან ეტაპობრივ მეთოდს (საფრანგეთი). გერმანია იყენებს ეტაპობრივ მეთოდს საავადმყოფოებში, საიდანაც გროვდება ხარჯების აღრიცხვის მონაცემები. თუმცა, თუ ეს შეუძლებელია, შეიძლება გამოყენებულ იქნას ეტაპობრივი ხარჯთაღრიცხვის მეთოდისა და სხვა მეთოდების კომბინაცია (როგორცაა პირდაპირი მეთოდი). ნიდერლანდებში საავადმყოფოები თავისუფლად არჩევენ მეთოდს, რომელიც გამოიყენება საავადმყოფოს ხარჯების გასანაწილებლად. ვინაიდან დადგინდა, რომ განაწილების მეთოდს აქვს მხოლოდ მცირე გავლენა ცალკეული პაციენტების ხარჯებზე, საავადმყოფოები ჩვეულებრივ იყენებენ პირდაპირი განაწილების მარტივ მეთოდს.

### **არაპირდაპირი და პირდაპირი ხარჯების განაწილება**

ქვეყნების უმეტესობა მოითხოვს, რომ ხარჯების შემგროვებელმა საავადმყოფოებმა შეატყობინონ მინიმალური მონაცემთა ნაკრები, რომელიც შეიცავს პაციენტის და/ან საავადმყოფოს მახასიათებლებს, ზოგიერთ კლინიკურ პარამეტრს (როგორცაა დიაგნოზები, ჯანმრთელობის მდგომარეობა განერისას) და ასე-

ვე ხარჯების აღრიცხვის მონაცემებს. მინიმალური მონაცემთა ნაკრები, რომელიც შეიცავს ხარჯების აღრიცხვის მონაცემებს, საკმაოდ მსგავსია ევროპის ქვეყნებში. მაგალითად, ფინეთი აგროვებს რესურსების გამოყენებისა და ერთეულის ღირებულების მონაცემებს, რომლებიც დაკავშირებულია სტაციონარულ დღეებთან, ამბულატორიულ ვიზიტებთან, ლაბორატორიულ სერვისებთან, დიაგნოსტიკურ სერვისებთან, მედიკამენტებთან, სისხლის პროდუქტებთან, ქირურგიულ პროცედურებთან.

ავსტრიაში საავადმყოფოებმა დაწერეს ხარჯების აღრიცხვის სისტემები მათი საჭიროებების შესაბამისად. თუმცა, ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდების მიერ დაფინანსებული საავადმყოფოები აღრიცხავენ უაღრესად აგრეგირებულ და სტანდარტიზებულ მონაცემებს.

### ***ხარჯების მონაცემთა შემონემა***

უმეტეს ქვეყნებში, ხარჯების აღრიცხვის მონაცემების შემონემა თავდაპირველად შიდა საავადმყოფოებში ხდება. გარდა ამისა, მონაცემების შემონემა ჩვეულებრივ ტარდება ყოველწლიურად ეროვნული ორგანოს მიერ (ინგლისში, ესტონეთში, გერმანიასა და ნიდერლანდებში) ან რეგიონული ორგანოს მიერ (ავსტრიაში და საფრანგეთში). ფინეთში მონაცემთა ხარისხის უზრუნველყოფა მხოლოდ საავადმყოფოების პასუხისმგებლობაა, რადგან არ ტარდება მონაცემების ხარისხისა და სანდოობის ოფიციალური შემონემა ეროვნულ ან რეგიონულ დონეზე. შვედეთში ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ეროვნული საბჭო აქვეყნებს ანგარიშებს ხარისხის შესახებ პაციენტთა ეროვნული რეესტრიდან ინფორმაციაზე დაყრდნობით, მაგრამ ქვეყნის საბჭოების პასუხისმგებლობაა, შეამოწმონ მონაცემების ხარისხი შემთხვევის ჩანაწერების აუდიტის მეშვეობით.

უმეტეს ქვეყნებში, ეროვნული/რეგიონული მონაცემების შემონემა მოხსენებული ხარჯების აღრიცხვის მონაცემებზე, ძი-

რითადად, ფოკუსირებულია რესურსების გამოყენების შესახებ ინფორმაციაზე, ტექნიკური და კლინიკური ვალიდობის თვალსაზრისით; ანუ ჰოსპიტალური მომსახურება ტარდება გარკვეული პაციენტის ან/და საავადმყოფოს მახასიათებლების გათვალისწინებით.

მაგალითად, შემონმება ტარდება იმის დასადგენად, არის თუ არა პროცედურა დაშვებული/სარწმუნო კონკრეტული საავადმყოფოსთვის ან პაციენტისთვის. ზოგიერთ ქვეყანაში მონაცემთა შემონმება დამატებით ტარდება ერთეულის ღირებულების შესახებ ინფორმაციის (გერმანია, ნიდერლანდები და შვედეთი) მისაღებად. გერმანიაში, ერთეულის ხარჯები შედარებულია მინიმალურ და მაქსიმალურ მნიშვნელობებთან, ჰოსპიტალურ მომსახურებას შორის ერთეული ხარჯების თანაფარდობასთან და რესურსების გამოყენების შესაბამის ინფორმაციას; მაგალითად, ბარძაყის იმპლანტაციის ხარჯები უნდა ასახავდეს იმპლანტაციის მატერიალურ ღირებულებას. ხარჯების აღრიცხვის მონაცემები შემონმებულია ყველა საავადმყოფოსთვის (გერმანიაში, ნიდერლანდებსა და შვედეთში) ან შემთხვევითი შერჩევით (ავსტრიაში, ინგლისში, ესტონეთში და საფრანგეთში).



## ევროპული DRG-ზე დაფუძნებული გადახდით დაფარული ხარჯების მოცულობა

ნებისმიერი დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული საავადმყოფოს გადახდის სისტემის მნიშვნელობა განისაზღვრება საავადმყოფოს ხარჯების წილით, რომელიც დაფარულია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული გადახდებით. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდა არის საავადმყოფოების ანაზღაურების ძირითადი საშუალება ევროპის უმეტეს ქვეყნებში. მაგალითად, სტაციონარული სერვისების დაფინანსება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეშვეობით შეადგენს საავადმყოფოების ხარჯების 75-85 პროცენტს გერმანიასა და პორტუგალიაში. თუმცა, ქვეყნების უმეტესობა გამოორიცხავს ზოგიერთ სამედიცინო სერვისებს.

- DRG სისტემაში პაციენტის დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირების სტიმული, რაც საზიანოა ზოგიერთ სპეციალობებში (მაგალითად, ინტენსიური მკურნალობა);

- კოდირების პრობლემები სტაციონარულ სერვისებში, რომლებზეც DRG-ის ფასები არ შეიძლება საიმედოდ გამოითვალოს, რადგან ისინი იშვიათად მიენოდება (მაგალითად, მრავლობითი ტრავმა);

- სპეციალობები, რომლებშიც დიაგნოზი ხარჯების ცუდი პროგნოზირებით ხასიათდება (მაგალითად, ფსიქიატრიული დახმარება).

ამიტომ ზოგიერთი ქვეყანა გამოორიცხავს რეაბილიტაციის (საფრანგეთი, გერმანია, ირლანდია და შვედეთი), ფსიქიატრიული მომსახურების (ინგლისი, ფინეთი, საფრანგეთი, გერმანია და ირლანდია) და ინტენსიური და გადაუდებელი დახმარების (ფინეთი, საფრანგეთი და პოლონეთი) ხარჯებს. სისტემიდან გამოორიცხული სხვა ხარჯები შეიძლება მოიცავდეს პირველადი



ჯანდაცვის მომსახურებას, სასწრაფო დახმარების მომსახურებას (ინგლისი); ნეონატოლოგია, დიალიზი და რადიოთერაპია (საფრანგეთი); გერიატრიული მომსახურება (ირლანდია); დამწვრობის მკურნალობა (შვედეთი). გამორიცხული საავადმყოფოს მომსახურების ხარჯები ძირითადად ანაზღაურდება მომსახურების საფასურის ანაზღაურებისა და/ან დამატებითი გადასახადების მეშვეობით.

გარდა ამისა, ძვირადღირებული მედიკამენტების (საფრანგეთში, გერმანიაში, ნიდერლანდებში, პოლონეთსა და შვედეთში) და/ან ძვირადღირებული მასალების (საფრანგეთში, ესპანეთსა და შვედეთში) ხარჯები ჩვეულებრივ არ ანაზღაურდება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გამოყენებით.

რაც შეეხება სპეციალობებს, განათლებისა და კვლევის ხარჯები ჩვეულებრივ არ ფინანსდება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეშვეობით. ზოგიერთი ქვეყანა ასევე გამორიცხავს კაპიტალურ ხარჯებს (მაგალითად, ავსტრია, ფინეთი, გერმანია და ირლანდია).

# დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემების შემუშავება ხარჯების მონაცემებით

## *ხარჯთაღრიცხვის სისტემების შესაბამისობა*

ხარჯთაღრიცხვის მონაცემები მნიშვნელოვან როლს თამაშობს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გამოთვლაში. თუ ხარჯთაღრიცხვის სისტემების მიერ მონოდედებული მონაცემები არაზუსტია, საავადმყოფოებს, სავარაუდოდ, ზედმეტად ან ნაკლებ ანაზღაურდებათ კონკრეტული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებისთვის (DRG). პრაქტიკაში, მომგებიან DRG-ებს შეუძლიათ კომპენსირება გაუწიონ ნაკლებად მომგებიან DRG-ებს (ჯვარედინი სუბსიდირება). თუმცა, თუ დანახარჯების აღრიცხვის მონაცემები იწვევს კონკრეტული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდის გადაჭარბებულ შეფასებას, საავადმყოფოებს აქვთ მკურნალობის პროცესების რეორგანიზაციის სტიმული, რათა გაუმჯობესდეს ეფექტურობა პაციენტების გარკვეული ჯგუფებისთვის. მეორეს მხრივ, თუ ხარჯთაღრიცხვის მონაცემები იწვევს კონკრეტული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) არასაკმარის გადახდას, საავადმყოფოებს არ აქვთ სტიმულირება უზრუნველყონ მაღალი ხარისხის მომსახურება, ამან შეიძლება გამოიწვიოს მაღალი ხარჯები. ამ საავადმყოფოებმა შეიძლება დაიწყონ ხარისხის ხარჯზე თავიანთი ხარჯების შემცირება.

შესაბამისად, საავადმყოფოს გადახდის შესაბამისი დონე დიდწილად განსაზღვრავს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული საავადმყოფოს გადახდის სისტემების ეფექტურობასა და სამართლიანობას. საავადმყოფოს მენეჯერებმა, ისევე როგორც მარეგულირებელმა ორგანოებმა, უნდა განიხილონ, ამართლებს თუ არა ხარჯების უფრო სანდო მონაცემების სარგებელი, ასევე, ამართლებს თუ არა დამატებითი

ხარჯები, რომელიც წარმოიქმნება ხარჯთაღრიცხვის სისტემების გაუმჯობესებისას ზუსტი და დეტალური ინფორმაციის მისაღებად. არჩევანი, რომელსაც ისინი აკეთებენ ხარჯთაღრიცხვის მეთოდებს შორის, უნდა ასახავდეს ზუსტი ხარჯების შეფასების მნიშვნელობას, მიზანშეწონილობას და სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებულ ხარჯებს.

ზოგი კვლევა აჩვენებს, რომ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული საავადმყოფოს გადასახადები ყოველთვის ადეკვატურად არ ასახავს ხარჯებს<sup>48, 49, 50, 51</sup>. ეს შეიძლება აიხსნას პაციენტების კლასიფიკაციისა და ხარჯების აღრიცხვის სისტემებში არსებული უზუსტობებით.

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის პროვაიდერები დიდი ხანია ამტკიცებენ, რომ ყველა პაციენტი უნიკალურია, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული საავადმყოფოს გადახდის სისტემების რეალობა არის ის, რომ პაციენტები დაჯგუფებულია და რომ ზოგიერთი ჯგუფი წარმოადგენს დიაგნოზების ნარევის.

თუ რამდენად შეუძლია დანახარჯების აღრიცხვის სისტემებს მხარი დაუჭიროს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემების, როგორც ანაზღაურების ინსტრუმენტის ეფექტური და სამართლიანი გამოყენებას, ეყრდნობა შემდეგ გარემოებებს:

---

<sup>48</sup> Busse, R., Schreyögg, J., Smith, P.C. (2008). Variability in healthcare treatment costs amongst nine EU countries – Results from the HealthBASKET project. *Health Economics*, 17:1–8.

<sup>49</sup> Heerey, A., McGowan, B., Ryan, M., Barry, M. (2002). Micro-costing versus DRGs in the provision of cost estimates for use in pharmacoeconomic evaluation. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 2:29–33.

<sup>50</sup> Skeie, B., Mishra, V., Vaaler, S., Amlie, E. (2002). A comparison of actual cost, DRG-based cost, and hospital reimbursement for liver transplant patients. *Transplant International*, 15:439–45.

<sup>51</sup> Tan, S.S. (2009). *Micro-costing in Economic Evaluations: Issues of Accuracy, Feasibility, Consistency and Generalizability*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

- საავადმყოფოების რაოდენობა და შემადგენლობა, საინფორმაციო გროვდება ხარჯთაღრიცხვის მონაცემები და ამ საავადმყოფოების მიერ მოწოდებული მონაცემების ხარისხი;
- ხარჯთაღრიცხვის მეთოდის სიზუსტე;
- ხარჯების აღრიცხვის მონაცემების დროულად შენახვა/განახლების შესაძლებლობა.

### **ხარჯთაღრიცხვის მეთოდის სიზუსტე**

რამდენად შეუძლია დანახარჯების აღრიცხვის სისტემებს მხარი დაუჭიროს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული საავადმყოფოს გადახდის სისტემების, როგორც ანაზღაურების ინსტრუმენტის ეფექტურ და სამართლიან განვითარებას, განისაზღვრება შესაბამის ქვეყანაში ან რეგიონში გამოყენებული ხარჯების აღრიცხვის მეთოდის სიზუსტით. თუმცა, ხარჯების ბუნება ისეთია, რომ რაც უფრო დახვეწილია ანალიზი, მით უფრო ძვირია ის ზოგადად.

ორმხრივი მეთოდი თეორიულად ყველაზე ზუსტად ანაწილებს საავადმყოფოს ხარჯებს სამედიცინო განყოფილებებზე. ამავდროულად, ის უფრო შრომატევადია, ვიდრე ევროპის მასშტაბით გამოყენებული მეთოდები („ნაბიჯ-დანევა“ და „პირდაპირი“ მეთოდები). ადრინდელმა კვლევებმა არ გამოავლინა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირი ხარჯების აღრიცხვის ალტერნატიულ მეთოდებსა და წარმოებულ ერთეულ ხარჯებს შორის<sup>52, 53</sup>. ანალოგიურად, ითვლება, რომ ფარდობითი ღირებულების ერთეულები ყველაზე მჭიდროდ ასახავს რესურსების რეალურ მოხმარებას პაციენტებზე საავადმყოფოს ხარჯების განაწილებისთვის, მაგრამ მათი გაანგარიშება მოითხოვს

<sup>52</sup> St-Hilaire, C., Crepeau, P.K. (2000). Hospital and unit cost-allocation methods. Healthcare Management Forum, 13:12–32

<sup>53</sup> Zuurbier, J., Krabbe-Alkemade, Y. (2007). Onderhandelen Over DBC's [Negotiating on DBCs]. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

უფრო დეტალურ მონაცემებს, ვიდრე ოპერაციული მეთოდები მოითხოვს (შენიშნული სტატისტიკა).

### **ხარჯთაღრიცხვის გავლენა საავადმყოფოებზე**

ამჟამად, ხარჯების აღრიცხვის სისტემები უფრო გაუმჯობესებულია. ხარჯთაღრიცხვის სისტემები გვთავაზობენ ეფექტურ და კლინიკურად გამართულ მიდგომას ჰოსპიტალის საქმიანობის აღწერისა და მართვისთვის, რათა უზრუნველყონ მეტი გამჭვირვალობა ჯანდაცვის დაფინანსებაში. მთელს ევროპაში საავადმყოფოებმა აღიარეს, რომ ხარჯთაღრიცხვის მონაცემები ფუნდამენტურია სისტემატური ბენჩმარკინგისა და მართული კონკურენციის მიდგომებისთვის, რომლებსაც შეუძლიათ გააუმჯობესონ საავადმყოფოების მომსახურების მიწოდების ეფექტურობა<sup>54, 55</sup>.

პირველი, ხარჯთაღრიცხვის სისტემები ხელს უწყობს შესრულების ინდიკატორების შედარებას, პროდუქტიულობისა და ეფექტურობის პარამეტრებთან ერთად. ბენჩმარკინგი ასევე დაეხმარა საავადმყოფოებს საოპერაციო პროცესების მართვაში და კონტროლში და ამით აუმჯობესებს მათ მუშაობას; მაგალითად, მან ხელი შეუწყო დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გამოყენებას პაციენტების მოცულობის და შემთხვევების სავარაუდო ცვლილებების დროს (მაგალითად, ინგლისში, საფრანგეთში და ესტონეთში).

მეორეც, მართულმა კონკურენციამ მრავალი ევროპული ქვეყნის ხელისუფლებას მისცა საშუალება ჰქონდეს ძლიერი სტიმული სისტემის სხვა აქტორებისთვის, როგორცაა ჯანმრ-

---

<sup>54</sup> Schuster, M., Kuntz, L., Hermening, D. et al. (2006). The use of diagnosis-related-groups data for external benchmarking of anesthesia and intensive care services. *Anaesthesist*, 55(1):26–32.

<sup>55</sup> Van de Ven, W.P., Schut, F.T. (2009). Managed competition in the Netherlands: still workin-progress. *Health Economics*, 18:253–5.

თელობის დაზღვევის/დაავადების ფონდები<sup>56</sup>. ამან გამოიწვია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გამოყენება მომსახურების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის შესახებ მოლაპარაკებების მიზნით, ასევე დეტალურ ხარჯზე და მოცულობაზე დაფუძნებულ ფინანსურ კომპონენტებზე (მაგალითად, ინგლისში, ესტონეთში, ნიდერლანდებსა და ესპანეთში). დაბოლოს, ხარჯთაღრიცხვის მონაცემები საშუალებას აძლევს მარეგულირებელ ორგანოებს, მონიტორინგი გაუწიონ არასასურველ სტიმულებს, რომლებიც უნდა ახლდეს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებულ გადახდებს, როგორცაა პაციენტების მკურნალობა, რომელთა მოსალოდნელი ხარჯები დაბალია, ძვირადღირებული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გამოყენება შემოსავლის გაზრდის მიზნით, ხარჯების მინიმიზაცია ან მკურნალობის ხარჯების სხვა მხარეებზე გადატანა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კომპრომეტირება.

\* \* \*

ხარჯების აღრიცხვა განაპირობებს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) შემდგომ განვითარებას. ევროპაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული ჰოსპიტალური გადახდის სისტემების დანერგვა ნაწილობრივ გამოწვეული იყო ხარჯების მონაცემებთან დაკავშირებული ინფორმაციის არარსებობით ან არაადეკვატურობით<sup>57</sup>. დანახარჯების აღრიცხვის მონაცემებმა შესაძლებელი გახადა ხარჯების ერთგვაროვნების დადასტურება და პაციენტებზე ჯანდაცვის დანახარჯების გამოვლენა. ამან გამოიწვია არსებული დიაგნოზთან შეჭიდული

---

<sup>56</sup> Busse, R., Schreyögg, J., Smith, P.C. (2006). Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Management Science*, 9:211–13

<sup>57</sup> Feyrer, R., Rosch, J., Weyand, M., Kunzmann, U. (2005). Cost unit accounting based on a clinical pathway: a practical tool for DRG implementation. *The Thoracic and cardiovascular surgeon*, 53:261–6.

ჯგუფების (DRG) სისტემების გადახედვა და დახვეწა. ასევე, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG) განაპირობებენ ხარჯების აღრიცხვას. ხარჯების აღრიცხვის ყოვლისმომცველი და სტანდარტიზებული სისტემების დანერგვამ სტიმული მისცა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) წონების გამოსათვლელად მონაცემების შეგროვების აუცილებლობას. არსებული ხარჯების აღრიცხვის სისტემების გადასინჯვა ხორციელდება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული საავადმყოფოს გადახდის სისტემების ეფექტურობისა და სამართლიანობის გასაუმჯობესებლად. ამგვარად, შეიძლება დავასკვნათ, რომ: დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემები ვერ ფუნქციონირებს კარგად ხარჯების ზუსტი აღრიცხვის გარეშე. ხარჯების აღრიცხვის სისტემები აუცილებელია ანალიზის ერთეულზე დაფუძნებული, დაკმაყოფილებულია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG). თუმცა, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) და ხარჯების აღრიცხვის სისტემები ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად უნდა განვითარდეს; წინააღმდეგ შემთხვევაში შეუძლებელი იქნება სისტემების მუშაობის ინდივიდუალური შემოწმება.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული ჰოსპიტალური გადახდის სისტემების განვითარებისათვის ხარჯთაღრიცხვის მონაცემების შეგროვების მეთოდი და დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) წონების გაანგარიშების მეთოდი არსებითად განსხვავდება ევროპის ქვეყნებში. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია ორი დაკვირვება. პირველი, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) და ხარჯების აღრიცხვის სისტემების მახასიათებლები ასახავს არსებულ მდგომარეობას, მაგრამ, ფაქტობრივად, განიცდის ცვლილებას. მეორე, არ არსებობს ზოგადად ხარჯების აღრიცხვის „საუკეთესო“ სისტემა, რადგან სისტემის არჩევანი უნდა გაკეთდეს დანახარჯების შემგროვებელი საავადმყოფოებისა და შესაბამისი ჯანმრთელობის ეროვნული

ნული სისტემების მახასიათებლებზე. თუმცა, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) ქეშმარიტად შეფასების ერთადერთი გზა სამედიცინო თანმიმდევრულობისა და ხარჯების ჰომოგენურობის თვალსაზრისით არის ხარჯების განსაზღვრა ინდივიდუალური პაციენტის დონეზე.

თითოეულ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებულ საავადმყოფოს გადახდის სისტემას აქვს ერთნაირი მიზნები, კერძოდ გამჭვირვალობის გაზრდა, საავადმყოფოს ადეკვატური ანაზღაურების უზრუნველსაყოფად, მაგრამ ისინი მიიღწევა სხვადასხვა ქვეყნის სპეციფიკური ჯანმრთელობის სისტემის კონტექსტში. აქედან გამომდინარე, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ევროპაში ხარჯების აღრიცხვის სისტემების ჰარმონიზაცია უახლოეს მომავალში მოხდება. თუმცა, ევროპის ქვეყნები, სავარაუდოდ, გაუმკლავდებიან DRG-ის გამოწვევებს.



# დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მეთოდის უპირატესობები და ნაკლოვანებები

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა ხელს უწყობს საავადმყოფოების ეფექტიანობას და ამცირებს მათ მიერ ქარბი სერვისების გაწევის სტიმულს. მას აქვს როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი მხარეები პაციენტის მომსახურებისათვის.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა მიზნად ისახავს:

- საავადმყოფოების ანაზღაურების სტანდარტიზებას;
- ეფექტიანობის გაუმჯობესებას;
- სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირებას
- მკურნალობის ღირებულების შემცირებას
- ამცირებს საავადმყოფოს სტიმულს ჩაატაროს არასაჭირო და ქარბი სერვისები.

გერმანიაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდის დაწერვის მთავარი მიზანი იყო საავადმყოფოების ისტორიული ბიუჯეტებით დაფინანსების ჩანაცვლება, რომელიც გაზრდიდა საავადმყოფოების მომსახურების ეფექტურობას, გამჭვირვალობასა და ხარისხს<sup>58</sup>.

კვლევები ადასტურებენ, რომ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დაფინანსების მეთოდის გამოყენებით მნიშვნელოვნად მცირდება სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა, იზრდება ქირურგიული დაავადებების შედარებით მსუბუქი ფორმების საავადმყოფოში მკურნალობის ნაცვლად ამბულატორიაში მკურნალობის შესაძლებლობა<sup>59</sup>. ბევრი ავტორი აღ-

<sup>58</sup> Furstenberg FF Jr. On a new schedule: transitions to adulthood and family change. *Future Child.* 2010 Spring;20(1):67-87. doi: 10.1353/foc.0.0038.

<sup>59</sup> Zhang L, Sun L. Impacts of diagnosis-related groups payment on the health-

ნიშნავს, რომ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დაფინანსების მეთოდის გამოყენებით იზრდება საავადმყოფოების ეფექტურობა. მაგალითად, სტოკჰოლმში სტაციონარული მომსახურების პროდუქტიულობა (საწოლების ბრუნვა) გაიზარდა 20%-ით დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების გადახდის სისტემის დანერგვის შემდეგ პირველი 2 წლის განმავლობაში<sup>60</sup>.

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<sup>61, 62, 63</sup>. 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

---

care providers' behavior in China: a cross-sectional study among physicians. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:2263–76. doi:10.2147/RMHP.S308183

<sup>60</sup> Mikkola H., Keskimäki I., Häkkinen U. DRG-related prices applied in a public health care system – can Finland learn from Norway and Sweden? *Health Policy*. 2002; 59(1): 37-51. doi: 10.1016/s0168-8510(01)00169-5.

<sup>61</sup> Meng Z, Hui W, Cai Y, Liu J, Wu H. The effects of DRGs-based payment compared with cost-based payment on inpatient healthcare utilization: A systematic review and meta-analysis. *Health Policy*. 2020;124:359-367.

<sup>62</sup> Brügger U, Eichler K. Impact of introducing a DRG reimbursement system in an acute inpatient hospital setting: a literature review. *Rheumatology*. 2010;46(3):556-557.

<sup>63</sup> Palmer KS, Agoritsas T, Martin D, et al. Activity-based funding of hospitals and its impact on mortality, readmission, discharge destination, severity of illness, and volume of care: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9:e109975.

პაციენტის სტაციონარში დადგენილზე მეტი ხნით დაყოვნებით, რადგან ზედმეტ დღეებზე მას არავინ გადაუხდის. შესაბამისად, დაყოვნების გახანგრძლივება მისთვის ეკონომიკურად წამგებიანია.

ავსტრიაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდზე დაფუძნებული საავადმყოფოების დაფინანსების შემოღებამ 1997-2012 წლების პერიოდში 14%-ით შეამცირა საავადმყოფოებში პაციენტების დაყოვნების ხანგრძლივობა<sup>64</sup>.

სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივება ხშირად ასოცირდება მოგების მაქსიმიზაციასთან, როდესაც საავადმყოფოს ანაზღაურება ხდება ფიქსირებული ფასით თითო შემთხვევაზე, ან შესრულებული სამუშაოს მიხედვით. DRG-ზე დაფუძნებული გადახდის პირობებში კი სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივება დაკავშირებულია საშუალო მოგების შემცირებასთან. აქედან გამომდინარე, DRG-ზე დაფუძნებული სისტემის დანერგვამ შესაძლოა გამოიწვიოს საავადმყოფოს ქცევითი ცვლილებების სტიმულირება, რაც განაპირობებს საავადმყოფოდან გაწერის უფრო ეფექტურ დაგეგმვას. ამგვარად, DRG-ზე დაფუძნებული გადახდის ფარგლებში, სტაციონარში დაყოვნების შემცირებამ შეიძლება დადებითად იმოქმედოს თითო შემთხვევის ღირებულებაზე და ეფექტურობის ზრდაზე, რაც ხელს უწყობს საავადმყოფოს უფრო მაღალ პროდუქტიულობას და შესაბამისად ზრდის მოგებას<sup>65</sup>.

დაფინანსების ახალი მეთოდის დადებითი მხარეა მკურნალობის ინტენსიფიკაციის ზრდა. განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა:

---

<sup>64</sup> Theurl E, Winner H. The impact of hospital financing on the length of stay: evidence from Austria. Health Policy. 2007 Aug;82(3):375-89. doi: 10.1016/j.healthpol.2006.11.001.

<sup>65</sup> Kutz A, Gut L, Ebrahimi F, Wagner U, Schuetz P, Mueller B. Association of the Swiss diagnosis-related group reimbursement system with length of stay, mortality, and readmission rates in hospitalized adult patients. JAMA Netw Open. 2019;2:e188332.

მწვავე პნევმონიის მკურნალობისათვის სტანდარტით განსაზღვრულია 7 დღე, ხოლო პაციენტს მკურნალობისათვის დასჭირდა 5 დღე. იმ შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო დაწესებულება ანაზღაურება ეძლევა სტანდარტით დადგენილი 7 დღის და არა ფაქტიურად გატარებული 5 დღის მიხედვით, იგი 2 დღის ეკონომიის ხარჯზე ლეზიონს 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 არაეფექტურად მოქმედი სტაციონარების შენახვის ხარჯები, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს სტაციონარული მომსახურების ხარისხის ამაღლებას.

### **დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) დაფინანსების მეთოდს ასევე აქვს თავისი ნაკლოვანებები:**

- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაძლო დაქვეითება. მაგალითად, გამოკვლევების აუცილებლობა განისაზღვრება ადმინისტრაციული ფორმულით, რომელიც შეიძლება არ შეესაბამებოდეს ყველა პაციენტის საჭიროებებს;
- დიაგნოზის უფრო დამძიმება, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ზედმეტი სტრესი პაციენტებში და მათ ახლობლებში;
- პაციენტის დროზე ადრე განერა ან რეაბილიტაციის ან გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებაში ძალიან მალე

გადაყვანა, საავადმყოფოს ხარჯების დასაზოგად, ასევე სანოლის ბრუნვის მაჩვენებლის გაზრდის მიზნით<sup>66, 67, 68</sup>.

- საავადმყოფოში რეადმისიის გაზრდილი შანსები ადრეული განერის გამო დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდზე დაფუძნებულ გადახდის სისტემის გამოყენებისას საავადმყოფოებს შეუძლიათ შეარჩიონ პაციენტები სირთულის/სარგებლის თანაფარდობის მიხედვით, შერჩევით დახარჯონ მხოლოდ გარკვეულ ჯგუფებზე, დაზოგონ რიგი სერვისების მიწოდება, რომლებსაც მოიცავს, მაგრამ არ არის სავალდებულო, და ასევე უარი თქვან მძიმე პაციენტების მკურნალობაზე. შეიძლება ითქვას, რომ მძიმედ დაავადებული პაციენტების მკურნალობა წამებებიანია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების დაფინანსების სისტემით და საავადმყოფოების მოტივაცია ასეთ სიტუაციებში სამედიცინო მომსახურების განვითარების ერთ-ერთი გადაუჭრელი პრობლემაა.

2014 წლის მეტაანალიზის მიხედვით, სადაც შეჯამდა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებზე დაფუძნებული პროსპექტული დაფინანსების სისტემების დანერგვის შედეგების 50 კვლევა აშშ-დან და 15 კვლევა 9 სხვა ქვეყნიდან, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდის განხორციელებამ განაპირობა საავადმყოფოდან განერის შემდეგ სამედიცინო დახმარებაზე განმეორებითი მიმართვის 24%-ით ზრდა<sup>69</sup>.

---

<sup>66</sup> Cheng SH, Chen CC, Tsai SL. The impacts of DRG-based payments on health care provider behaviors under a universal coverage system: A population-based study. *Health Policy*. 2012;107(2-3):202-208.

<sup>67</sup> Carroll NV, Erwin WG. Effect of the prospective-pricing system on drug use in Pennsylvania long-term-care facilities. *Am J Health Syst Pharm*. 1990;47(10):2251-2254.

<sup>68</sup> Gao F. Systematic Review of the Impacts of Diagnosis Related Groups and the Challenges of the Implementation in Mainland China. PhD Thesis. University of Hong Kong, Pokfulam, Hong Kong, 2013.

<sup>69</sup> Palmer KS, Agoritsas T, Martin D, et al. Activity-based funding of hospitals and its impact on mortality, readmission, discharge destination, severity of illness, and vol-

საფრანგეთში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდზე დაფუძნებულ გადახდის სისტემას, უპირატესობებთან ერთად, რომელიც საავადმყოფოების მომსახურების ეფექტურობისა და გამჭვირვალობაში გაძლიერებაში გამოიხატება, თან ახლავს გარკვეული რისკები და პრობლემები, რაც ვლინდება სერვისების მოცულობისა და პაციენტებზე ზრუნვის შესაბამისობის კონტროლში.

ზოგი მკვლევარის აზრით, სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირება უარყოფით გავლენას ახდენს ჯანდაცვის ხარისხზე პაციენტის ადრეული განერის და მომსახურების ინტენსივობის იმ დონემდე შემცირების გამო, რომლებშიც პაციენტებს არ მიენოდებათ საჭირო სერვისები<sup>70</sup>. თუმცა, სხვა კვლევებმა აჩვენეს, რომ სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის არ შემცირებულა DRG-ზე დაფუძნებული გადახდის განხორციელების შემდეგ<sup>71,72</sup>. ამიტომ, საყურადღებოა, რათა DRG-ზე დაფუძნებულმა გადახდის ახალმა სისტემამ არ გამოიწვიოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შემცირება.

საავადმყოფოების მიერ პაციენტების რაც შეიძლება მალე განერის სტიმულის გამო, ზოგ ქვეყანაში შემოღებულია წესები, რომლითაც ხდება საავადმყოფოს დაჯარიმება, თუ პაციენტი 30 დღის განმავლობაში ხელახლა შემობრუნდება.

ზოგი კვლევის მიხედვით, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდზე დაფუძნებული გადახდის სისტემა გავლენას არ

---

ume of care: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2014;9:e109975

<sup>70</sup> Ellis RP. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. J Health Econ. 1998;17(5):537-555.

<sup>71</sup> Jian W, Lu M, Chan KY, et al. Payment Reform pilot in Beijing hospitals reduced expenditures and out-of-pocket payments per admission. Health Aff. 2015;34:1745-1752.

<sup>72</sup> Thommen D, Weissenberger N, Schuetz P, et al. Head-to-head comparison of length of stay, patients' outcome and satisfaction in Switzerland before and after SwissDRG-Implementation in 2012 in 2012: an observational study in two tertiary university centers. Swiss Med Wkly. 2014;144:w13972.

ახდენს პაციენტის განმეორებით მიმართვაზე სტაციონარიდან განერის 30 დღის განმავლობაში<sup>73</sup>. კორეაში ჩატარებულმა სხვა კვლევამ დაადგინა, რომ DRG გადახდებმა შეამცირა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა პაციენტის განმეორებით მიმართვების გაზრდის გარეშე<sup>74</sup>. აღსანიშნავია, რომ კვლევების მიხედვით, DRG-ზე დაფუძნებული გადახდა გავლენას არ ახდენს პაციენტების ჰოსპიტალურ სიკვდილიანობაზე<sup>75</sup>. ანალოგიურად, სხვა კვლევებმა არ აჩვენა DRG-ზე დაფუძნებული გადახდის სისტემის დანერგვის შედეგად მნიშვნელოვანი ცვლილებები განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის და სიკვდილიანობის მხრივ<sup>76, 77</sup>. თუმცა, ზოგი კვლევის მიხედვით, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდზე დაფუძნებული გადახდის სისტემის დანერგვამ გაზარდა განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი<sup>78</sup>. ერთის მხრივ, ადრეული განერის საპასუხოდ, ექიმების მიერ პაციენტზე მეთვალყურეობის გაძლიერებამ შესაძლოა შეამციროს განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია. მეორეს მხრივ, იმის გამო, რომ განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია 30 დღის განმავლობაში წარმოადგენს ჯანდაცვის ხარისხის მნიშვნე-

<sup>73</sup> Epstein AM, Bogen J, Dreyer P, Thorpe KE. Trends in length of stay and rates of readmission in Massachusetts: implications for monitoring quality of care. *Inquiry*. 1991;28:19-28.

<sup>74</sup> Kim JW, Shin DW, Chae JJ, Kim JY, Park SG. Impact of the new payment system on laparoscopic appendectomy in Korea. *J Surg Res*. 2015;199(2):338-344.

<sup>75</sup> Brügger U, Eichler K. Impact of introducing a DRG reimbursement system in an acute inpatient hospital setting: a literature review. *Rheumatology*. 2010;46(3):556-557.

<sup>76</sup> Cheng SH, Chen CC, Tsai SL. The impacts of DRG-based payments on health care provider behaviors under a universal coverage system: A population-based study. *Health Policy*. 2012;107(2-3):202-208.

<sup>77</sup> Kahn KL, Keeler EB, Sherwood MJ, et al. Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. *JAMA*. 1990;264:1984-1988.

<sup>78</sup> Hamada H, Sekimoto M, Imanaka Y. Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan. *Health Policy*. 2012;107(2-3):194-201.

ნელოვან ინდიკატორს, მაღალკონკურენტული საავადმყოფოები ცდილობენ შეამცირონ განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია<sup>79,80</sup>.

## სვოტ ანალიზი

SWOT ანალიზი არის სტრატეგიული დაგეგმვის მეთოდი, რომელიც მიზნად ისახავს კონკრეტული პროექტის/სტრატეგიის/მიზნის საფუძველში არსებული ძლიერი მხარეების, სუსტი მხარეების, შესაძლებლობებისა და საფრთხეების შეფასებას. ღირებულების შეფასების მართვის თითოეულ ინსტრუმენტს აქვს ძლიერი და სუსტი მხარეები, მაგრამ მათი ეფექტი შეიძლება განსხვავდებოდეს კონკრეტული სექტორის მიხედვით.

ერთის მხრივ, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებს (DRG) აკრიტიკებდნენ იმის გამო, რომ ადეკვატურად არ აღრიცხავს დაავადების სიმძიმეს, მაგრამ მეორეს მხრივ, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეთოდით გადახდა აუმჯობესებს ტექნიკურ ეფექტურობას და პროდუქტიულობას საავადმყოფოებში.

---

<sup>79</sup> Tsai TC, Joynt KE, Orav EJ, Gawande AA, Jha AK. Variation in surgical-readmission rates and quality of hospital care. *N Engl J Med.* 2013;369:1134-1142.

<sup>80</sup> Burgess S, Gossage D, Propper C. Competition and quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9. *CEPR Discussion Papers.* 2010;118:138-170.



## შიდა შეფასება

| ძლიერი მხარეები   | სუსტი მხარეები   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• DRG არის პაციენტის კლასიფიკაციის სისტემა, რომელიც ეფუძნება განერის დიაგნოზს; თითოეულ სადიაგნოსტიკო ჯგუფში შედის პაციენტები მსგავსი პათოლოგიით და მკურნალობის ხარჯებით, რაც უზრუნველყოფს პაციენტებს მინოდებულ სერვისებსა და გამოყენებული საავადმყოფოს რესურსებს შორის უკეთეს შესაბამისობას.</li> <li>• იკვლევს თითოეული განერილი პაციენტის მახასიათებლებს და, მათი მიხედვით, პაციენტები კლასიფიცირდება ცალკეულ დიაგნოზთა ჯგუფში, DRG უზრუნველყოფს უფრო გამჭვირვალეობას ჰოსპიტალის საქმიანობის თვალსაზრისით. DRG სისტემაში საკვანძო სიტყვაა განერილი პაციენტი.</li> <li>• DRG გულისხმობს საავადმყოფოს საქმიანობის შედეგებს, რომელიც გამოიხატება საავადმყოფოში ეფექტურად ნამკურნალე პაციენტთა რაოდენობითა და ტიპის მიხედვით და არა საავადმყოფოს სტრუქტურებით (საწოდების რაოდენობა, პერსონალი).</li> <li>• DRG არის სასარგებლო ინსტრუმენტი საავადმყოფოს ეფექტურობის გაზრდისთვის (თითოეული ტიპის პაციენტისთვის საჭირო რესურსების იდენტიფიცირებით),</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• თვითმართვის ნაკლებობა - ჩნდება კითხვა, ექნებათ თუ არა ჰოსპიტალის მენეჯერებს ძალა და მოტივაცია ჩაერიონ ეფექტურობის გაზრდის მიზნით. აუცილებელია, რომ საავადმყოფოს მენეჯმენტს ჰქონდეს საკმარისი ავტონომია, ჩაერიოს სერვისებში, რათა გაზარდოს ჯანდაცვის ეფექტურობა და ხარისხი.</li> <li>• გაურკვევლობა ჰოსპიტალის მენეჯმენტის პასუხისმგებლობასთან დაკავშირებით – საკითხავია ვისზე ნავა პასუხისმგებლობა, თუ ზომები არაპოპულარულია (მაგრამ არა პაციენტების ხარჯზე) ჰოსპიტალის ეფექტურობის გაზრდის მიზნით, თუ გადაწყვეტილია განყოფილებების რეორგანიზაცია, რომლებსაც აქვთ დანაკარგები (მაგრამ საზოგადოებისათვის საჭიროა).</li> <li>• გაურკვევლობა ჰოსპიტალში მოგება/ზარალის მენეჯმენტში - უნდა დარეგულირდეს, თუ როგორ უნდა მართოს ეფექტურობის ზრდით წარმოქმნილი მოგება (ჭარბი) და როგორ მართოს საავადმყოფოები ზარალის (დეფიციტი) დროს.</li> <li>• განუული მომსახურების ხარისხზე ზემოქმედება – ზოგიერთ საავადმყოფოს, როგორც წესი, აქვს მოკლევადიანი სარგებელი და, შესაბამისად, სწირავს განუული მომ-</li> </ul> |

განწეული მომსახურების ხარისხის გასაუმჯობესებლად (ხარისხის შეფასებით), ჰოსპიტალური საქმიანობისა და სტრუქტურის მოდელირებისათვის (პერსონალი, განყოფილებები) და შედეგზე დაფუძნებული მენეჯმენტის მიღწევაში და არა რესურსებზე ან პროცესებზე.

- სამართლიანი შედარება საავადმყოფოებს (თუმცა არა იგივე ტიპის), განყოფილებებსა და ექიმებს შორის.

- DRG-ის მეშვეობით, საავადმყოფოები, რომლებსაც ექნებათ ხარჯები კონკრეტულ DRG-ზე, ამ კატეგორიაში დადგენილ ტარიფზე დაბალი, გამოიმუშავენ რესურსებს ამ კატეგორიის პაციენტებისთვის და ისინი, რომლებსაც აქვთ უფრო მაღალი ხარჯები, ვიდრე კონკრეტული DRG დადგენილ ტარიფზე, დაკარგავენ რესურსებს ამ კატეგორიის პაციენტებში.

- იგი ეფუძნება პრინციპს „ფული პაციენტს მიჰყვება“ – ჯანმრთელობის დაზღვევის ძირითადი პრინციპი.

- საშუალებას აძლევს საავადმყოფოს მკაფიოდ გამოყოს პაციენტების ტიპები და მათთვის მოზიდული რესურსები, ე.ი. საავადმყოფოს შეუძლია იცოდეს პაციენტების ტიპები, რომლებიც კარგავენ რესურსებს (და ჩაერიოს მიმდინარე პროცესებში ხარჯების შესამცირებლად) და პაციენტები, რომლებ-

სახურების ხარისხს ეფექტურობის გაზრდისთვის; ამგვარად, თუ DRG არ აკონტროლებს მომსახურების ხარისხს, შეიძლება მიაღწიოს უკიდურესობას, რომ „მოკვდები საავადმყოფოში, მაგრამ უფრო ეფექტურად მოკვდები“.

საც აქვთ ფინანსური სარგებელი (და ცდილობენ მოიზიდონ ამ ტიპის რაც შეიძლება მეტი პაციენტი).

- საავადმყოფოები სტიმულირებულნი არიან, შეინარჩუნონ ხარჯები დაბალ ფასად თითოეული ტიპის პაციენტისთვის, რათა დაზოგონ რესურსები და გამოიყენონ ისინი სხვადასხვა მიზნებისთვის პაციენტების სასარგებლოდ. მეთოდი საშუალებას აძლევს საავადმყოფოებს მკაფიოდ ჩამოაყალიბონ პაციენტების ტიპები და მათთვის მოზიდული რესურსები და საჭირო ხარჯებთან შედარების გზით შექმნან ჩარჩო მაქსიმალური ეფექტურობისთვის (დაზოგილი თანხა ინახება საავადმყოფოში).

- იგულისხმება რესურსების გამოყენების გამჭვირვალობა – დაფინანსება არის „ნახვაზე“ და ცნობილია ყველასთვის (პაციენტები, საავადმყოფოები, სამინისტრო, პროფკავშირები).

- აჩვენებს დაფინანსების წინა მეთოდების სისუსტეებს, ჰოსპიტალიზაციის დღეების მიხედვით ანაზღაურებისას, რაც ითვალისწინებს შემთხვევების რაოდენობას და სირთულეს, ასევე საავადმყოფოში ყოფნის დღეების რაოდენობას – საავადმყოფოებს სტიმულს აძლევს ჩაატარონ უფრო მსუბუქი შემთხვევების ჰოსპიტალიზაცია უფრო მაღალი ტარიფების მქონე განყოფილებებში და პაციენტები

შეინარჩუნონ რაც შეიძლება ბევრი დღე ამ განყოფილებებში.

- დაფინანსება არ არის დიფერენცირებული საავადმყოფოების ტიპის მიხედვით, არამედ შემთხვევების სირთულის მიხედვით, რათა საავადმყოფოები მუდმივად არ ცვალონ სტრუქტურა და სახელი მეტი თანხის მოსაზიდად, არამედ მიიღებენ მეტს მხოლოდ უფრო რთული შემთხვევებისთვის.

- DRG-ის მეშვეობით, ერთსა და იმავე საავადმყოფოში პაციენტისთვის, მაგალითად, მიოკარდიუმის ინფარქტით დაავადებული პაციენტისთვის გადაიხდება უფრო მეტი, ვიდრე ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტისთვის.

- ჰოსპიტალს სტიმული აქვს უმკურნალონ პაციენტებს უფრო სწრაფად და საუკეთესო პირობებში, რადგან მიღებული ტარიფი დამოკიდებულია პაციენტზე (დიაგნოზზე) და არა ჰოსპიტალიზაციის დღეების რაოდენობაზე.

- ინვესს საავადმყოფოებს შორის თანხის უფრო ობიექტურ განაწილებას (თუ საავადმყოფოს ჰყავს რამდენიმე პაციენტი ან არ ჰყავს მძიმე დაავადების მქონე პაციენტები, შეუმცირდება დაფინანსება).

- DRG სისტემის მონაცემები საშუალებას იძლევა შეფასდეს საავადმყოფოს კლინიკური აქტივობა (განყოფილების დონეზე და ექიმების დონეზე კი)

## გარე შეფასება

| შესაძლებლობები  | საფრთხეები   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ცენტრალურ დონეზე, ამ სისტემის მეშვეობით ხდება ჰოსპიტალური რესურსების გამოყენების გამჭვირვალობის უზრუნველყოფა (რაც ჯანდაცვის მთლიანი სახსრების 60%-ზე მეტის შეადგენს), რაც იწვევს რესურსების ეფექტიანად გამოყენებას და კორუფციის პოტენციალის შემცირებას სახსრების განაწილების პროცესში.</li> <li>• DRG საშუალებას იძლევა უზრუნველყოს ჰოსპიტალის საქმიანობის გლობალური შეფასება გეოგრაფიულ არეალში ან კონკრეტულ ტერიტორიაზე. ამრიგად, საავადმყოფოებიდან შეგროვებული ინფორმაცია პაციენტების შესახებ, რომლებიც ემყარება საავადმყოფოს საქმიანობის ანგარიშებს, შეიძლება გამოყენებულ იქნას მინოდებული სერვისების ხელმისაწვდომობისა და მიზანშეწონილობის შესაფასებლად (მაგალითად, შეიძლება შეიქმნას ანგარიშები იმ პაციენტების რაოდენობისა და ტიპის შესახებ, რომლებსაც ოპერაცია არ გაუკეთებიათ, თუმცა ჰოსპიტალიზირებულნი იყვნენ ქირურგიულ განყოფილებებში), რათა შევადაროთ განყოფილებები ან საავადმყოფოები პაციენტების ტიპის მიხედვით დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობის შესახებ, რათა გაანალიზდეს</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• საკანონმდებლო და ფინანსური არასტაბილურობა.</li> <li>• სხვა საავადმყოფოების არსებობა ან გაჩენა ჯანდაცვის სერვისების ბაზარზე - პოტენციური ჯანდაცვის სერვისის პროვაიდერები.</li> </ul> |

მომწოდებლები განუღი მომსახურების თვალსაზრისით. მაგალითად, საუნივერსიტეტო კლინიკები ძალიან მარტივი პათოლოგიით, ან არაადეკვატურ საავადმყოფოებში ჩატარებული პათოლოგიითა და პროცედურებით. ამ გზით შესაძლებელია გადანყვეტილებების მიღება საავადმყოფოებში პაციენტების უკეთესი წვდომისთვის.

- DRG ეხმარება საავადმყოფოების მოდელირებას პაციენტის დაფინანსების მიხედვით. ამრიგად, მას შეუძლია ჩაერიოს ტარიფების დადგენისას გარკვეული სერვისების მიწოდების სტიმულირებისა და სხვა სერვისების მიწოდების შესამცირებლად. მაგალითად, თქვენ გადაიხდით ნაკლებს ოპერაციისთვის, რომელიც შეიძლება ზედმეტად უზრუნველყოფილი იყოს საავადმყოფოების მიერ, მხოლოდ თანხის მოსაზიდად, მაშინაც კი, თუ ეს არ იყო საჭირო პაციენტისთვის.

## საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები სამედიცინო ორბანიზაციების სიჭარბე

ბოლო ათწლეულში განსაკუთრებით გაიზარდა სამედიცინო ორბანიზაციების რაოდენობა. უნდა ითქვას, რომ პრობლემა არა თავად რაოდენობის ზრდა, არამედ ის გარემოება, რომ ამ ახლადშექმნილი კლინიკების უმრავლესობის დაფინანსების უმთავრესი წყაროა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა. კლინიკების არასელექტიური 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 მიმართებაში ბევრად მაღალია. ამავდროულად, ჭარბი კლინიკების ფონზე არათანაბარია მათი სიმძლავრე და სანოლთა დატვირთვა, რომელიც დღეს მხოლოდ 47%-ს უტოლდება, მაშინ, როდესაც საერთაშორისო სტანდარტის შესაბამისად რენტაბელობის მაჩვენებელი მინიმუმ 80% უნდა იყოს. სანოლთა არასათანადო დატვირთვა ზრდის მომსახურების ხარჯს და ამცირებს ხარისხს, რადგან პატარა კლინიკების განვითარების და მაღალტექნოლოგიურ მონყობილობა-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 სელექტიური კონტრაქტირება

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

სელექტიური კონტრაქტირება გულისხმობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩასართავად სამედიცინო დანებს უზღუდების შერჩევას სპეციალური კრიტერიუმების საფუძველზე. მაგალითად, ჰოსპიტალურ სერვისებზე სელექტიური კონტრაქტირებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს სანოლთა დატვირთვა ანუ სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო ორგანიზაციას უნდა ჰქონდეს სანოლების გარკვეული რაოდენობა. მაგალითად, ზოგი კვლევა ადასტურებს, რომ 100 სანოლზე ნაკლები საავადმყოფო არაეფექტურია და არის ქვეყნები, სადაც მათ სახელმწიფო პროგრამით ხელშეკრულებას არ უდებენ. თუმცა საქართველოში გასათვალისწინებელია კლინიკების გეოგრაფიული მდებარეობა, რადგან ზოგ რაიონში შესაძლოა, აუცილებელი იყოს პატარა ზომის საავადმყოფოს შენარჩუნება.

სელექტიური კონტრაქტირება ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას, რადგან სახელმწიფო



კონტრაქტს აფორმებს ისეთ კლინიკებთან, სადაც სამედიცინო მომსახურების გაცილებით მაღალი ხარისხია. სელექტიური კონტრაქტირება ასევე ხელს უწყობს ქვეყანაში კლინიკების რაოდენობის ოპტიმიზაციას, ხარჯების შეკავებას და საწოლთა დატვირთვის გაზრდას. სელექტიური კონტრაქტირებით სახელმწიფო ირჩევს შედარებით მსხვილ საავადმყოფოებს, სადაც უფრო მეტია სერვისების წარმოების მოცულობა, საწოლთა დატვირთვა, შესაბამისად მით მეტია ეფექტურობა. 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 სელექტიური კონტრაქტირება ხელს უწყობს ქვეყანაში მაღალტექნოლოგიური მედიცინის განვითარებას. მიუხედავად სახელმწიფოს მხრიდან მწირი დაფინანსებისა, საქართველოში მაღალტექნოლოგიური მედიცინის გარკვეული მიმართულებები საკმაოდ მაღალ დონეზეა განვითარებული, რაც საშუალებას აძლევს პაციენტებს მიიღონ სრულყოფილი სერვისები საქართველოში და არ უწევთ საზღვარგარეთ წასვლა. აღნიშნული, თავის მხრივ, ზრდის არამარტო სამედიცინო მომსახურებაზე როგორც ფინანსურ ასევე გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას, არამედ ამცირებს კაპიტალის გადინებას ქვეყნის ფარგლებს გარეთ. უფრო მეტიც, მარალტექნოლოგიური მედიცინის განვითარებით საქართველო შეიძლება საინტერესესო გახდეს სამედიცინო ტურიზმის განვითარებისთვის, რაც საქართველოს ეკონომიკის გაძლიერების შესაძლებლობაც იქნება.

მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის და სელექტიური კონტრაქტირების გზით მიღებული ხარჯების ეკონომიით შესაძლებელი იქნებოდა შერჩეული კლინიკებისათვის არამართო ადექვატური ტარიფების შეთავაზება არამედ იმ სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო სერვისების დაფინანსებაც, რომლებიც ყველა პაციენტებისათვის არ არის გათვალისწინებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით.

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

## რეკომენდაციები

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG), როგორც წესი, ჯანდაცვის სისტემის დასაფინანსებლად დაინერგა იმ მიზნით, რომ გაზარდოს ჯანდაცვის ხარჯების ეფექტურობა და მდგრადობა. თუმცა, ამ მიზნების დაკმაყოფილება მოითხოვს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სრულფასოვნად შესწავლას და პროცესისა და პოლიტიკის საფუძვლიან განხილვას.

დიაგნოზით მსგავსი დაავადებების განფასებისას 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 ძვირადღირებული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მეთოდები გამოიყენება;
- ზოგიერთი რაიონების საავადმყოფოებისათვის, რომლებიც სახელმწიფოს მხრიდან გარკვეულ მხარდაჭერას საჭიროებენ;
- ისეთი საავადმყოფოებისათვის, სადაც მკურნალობენ ძვირადღირებულ 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, როგორცაა ახალი ტექ-

ნოლოგიების გამოყენება, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება, დასაქმებული პერსონალის ხელფასის ზრდა. ინდექსს უნდა ადგენდეს ჯანდაცვის სამინისტრო.

მრავალი ქვეყნის გამოცდილების შესწავლის შედეგად შეიძლება გამოვიტანოთ შემდეგი დასკვნები:

ქვეყანას უნდა გააჩნდეს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდის სისტემის დანერგვის შესახებ მკაფიოდ გამოხატული მიზნები, თუ რა ცვლილებებია მოსალოდნელი მისი დანერგვით ჯანდაცვის სისტემაში. წინააღმდეგ შემთხვევაში, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდის სისტემა შესაძლოა რისკის შემცველი აღმოჩნდეს ჯანდაცვის სისტემისათვის.

ადრეულ ეტაპზე სასურველია შეიქმნა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გუნდი, რომელიც დაკომპლექტებული იქნება სათანადო დონის სპეციალისტებით, რათა ხელი შეუწყოს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) განვითარებას. ამ გუნდს არა მხოლოდ უნდა გააჩნდეს სათანადო უნარები, არამედ უნდა ჰქონდეს უფლებამოსილება, ეფექტურად მოიწვიოს ჯანდაცვის სექტორის სხვადასხვა წარმომადგენლები და დაინტერესებული მხარეები, რათა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა იყოს ტექნიკურად თანმიმდევრული და პოლიტიკურად მისაღები.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) პაციენტების კლასიფიკაციისათვის სასურველია სხვადასხვა ქვეყნების გამოცდილების გათვალისწინება. ქვეყნების უმეტესობამ, მათ შორის განვითარებულმა ქვეყნებმა (ავსტრალია, გერმანია), კლასიფიკაციური ჯგუფები სხვა ქვეყნებიდან გადმოიღეს და მოახდინეს მათი შემდგომი ადაპტირება.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) ხარჯების ნონების განსაზღვრა არ საჭიროებს ხარჯების შრომატევად და ძვირადღირებულ შესწავლას; ბევრმა ქვეყანამ ამ მიზნით გამოიყე-

ნა სტაციონარული მკურნალობის დაფინანსების მონაცემები. თუმცა, გადახდის მონაცემებზე დაფუძნებული ხარჯების წონის გამოყენება გარკვეულ რისკებს შეიცავს. მიუხედავად იმისა, გამოყენებული იქნება თუ არა ხარჯების მონაცემები, პროვაიდერები თავიდანვე აქტიურად უნდა იყვნენ ჩართულნი, რათა მიღწეულ იქნას კონსენსუსი, რომ შედარებითი ღირებულების წონით შექმნილი სტიმული შეესაბამებოდეს ჯანდაცვის სისტემის მიზნებს. კორექტირება შეიძლება განხორციელდეს დროთა განმავლობაში, ტექნოლოგიებისა და პრაქტიკის ცვლილებასთან ერთად.

მიზანშეწონილია ბიუჯეტის მკაცრი ჭერის არსებობა. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის ეფექტურობის მიზნების მიღწევისას მნიშვნელოვანია საავადმყოფოს დაფინანსების და მოცულობის ჭერის დადგენა. ჯანდაცვის ისეთი სისტემები, რომლებიც გამოიყენებენ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურებას (FFS), და აპირებენ დანერგონ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეთოდი რაიმე სახის გლობალური ბიუჯეტის გარეშე, სავარაუდოდ, მოსალოდნელია ხარჯების ზრდა.

რეკომენდირებულია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეთოდის ეტაპობრივი დანერგვა და სისტემატური მიდგომა. სწავლის, მომზადებისა და ადაპტაციის პერიოდი აუცილებელია ტექნიკური პრობლემების რისკის შესამცირებლად, პროვაიდერების ფინანსური რისკის სამართავად და მათ ადაპტაციისთვის დროის მიცემით. ბევრ ქვეყანაში ეტაპობრივი მიდგომების უმეტესობა მოიცავდა ზომებს მოკლევადიანი ფინანსური რისკის შესამცირებლად.

აუცილებელია გამჭვირვალობის ამაღლება და დაინტერესებული მხარეების ჩართულობის გაზრდა. ყველა შესაბამისი დაინტერესებული მხარე ადრეულად უნდა იყოს ჩართული და მჭიდრო პარტნიორობა უნდა ჩამოყალიბდეს საავადმყოფო-

ებთან. დაინტერესებული მხარეების ჩართულობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შემდგომ ეტაპებზე, როდესაც გამოვლინდება არაეფექტურობა გარკვეულ საავადმყოფოებში და საჭირო იქნება მძიმე გადაწყვეტილებების მიღება გადახდის დონის შესახებ. ამ მხრივ საჭიროა ტრენინგების ჩატარება და შესაძლებლობების განვითარება, რათა უზრუნველყოფილ იქნას დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) ფართო გაგება დაინტერესებულ მხარეთა ფართო სპექტრში. მთავარია გამჭვირვალობა ყველა პროცესსა და გადაწყვეტილებაში, რომელიც ეხება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) განვითარებასა და კორექტირებას.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) გადახდის სისტემა საჭიროებს უწყვეტ განვითარებას. DRG გადახდის სისტემები მოითხოვს კლასიფიკაციის მუდმივ დახვეწას და მონაცემთა ხარისხისა და მთლიანობის მონიტორინგს. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG) საჭიროებს განახლებას და განვითარებას; საჭიროა კოდირების ხარისხის პერიოდული მონიტორინგი და გაუმჯობესება; დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) პირველადი კლასიფიკაცია საჭიროებს გადახედვას. სერვისების ღირებულების ცვლილებები და ახალი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდების შემუშავება გავლენას მოახდენს ხარჯების ნონაზე.

# გამოყენებული ლიტერატურა

1. ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა. ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა საქართველოში. ეკონომისტი. 2022; 3.
2. ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა საქართველოში: განვითარების ბარიერები. ეკონომიკა და ბიზნესი. 2021; 13 (2).
3. ჯორბენაძე ა., ვერულავა თ. (2021). დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) საავადმყოფოს დაფინანსების მეთოდი და 1995 წლის ჯანდაცვის რეფორმები. ეკონომისტი. XVII (4): 31-41.
4. ჯორბენაძე ა. (2021). როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა: 1993-1997 წლები: ნიგნი I. თბილისი, 2021.
5. ჯორბენაძე ა. (2023). როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა: 1998-2003 წლები: ნიგნი II. თბილისი, 2023.
6. ჯორბენაძე ა. (2022). ქართული მედიცინის ისტორიული გზა. თბილისი
7. Berki, S.E. (1985). DRGs, incentives, hospitals, and physicians. Health Affairs (Millwood), 4:70–6.
8. Brügger U, Eichler K. Impact of introducing a DRG reimbursement system in an acute inpatient hospital setting: a literature review. Rheumatology. 2010;46(3):556-557.
9. Burgess S, Gossage D, Propper C. Competition and quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9. CEPR Discussion Papers. 2010;118:138-170
10. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals. Open University Press. 2011.
11. Busse, R., Schreyögg, J., Smith, P.C. (2006). Hospital case payment systems in Europe. Health Care Management Science, 9:211–13.

12. Busse, R., Schreyögg, J., Smith, P.C. (2008). Variability in healthcare treatment costs amongst nine EU countries – Results from the HealthBASKET project. *Health Economics*, 17:1–8.
13. Casas, M., Wiley, M., eds. (1993). *Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag
14. Carroll NV, Erwin WG. Effect of the prospective-pricing system on drug use in Pennsylvania long-term-care facilities. *Am J Health Syst Pharm*. 1990;47(10):2251-2254.
15. Cheng SH, Chen CC, Tsai SL. The impacts of DRG-based payments on health care provider behaviors under a universal coverage system: A population-based study. *Health Policy*. 2012;107(2-3):202-208.
16. Clement Nee Shrive, F.M., Ghali, W.A., Donaldson, C., Manns, B.J. (2009). The impact of using different costing methods on the results of an economic evaluation of cardiac care: micro-costing vs gross-costing approaches. *Health Economics*, 18:377–88.
17. Codman, E.A. (1913–1917). The product of a hospital (Philadelphia address) (Box 4, Folder 77), in E.A. Codman. *Ernest Amory Codman Papers, 1849–1981: Finding Aid*. Boston, MA: Boston Medical Library and Francis A. Countway Library of Medicine (B MS c60).
18. Cohen, D.J., Breall, J.A., Ho, K.K. et al. (1993). Economics of elective coronary revascularization. Comparison of costs and charges for conventional angioplasty, directional atherectomy, stenting and bypass surgery. *Journal of the American College of Cardiology*, 22:1052–9.
19. Cooper, R., Kaplan, R.S. (1988). Measure costs right. Make the right decisions. *Harvard Business Review*, Sep/Oct:96–103.
20. Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Torrance, G.W., O'Brien, B.J., Stoddart, G.L. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press.
21. Ellis RP. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *J Health Econ*. 1998;17(5):537-555.



22. Epstein AM, Bogen J, Dreyer P, Thorpe KE. Trends in length of stay and rates of readmission in Massachusetts: implications for monitoring quality of care. *Inquiry*. 1991;28:19-28
23. Fetter, R.B., ed. (1991). *DRGs: Their Design and Development*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
24. Fetter, R.B. (1993). Foreword, in M. Casas, M. Wiley, eds. *Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag
25. Fetter, R.B., Shin, Y., Freeman, J.L., Averill, R.F., Thompson, J.D. (1980). Casemix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care*, 18(2):1-53
26. Feyrer, R., Rosch, J., Weyand, M., Kunzmann, U. (2005). Cost unit accounting based on a clinical pathway: a practical tool for DRG implementation. *The Thoracic and cardiovascular surgeon*, 53:261-6.
27. Finkler, S.A., Ward, D.M., Baker, J.J. (2007). *Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations*. New York, NY: Aspen Publishers.
28. Gao F. Systematic Review of the Impacts of Diagnosis Related Groups and the Challenges of the Implementation in Mainland China. PhD Thesis. University of Hong Kong, Pokfulam, Hong Kong, 2013.
29. Hamada H, Sekimoto M, Imanaka Y. Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan. *Health Policy*. 2012;107(2-3):194-201
30. Heerey, A., McGowan, B., Ryan, M., Barry, M. (2002). Micro-costing versus DRGs in the provision of cost estimates for use in pharmacoeconomic evaluation. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 2:29-33.
31. Horngren, C.T., Datar, S.M., Foster, G. (2006). *Cost Accounting: A Managerial Emphasis*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
32. Jackson, T. (2000). Cost estimates for hospital inpatient care in Australia: evaluation of alternative sources. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24:234-41.

33. Jian W, Lu M, Chan KY, et al. Payment Reform pilot in Beijing hospitals reduced expenditures and out-of-pocket payments per admission. *Health Aff.* 2015;34:1745-1752.
34. Kahn KL, Keeler EB, Sherwood MJ, et al. Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. *JAMA.* 1990;264:1984-1988.
35. Kim JW, Shin DW, Chae JJ, Kim JY, Park SG. Impact of the new payment system on laparoscopic appendectomy in Korea. *J Surg Res.* 2015;199(2):338-344.
36. Kimberly, J.R., de Pouvourville, G., D'Aunno, T., eds. (2008). *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care.* Cambridge: Cambridge University Press.
37. Kutz A, Gut L, Ebrahimi F, Wagner U, Schuetz P, Mueller B. Association of the Swiss diagnosis-related group reimbursement system with length of stay, mortality, and readmission rates in hospitalized adult patients. *JAMA Netw Open.* 2019;2:e188332.
38. Langenbrunner, J., Cashin, C., & O'Dougherty, S. (Eds.). (2009). *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals.* World Bank Publications.
39. Leidl, R., Potthoff, P., Schwefel, D., eds. (1990). *European Approaches to Patient Classification Systems.* Berlin: Springer-Verlag.
40. Magnussen, J., Solstad, K. (1994). Case-based hospital financing: the case of Norway. *Health Policy,* 28:23–36.
41. Mathauer I, Wittenbecher F. Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ.* 2013 Oct 1;91(10):746-756A. doi: 10.2471/BLT.12.115931.
42. Mayes, R. (2007). The origins, development and passage of Medicare's revolutionary prospective payment system. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences,* 62(1):21–55.

43. McNair, P., Duckett, S. (2002). Funding Victoria's public hospitals: the casemix policy of 2000–2001. *Australian Health Review*, 25(1):72–99
44. Meng Z, Hui W, Cai Y, Liu J, Wu H. The effects of DRGs-based payment compared with cost-based payment on inpatient healthcare utilization: A systematic review and meta-analysis. *Health Policy*. 2020;124:359-367
45. Mikkola H., Keskimäki I., Häkkinen U. DRG-related prices applied in a public health care system – can Finland learn from Norway and Sweden? *Health Policy*. 2002; 59(1): 37-51. doi: 10.1016/s0168-8510(01)00169-5.
46. Nathanson, M. (1984). DRG cost-per-case management. Comprehensive cost accounting systems give chains an edge. *Modern Healthcare*, 14(3):122, 124, 128.
47. Palmer KS, Agoritsas T, Martin D, et al. Activity-based funding of hospitals and its impact on mortality, readmission, discharge destination, severity of illness, and volume of care: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9:e109975
48. Paris, P., Meyer-Lueckel H. (2010). Inhibition of Caries Progression by Resin Infiltration in situ. *Caries Res*; 44 (1): 47–54. <https://doi.org/10.1159/000275917>
49. Rodrigues, J.M. (1989). L'Europe des DRG. *Sozial- und Präventivmedizin*, 34:152–5
50. Rodrigues, J.M. (1993). DRGs: origin and dissemination throughout Europe, in M. Casas.
51. Roger France FH. Case mix use in 25 countries: a migration success but international comparisons failure. *Int J Med Inform*. 2003;70(2/3):215-219.
52. Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O., Busse, R. (2006). Methods to determine reimbursement rates for diagnosis-related groups (DRG): a comparison of nine European countries. *Health Care Management Science*, 9(3):215–23.
53. Schuster, M., Kuntz, L., Hermening, D. et al. (2006). The use of diag-

nosis-related-groups data for external benchmarking of anesthesia and intensive care services. *Anaesthesist*, 55(1):26–32.

54. Skeie, B., Mishra, V., Vaaler, S., Amlie, E. (2002). A comparison of actual cost, DRG-based cost, and hospital reimbursement for liver transplant patients. *Transplant International*, 15:439–45.

55. St-Hilaire, C., Crepeau, P.K. (2000). Hospital and unit cost-allocation methods. *Healthcare Management Forum*, 13:12–32.

56. Swindle, R., Lukas, C.V., Meyer, D.A., Barnett, P.G., Hendricks, A.M. (1999). Cost analysis in the department of veterans affairs: consensus and future directions. *Medical Care*, 37:AS3–8.

57. Tan, S.S. (2009). *Micro-costing in Economic Evaluations: Issues of Accuracy, Feasibility, Consistency and Generalizability*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

58. Tan, S.S., Oppe, M., Zoet-Nugteren, S.K. et al. (2009a). A micro-costing study of diagnostic tests for the detection of coronary artery disease in the Netherlands. *European Journal of Radiology*, 72:98–103.

59. Tan, S.S., Rutten, F.F., van Ineveld, B.M., Redekop, W.K., Hakkaart-van Roijen, L. (2009b). Comparing methodologies for the cost estimation of hospital services. *European Journal of Health Economics*, 10:39–45.

60. Tan, S.S., van Ineveld, B.M., Redekop, W.K., Hakkaart-van Roijen, L. (2009c). Comparing methodologies for the allocation of overhead and capital costs to hospital services. *Value in Health*, 12:530–5.

61. Thommen D, Weissenberger N, Schuetz P, et al. Head-to-head comparison of length of stay, patients' outcome and satisfaction in Switzerland before and after SwissDRG-Implementation in 2012 in 2012: an observational study in two tertiary university centers. *Swiss Med Wkly*. 2014;144:w13972.

62. Theurl E, Winner H. The impact of hospital financing on the length of stay: evidence from Austria. *Health Policy*. 2007 Aug;82(3):375-89. doi: 10.1016/j.healthpol.2006.11.001.

63. Tsai TC, Joynt KE, Orav EJ, Gawande AA, Jha AK. Variation in surgical-readmission rates and quality of hospital care. *N Engl J Med*. 2013;369:1134-1142.
64. Wiley, M. *Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag
65. Wiley, M. (1990). Patient classification systems: overview of experiments and applications in Europe, in R. Leidl, P. Potthoff, D. Schwefel, eds. *European Approaches to Patient Classification Systems*. Berlin: Springer-Verlag.
66. Van de Ven, W.P., Schut, F.T. (2009). Managed competition in the Netherlands: still workin-progress. *Health Economics*, 18:253–5.
67. Williams, S.V., Finkler, S.A., Murphy, C.M., Eisenberg, J.M. (1982). Improved cost allocation in casemix accounting. *Medical Care*, 20:450–9.
68. Wordsworth, S., Ludbrook, A., Caskey, F., Macleod, A. (2005). Collecting unit cost data in multicentre studies. Creating comparable methods. *European Journal of Health Economics*, 6:38–44.
69. Zhang L, Sun L. Impacts of diagnosis-related groups payment on the healthcare providers' behavior in China: a cross-sectional study among physicians. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:2263–76. doi:10.2147/RMHPS308183
70. Zuurbier, J., Krabbe-Alkemade, Y. (2007). *Onderhandelen Over DBC's [Negotiating on DBCs]*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.



**თიშვიც ვირულავა** – დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი (1990 წ.), დიდი ბრიტანეთის იორკის უნივერსიტეტი (1997 წ.). მუშაობდა ქ. სენაკის ბავშვთა საავადმყოფოს ექიმად (1991-1996), სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონის უფროსად (1996-2003), სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონის უფროსად (2003-2007), შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოს მრჩეველად (2007-2009), სასჯელალსრულების პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს პენიტენციურ სისტემაში ჯანდაცვის რეფორმირების პროექტის მთავარ კოორდინატორად (2009-2010), ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბიზნესის ფაკულტეტის დეკანად (2010-2011) და პროფესორად (2010-2019), ივ. ჯავახიშვილის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებულ პროფესორად (2019-2020), აკად. ვ. ჩაფიძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის მეცნიერებისა და უწყვეტი განათლების დეპარტამენტის უფროსად (2015 წლიდან). 2020 წლიდან კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი და ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტის ხელმძღვანელია. 2015 წლიდან სამეცნიერო რეფერირებადი ჟურნალის „ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია“ მთავარი რედაქტორია. გამოცემული აქვს 17 ნივთი და 400-მდე სამეცნიერო ნაშრომი (SCOPUS h-index -11). 2018 წელს მიენიჭა შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის ჯილდო „წლის საუკეთესო მეცნიერი“. არის RMIT უნივერსიტეტის (მელბურნი, ავსტრალია) საპატიო პროფესორი.



**რივაზ გორგინაია** – მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის აღმასრულებელი დირექტორი, გამოცემული აქვს 3 ნივთი და 100-მდე სამეცნიერო ნაშრომი (SCOPUS h-index – 7). 2018 წელს მიენიჭა შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის ჯილდო „წლის საუკეთესო მეცნიერი“.