



საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობა გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე DRG მოდელის დანერგვის შემდეგ

Financial access of pensioners to emergency onco-hematological services after the implementation of the DRG model

მარიამ ვარდუკაძე^{1a}, თენგიზ ვერულავა^{1a}

Mariam Vardukadze^{1a}, Tengiz Verulava^{2b}

¹მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

შესავალი: ნებისმიერი სახელმწიფოს ჯანდაცვის სისტემის უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა. 2022 წელს საქართველოში ამოქმედდა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მოდელი გეგმიური და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურებებისთვის, რომლის მთავარი ამოცანაა ჯანდაცვის სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება. DRG მოდელის დანერგვის მიუხედავად, ონკო-ჰემატოლოგიურ პაციენტებს, მათ შორის საპენსიო ასაკის პირებს, უხდებათ გარკვეული საფასურის გადახდა ისეთი სერვისებში, რომლებსაც აქამდე სრულიად უფასოდ იღებდნენ. ნაშრომის მიზანია DRG მეთოდის დანერგვის შემდეგ გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობის შეფასება. მეთოდოლოგია: გამოყენებული იქნა რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევის მეთოდები. კვლევის შედეგები: კვლევამ აჩვენა, რომ საპენსიო ასაკის პაციენტების უმრავლესობას (78%) სტაციონარის დატოვების შემდეგ მოუხდა 235 ლარის გადახდა. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ პაციენტების უმრავლესობა (64%) არ არის ფინანსურად დამოუკიდებელი. შესაბამისად, რესპონდენტების უმრავლესობას (79%) შეექმნა ფინანსური სირთულეები გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაში თანხის გადახდის გამო. რესპონდენტების უმრავლესობის (80%) აზრით DRG მოდელის დანერგვის შემდგომ მათ მიერ მიღებული ონკო-ჰემატოლოგიური სტაციონარული მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა შემცირდა. დასკვნა: დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მოდელის დანერგვის შემდეგ ონკო-ჰემატოლოგიურ სერვისებზე დაწესებული თანაგადახდის ზემო ზღვარი საპენსიო ასაკის პირებისათვის საკმაოდ დიდ თანხას წარმოადგენს, რაც ამცირებს ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. მიზანშეწონილია აღნიშნულ სერვისებზე დაწესებული თანაგადახდების გადახედვა.

საკვანძო სიტყვები: დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსება, ონკო-ჰემატოლოგიური მომსახურება, პენსიონერები, სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა.

^a mariamivardukadze7777@gmail.com

^b tverulava@cu.edu.ge

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-5939-5576>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8110-5485>

ციტირება: მარიამ ვარდუკაძე. თენგიზ ვერულავა. საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობა გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე DRG მოდელის დანერგვის შემდეგ. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

Abstract

Introduction: the most important task of the healthcare system of any state is to increase financial access to medical services for the population. In 2022, a diagnosis-related groups (DRG) financing model for planned and emergency inpatient services was launched in Georgia, the main task of which is to improve access to medical services and the quality of services. Despite the implementation of the DRG model, hematological oncology patients, including those of retirement age, have to pay a certain fee for services that were previously provided free of charge. The aim of the paper is to assess the financial access of pensioners to urgent onco-hematological services after the introduction of the DRG method. **Methodology:** Quantitative and qualitative research methods were used. **Results:** The study showed that the majority of patients of retirement age (78%) had to pay 235 GEL after leaving the hospital. However, it should be taken into account that the majority of patients (64%) are not financially independent. Consequently, the majority of respondents (79%) faced financial difficulties due to payment for urgent oncology-hematological services. According to the majority of respondents (80%), after the introduction of the DRG model, the financial availability of the onco-hematological inpatient services they received decreased. **Discussion, recommendations:** after the introduction of the model of groups struggling with the diagnosis, the upper limit of co-payment for onco-hematological services is a rather large amount for people of retirement age, which reduces financial availability. It is advisable to review the co-payments imposed on these services.

Keywords: diagnosis-related groups (DRG) financing model, emergency onco-hematological services, pensioners, access to medical services.

Citation: Mariam Vardukadze, Tengiz Verulava. Financial access of pensioners to emergency onco-hematological services after the implementation of the DRG model. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

შესავალი

სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა უარყოფითად აისახება ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (ვერულავა & ჯორბენაძე, 2020). სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსურად თანაბრად ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა (ვერულავა, 2023; Verulava, 2021). აღნიშნულის მიღწევის ერთ-ერთ მექანიზმს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მოდელი, რომელიც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაშია დანერგილი (Gulliford et al., 2014).

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (Diagnosis-Related Groups – DRG) დაფინანსების მოდელი შეიქმნა 1983 წელს შეერთებულ შტატებში იელის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ეკონომისტების მიერ (Hervis, 1993). თავდაპირველად მეთოდი გამოყენებულ იქნა მედიკარის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში საავადმყოფოების მომსახურების გადახდის ძირითად მექანიზმად. შემდგომ წლებში DRG მეთოდზე დაფუძნებული გადახდის სისტემები თანდათანობით დაინერგა სხვადასხვა 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). ევროპის ბევრ ქვეყანაში მსგავსი დიაგნოზებით დაჯგუფების დაფინანსების მეთოდი გამოიყენება საავადმყოფოს გლობალური ბიუჯეტის გათვლისათვის (Mathauer & Wittenbecher, 2013).

ცხრილი 1. DRG დაფინანსების მოდელის დანერგვის წელი და მიზნები სხვადასხვა ქვეყანაში

DRG დაფინანსების მოდელის დანერგვის წელი და მიზნები		
ქვეყანა	DRG-ის დანერგვის წელი	DRG-ის დანერგვის მიზანი
ავსტრია	1997	ბიუჯეტის განაწილება: დაფინანსების მაქსიმალური რაოდენობა, რომელიც გამოყოფილია თითოეული ხარჯების ტიპისთვის.
ინგლისი	1992	პაციენტების კლასიფიკაცია
ესტონეთი	2003	გადასახადი
ფინეთი	1995	საავადმყოფოს საქმიანობის აღწერა, ბენჩმარკინგი: ორგანიზაციის საქმიანობა, რომლის ფარგლებშიც ხდება კონკურენტების საქმიანობაზე დაკვირვება და მისი შესწავლა, მათი საუკეთესო გამოცდილებებისა და პრაქტიკების ათვისებისა და დანერგვის მიზნით.
საფრანგეთი	1991	საავადმყოფოს საქმიანობის აღწერა
გერმანია	2003	გადასახადი
ირლანდია	1992	ბიუჯეტის განაწილება
ნიდერლანდები	2005	გადასახადი
პოლონეთი	2008	გადასახადი
პორტუგალია	1984	საავადმყოფოს შედეგების გაზომვა
ესპანეთი	1996	გადასახადი
შვედეთი	1995	გადასახადი

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 (Busse et al., 2006; Schreyögg et al., 2006). 1990-იანი წლებიდან მოყოლებული, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (Diagnosis-Related Groups – DRG) დაფინანსების მოდელი თანდათან გახდა საავადმყოფოების დაფინანსების ძირითადი მექანიზმი (Langenbrunner et al., 2009).

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 (ჯორბენაძე & ვერულავა, 2021). 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) ფაქტური ხარჯების საფუძველზე დადგინდა თითოეული ნოზოლოგიური ჯგუფის საშუალო ხარჯი. სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით დაფინანსების მეთოდში გათვალისწინებული იყო ქვეყნის გეოგრაფიული დაყოფა (ქალაქი, რაიონი), სამედიცინო დაწესებულების დონე (ზოგადი პროფილის საავადმყოფო, რეგიონული, ქალაქის და რაიონული საავადმყოფოები). სამწუხაროდ, შემდგომ პერიოდში სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები ამოღებულ იქნა.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები ითვალისწინებს ისეთ მახასიათებლებს, როგორებიცაა: პაციენტის ასაკი, სქესი, შემთხვევის სიმძიმე, თანმხლები დაავადება და ჩატარებული პროცედურები (Cylus & Irwin, 2010). გადახდის აღნიშნული მეთოდი ძირითადად გამოიყენება სტაციონარული დახმარების ანაზღაურებების განსასაზღვრად (Scheller-Kreinsen et al., 2009).

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის დადებითი მხარეებია: სამედიცინო სერვისების გამჭვირვალობის ზრდა, საავადმყოფოებისთვის სტიმულისა და მოტივაციის გაზრდა მათ ხელთ არსებული რესურსების ეფექტური გამოყენებისთვის, ხარჯების პროგნოზირებადობა და პაციენტთა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირება (ჯორბენამე & ვერულავა, 2021).

სამედიცინო დაწესებულება და პერსონალი შესაბამის ანაზღაურებას მხოლოდ დადგენილი სტანდარტის შესაბამისად იღებს, რადგან მათ პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივების მოტივაცია არ აქვთ. პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივება საავადმყოფოსთვის ეკონომიკურად წამგებიანია, რადგან ზედმეტ დღეებს სახელმწიფო არ ანაზღაურებს, შესაბამისად კლინიკის ინტერესებში არ შედის პაციენტის სტაციონარში დადგენილზე მეტი ხნით დაყოვნება. DRG დაფინანსების მეთოდის უარყოფითი მხარეა პაციენტების საავადმყოფოდან დროზე ადრე გაწერის ფინანსური წახალისება, რაც შესაძლოა ნეგატიურად აისახოს გაწეული მომსახურების ადეკვატურობასა და ხარისხზე (Busato & Below, 2010). გაზრდილი გამჭვირვალობისა და რესურსების ეფექტური გამოყენების ერთობლიობა ხელს უწყობს პაციენტებზე ზრუნვისა და გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას.

DRG სისტემა დაავადებების კატეგორიზაციით მათი ანალიზის საშუალებას იძლევა. მაგალითად, კლინიკის მენეჯერებს შესაძლებლობა აქვთ შეადარონ პაციენტის დაყოვნების ხანგრძლივობა, ხარჯები და გაწეული მომსახურების ხარისხი სხვადასხვა საავადმყოფოებში ან მათივე კლინიკის სხვადასხვა განყოფილებაში. გარდა ამისა, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდით კლინიკებს შესაძლებლობა აქვთ ზუსტად შეაფასონ პაციენტის მკურნალობის ხარჯები გაზომვადი სიდიდეების მეშვეობით. შესაბამისად, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდი ხელს უწყობს შესრულებული სამუშაოს შედარებას, ბენჩმარკინგის პროცესს და გამჭვირვალობის გაზრდას (Fetter et al., 1980).

ევროკომისიის დაფინანსებით ჩატარდა კვლევა, რომელიც მიზნად ისახავდა 2009-2011 წლებში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდზე დაფუძნებული საავადმყოფოს გადახდის ეროვნული სისტემების ანალიზს. კვლევაში მონაწილეობას იღებდა ევროპის 12 ქვეყანა, რომლებიც იყენებდნენ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდზე დაფუძნებული საავადმყოფოს გადახდის მოდელს (Lavis et. all., 2005). 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 (Or, 2014).

ავსტრიაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდზე დაფუძნებული საავადმყოფოების დაფინანსების შემოღებამ 1997-2012 წლების პერიოდში 14%-ით შეამცირა საავადმყოფოებში პაციენტების დაყოვნების ხანგრძლივობა (Theurl & Winner, 2007). გერმანიაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდის დანერგვის მთავარი მიზანი იყო საავადმყოფოების ისტორიული ბიუჯეტებით დაფინანსების ჩანაცვლება, რომელიც გაზრდიდა საავადმყოფოების მომსახურების ეფექტურობას, გამჭვირვალობასა და ხარისხს (Vogl, 2012; Furstenberg et. all., 2010).

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი საქართველოში 2022 წლის პირველი ნოემბრიდან ამოქმედდა, რომლის მიხედვით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართულ ყველა კლინიკაში, ერთსა და იმავე მომსახურებას აქვს ერთი ტარიფი. სამედიცინო მომსახურების მიღებისას, პაციენტს დამატებითი ხარჯების გაწევა აღარ მოუწევს და იხდის

მხოლოდ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით განსაზღვრულ თანაგადახდის წილს (0-დან 30%-მდე).

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 ჯგუფებით დაფინანსების მოდელის დანერგვის შემდეგ გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ პაციენტებს მომსახურებაში, რომელიც აქამდე სრულიად უფასო იყო, გარკვეული თანხის გადახდა უხდებოდა. საყურადღებოა, რომ ონკო-ჰემატოლოგიური დაავადებები ხშირია საპენსიო ასაკის პირებში. გადაუდებელი ონკო-ჰემატოლოგიური საპენსიო ასაკის პაციენტებისათვის თანაგადახდის წილი 445-235 ლარს შეადგენს. გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ საქართველო განვითარებადი ქვეყანაა და საპენსიო პირთა სახელმწიფო პენსია 295-365 ლარია.

კვლევის მიზანია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდის შემოღების შემდგომ, გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე საპენსიო ასაკის პირთა ფინანსური ხელმისაწვდომობის შესწავლა.

კვლევის მეთოდოლოგია

გამოყენებულ იქნა თვისებრივი და რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები. კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, შეირჩა ინგოროყვას მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საუნივერსიტეტო კლინიკის ქიმიოთერაპიისა და ონკო-ჰემატოლოგიის დეპარტამენტი, რომელიც ონკო-ჰემატოლოგიის მიმართულებით ერთ-ერთი წამყვანი საავადმყოფოა საქართველოში.

რაოდენობრივი მეთოდის ფარგლებში ჩატარდა ინგოროყვას მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საუნივერსიტეტო კლინიკის ონკო-ჰემატოლოგიური საპენსიო ასაკის პაციენტების გამოკითხვა, რომლებიც ურგენტული შემთხვევებით განთავსდნენ ქიმიოთერაპიისა და ონკო-ჰემატოლოგიის დეპარტამენტში. პაციენტების შერჩევა განხორციელდა მარტივი შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით. საპენსიო ასაკის პირების გამოკითხვა მოხდა მათი სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ. მონაცემების მოპოვება მოხდა ეთიკური ნომრების დაცვის გზით, რაც გულისხმობს კვლევის ფორმატის წინასწარ შეთანხმებას პირადად პაციენტთან და შესაბამისი განყოფილების მენეჯერთან.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სტაციონალური ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილების მენეჯერების ჩაღრმავებული ინტერვიუ. მნიშვნელოვნების საკითხების ჩანიშნვის პარალელურად, რესპონდენტებთან შეთანხმებით, ჩაიწერა მიმდინარე ინტერვიუ, რის შემდეგაც მოხდა დეტალური ტრანსკრიპტის გაკეთება, რათა შესაძლებელი გამხდარიყო მიღებული ინფორმაციის სიღრმისეული ანალიზის გაკეთება.

კვლევის შეზღუდვები

წინამდებარე კვლევის ძირითადი შეზღუდვა არის მასშტაბი, რადგან ჩვენი კვლევის ფარგლებში არსებული მწირი რესურსების გამოყენებით არ არის შესაძლებელი ქვეყნის მასშტაბით მცხოვრები ყველა საპენსიო ასაკის ადამიანის გამოკითხვა, რომლებსაც გადაუდებელი ონკო-ჰემატოლოგიური მომსახურების მიღება სჭირდებათ. აღნიშნული შეზღუდვა ამცირებს კვლევის რეპრეზენტაციულობასა და მიღებული შედეგების განზოგადების შესაძლებლობას. თუმცა, კვლევა მოგვცემს ინფორმაციას საპენსიო ასაკის ადამიანების ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის შესახებ.

კიდევ ერთი შეზღუდვა უკავშირდება ლიტერატურის სიმცირეს, როგორც ადგილობრივ, ასევე საერთაშორისო დონეზე, რადგან ძალიან მცირეა კვლევები ონკო-ჰემატოლოგიური ურგენტული მომსახურების დაფინანსებაზე, რაც აფერხებს მიღებული შედეგების სხვა ქვეყნის გამოცდილებებთან შედარების პროცესს.

კვლევის შედეგები

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სტაციონალური ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილების მენეჯერების ჩარმავებული ინტერვიუ.

კვლევამ აჩვენა, რომ საპენსიო ასაკის პირების მიერ ონკო-ჰემატოლოგიური სტაციონარული მომსახურებით სარგებლობის შემთხვევები საკმაოდ ხშირია. თუმცა, იმის გათვალისწინებით, რომ ქვეყნის მასშტაბით რამდენიმე კლინიკა უზრუნველყოფს აღნიშნულ სერვისებს, კონკრეტულ კლინიკაში მიმართვიანობის რაოდენობა თვის განმავლობაში საშუალოდ 20-25 საპენსიო ასაკის პაციენტს უტოლდება.

სტაციონარში საპენსიო ასაკის პირის მოხვედრის სიხშირე დამოკიდებულია დიაგნოზზე, რადგან სხვადასხვა ტიპის ონკო-ჰემატოლოგიური დაავადებებით ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე განსხვავებულია. რკინადეფიციტური და B12 დეფიციტური ანემიის მქონე საპენსიო ასაკის პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია შესაძლოა წლის განმავლობაში 2-3 ჯერ გახდეს საჭირო, ჰემოლიზური ანემიის დიაგნოზის მქონე პაციენტები წელიწადში დაახლოებით 3-4 ჯერ ხვდებიან სტაციონარულ დაწესებულებაში, ხოლო სიმსივნური ანემიების შემთხვევაში, სტაციონარში განთავსების აუცილებლობა შესაძლოა თვეში ერთხელაც კი გახდეს საჭირო, განსაკუთრებით თუ პაციენტი პალიატიურია ან ვერ/არ იტარებს შესაბამის მკურნალობას.

სხვადასხვა საავადმყოფოების ურგენტული ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილებების დატვირთვის მაჩვენებელი განსხვავებულია. ზოგიერთი კლინიკის მენეჯერის აზრით, მათი განყოფილების დატვირთვა შემცირდა, რაც დაკავშირებულია თანხის გადაუხდელობის ფინანსურ პრობლემებთან. ზოგი კლინიკის მენეჯერის აზრით, ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილების ურგენტული სამედიცინო შემთხვევებით დატვირთვა დაფინანსების ახალი მოდელის დანერგვის შემდეგ პრაქტიკულად უცვლელი დარჩა, თუმცა არის ცალკეული შემთხვევები, სადაც საპენსიო ასაკის პირები უარს ამბობენ სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე ფინანსური პრობლემები გამო.

კლინიკების მენეჯერებმა აღნიშნეს, რომ სტაციონარში მოხვედრილი საპენსიო ასაკის პაციენტების უმეტესობა ხშირად გამოთქვამს უკმაყოფილებას, რაც დაკავშირებულია DRG მეთოდის დანერგვის შემდეგ ონკო-ჰემატოლოგიურ სერვისებზე თანაგადახდის (235-დან 445 ლარამდე) შემოღებასთან, რომელიც მათი პენსიის თითქმის 75%-ია.

მენეჯერების მტკიცებით, მიუხედავად თანაგადახდისა, პაციენტების მხრიდან მკურნალობაზე უარის თქმის შემთხვევები თითქმის არ ფიქსირდება, რაც განპირობებულია ორი ძირითადი მიზეზით. პირველი უკავშირდება სტაციონარში შესული საპენსიო ასაკის პირის ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობას, რის გამოც პაციენტს არ შეუძლია მკურნალობაზე უარის თქმა. მეორე მნიშვნელოვანი ფაქტორია ოჯახის წევრების მხარდაჭერა, რადგან ფინანსური პრობლემების მიუხედავად, პაციენტის ახლობლები მაინც ცდილობენ თანხების მოძიებას, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემსუბუქების მიზნით, რათა ფინანსური სირთულეები არ გახდეს მკურნალობაზე უარის თქმისა და მდგომარეობის გაუარესების მიზეზი. მიუხედავად ამისა, არის გარკვეული შემთხვევები, როცა გადაუდებელ

განყოფილებაში შესულ პაციენტს ფინანსების არქონის გამო უწევს სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე უარის თქმა.

საპენსიო ასაკის პაციენტებში არც თუ ისე ხშირია სამედიცინო მომსახურების მიღების შემდეგ საავადმყოფოს ხელწერილის საფუძველზე დატოვების შემთხვევები, რადგან ხშირ შემთხვევაში, საპენსიო ასაკის პირების მკურნალობა ოჯახის წევრების მხარდაჭერით ფინანსდება. თუმცა არის გარკვეული შემთხვევები, როდესაც პაციენტებს უწევთ ხელწერილის საფუძველზე კლინიკის დატოვება.

კლინიკების მენეჯერების აზრით, საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ურგენტულ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე დაფინანსების ახალი DRG მოდელის დანერგვის შემდგომ შემცირდა, რაც გამოწვეულია მანამდე უფასო მომსახურებებზე თანაგადახდის წილის შემოღებით, რომელიც საპენსიო ასაკის პირების ერთადერთი შემოსავლის წყაროს, ასაკობრივი პენსიის ძირითად ნაწილს შეადგენს.

დაფინანსების DRG მეთოდის დანერგვის შემდგომ კლინიკებისა და ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილებების დატვირთვა მინიმალურად შეიცვალა, უმეტეს შემთხვევაში დარჩა იგივე, რაც განპირობებულია საპენსიო ასაკის პირების ოჯახის წევრებზე ფინანსურად დამოკიდებულებით, თუმცა შეინიშნება შემცირებაც, რაც თანაგადახდის წილის შემოღებამ და ფინანსურმა სირთულეებმა გამოიწვია. საყურადღებოა, რომ რესპოდენტთა აზრით, ონკო-ჰემატოლოგიური სტაციონარული შემთხვევების დაახლოებით 30% გადახარჯვით სრულდება. შესაბამისად, DRG მეთოდის შემოღება ფინანსურად ნაკლებად სარგებლიანი აღმოჩნდა ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილებებისთვის.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში გამოკითხვაში 117 პაციენტი მონაწილეობდა, რომელთა უმრავლესობა მდებრობითი სქესის წარმომადგენელია (n=62; 53%). რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი 76-80 წლის პაციენტებია (n=39; 33.3%). რესპოდენტების უმრავლესობას ონკოლოგიური ან ჰემატოლოგიური დიაგნოზი 1-2 წელია დაესვა (n=34; 29%). რესპოდენტების უმრავლესობამ (n=48; 41%) წლის განმავლობაში გადაუდებელი ონკო-ჰემატოლოგიური მომსახურებით 2-ჯერ ისარგებლა. რესპოდენტების უმრავლესობა (n=92; 79%) თვლის, რომ დაფინანსების ახალი DRG მოდელის შემოღების შემდეგ მათი ხელმისაწვდომობა ურგენტულ ონკო-ჰემატოლოგიურ სერვისებზე შემცირდა, ხოლო 21%-ის (n=25) აზრით, მდგომარეობა ამ კუთხით მათთვის არ შეცვლილა. გამოკითხული საპენსიო ასაკის პაციენტების უმრავლესობა (n=88; 75%) არ არის ფინანსურად დამოუკიდებელი, მხოლოდ რესპოდენტების 25% თვლის, რომ აქვთ საკუთარი თავის ფინანსურად უზრუნველყოფის შესაძლებლობა.

ონკო-ჰემატოლოგიურ სტაციონარში შემოსულ პაციენტებს კონკრეტული დიაგნოზიდან გამომდინარე, უწევთ განსხვავებული რაოდენობის თანხის გადახდა. ანემიური კოდების შემთხვევაში საპენსიო ასაკის პაციენტებს უწევთ სრული ღირებულების 10%-ის გადახდა, რაც დაახლოებით 235 ლარს შეადგენს, ხოლო კოაგულაციური კოდების შემთხვევაში, გაწეული მომსახურების 10% შეადგენს 445 ლარს. მომდევნო შეკითხვა მიზნად ისახავდა გამოკითხული საპენსიო ასაკის პაციენტების კონკრეტული დიაგნოზებისა და მიღებულ მომსახურებაში გადახდილი საფასურის რაოდენობის იდენტიფიცირებას. რესპოდენტების უმრავლესობას (n=84; 72%) სტაციონარის დატოვების შემდეგ მოუხდა 235 ლარის გადახდა, ხოლო პაციენტების მხოლოდ 28%-ის (n=33) მიერ მიღებული მომსახურება შეადგენდა 445 ლარს, რაც გამომდინარეობს კოაგულაციური დავადებების შემთხვევების დაბალი სიხშირიდან.

გაწეულ მომსახურებაში ფინანსური სირთულეებით გამოწვეული თანხის გადაუხდელობის შემთხვევაში, პაციენტს აქვს უფლება გამოიყენოს კლინიკასთან იურიდიული ხელშეკრულების დადების შესაძლებლობა, რომელიც მას აკისრებს საფასურის წინასწარ დადგენილ ვადებში გადახდის ვალდებულებას. რესპოდენტების უმრავლესობას (n=88; 75%) არ ჰქონია სტაციონარის ხელწერილით დატოვების საჭიროება, ხოლო 25%-მა ფინანსური პრობლემების გამო, გამოიყენა სტაციონარის ხელწერილით დატოვების უფლება. რესპოდენტების უმრავლესობას (n=92; 79%) შეეძინა ფინანსური სირთულეები გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაში თანხის გადახდის გამო. რესპოდენტების

უმრავლესობის (n=94; 81%) აზრით, DRG დაფინანსების მოდელის დანერგვის შემდგომ ურგენტული ონკო-ჰემატოლოგიური მომსახურების ხარისხი და ხელმისაწვდომობა შემცირდა.

ცხრილი 1: ონკო-ჰემატოლოგიური პაციენტების გამოკითხვის შედეგები

	N=117	%
სქესი		
ქალი	62	53%
კაცი	55	47%
ასაკი		
60-65	31	26.5
66-75	35	29.9
76-80	39	33.3
81-ზე მეტი	12	10.3
ონკოლოგიური ან ჰემატოლოგიური დიაგნოზის დადგენიდან გასული დრო		
1 წელზე ნაკლები	30	25.6
1-2 წელი	34	29.1
2 -3 წელი	33	28.2
3 წელზე მეტი	20	17.1
წლის განმავლობაში გადაუდებელი ონკო-ჰემატოლოგიური მომსახურებით სარგებლობა		
1-ჯერ	34	29.1
2-ჯერ	48	41
2-ზე მეტჯერ	35	35
გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა		
შემცირდა	92	78.6
არ შეცვლილა	25	21.4
გაიზარდა	0	0
ფინანსური დამოუკიდებლობა		
არა	88	75
დიახ	29	25
გადახდილი თანაგადახდის წილი		
235 ლარი	84	72
445 ლარი	33	28
სტაციონარის დატოვება ხელწერილის საფუძველზე		
არა	88	75
დიახ	29	25
ფინანსური სირთულეები გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაში თანხის გადახდის გამო		
დიახ	92	79
არა	25	21
ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი ურგენტული ონკო-ჰემატოლოგიური მომსახურების მიღებით კმაყოფილება		
დიახ	19	16
არა	94	81
მიჭირს პასუხის გაცემა	4	3

დისკუსია

კვლევამ აჩვენა, რომ ურგენტული სტაციონარული ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილების დატვირთვა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდის დანერგვის შემდეგ შემცირდა. აღნიშნულის ძირითად მიზეზად მენეჯერების მიერ დასახელდა ფინანსური სირთულეები და გაწეულ მომსახურებაზე თანხის გადაუხდელობის პრობლემები. ზოგ შემთხვევაში, საპენსიო ასაკის პაციენტები ფინანსური პრობლემების გამო, უარს აცხადებენ სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე. მენეჯერების აზრით, გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი საპენსიო ასაკის პირებისთვის არ შეცვლილა. აქვე აღსანიშნავია, რომ არსებული მონაცემებით, რეგისტრირებული სამედიცინო შემთხვევების 30% გადახარჯვით დასრულდა. შესაბამისად, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდის დანერგვა საავადმყოფოების ურგენტული ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილებებისთვის ფინანსური კუთხით არც ისე სარგებლიანი აღმოჩნდა.

საპენსიო ასაკის პაციენტების გამოკიხვით, ასევე გამოვლინდა DRG მოდელის დანერგვის შემდგომ ხელმისაწვდომობით უკმაყოფილება. კლინიკების ურგენტული ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილებების მენეჯერების თქმით, საპენსიო ასაკის პაციენტების უმეტესობა ხშირად გამოთქვამს უკმაყოფილებას, რაც სერვისებზე თანაგადახდის შემოღებამ განაპირობა. კერძოდ, საპენსიო ასაკის პაციენტებისთვის თანაგადახდის მინიმალური ოდენობა 234,27 ლარს შეადგენს, რაც ასაკობრივი პენსიის თითქმის 75%-ია.

გამოკითხული მენეჯერების შეფასებით, საპენსიო ასაკის პირები საკმაოდ ხშირად სარგებლობენ ონკო-ჰემატოლოგიური სტაციონარული მომსახურებით, თუმცა იმის გათვალისწინებით, რომ აღნიშნული მომსახურების მიღება პაციენტებს რამდენიმე კლინიკაში შეუძლიათ, მიმართვიანობის რაოდენობა თვის განმავლობაში 20-25-ს უტოლდება. ამასთანავე, ფიქსირდება სტაციონარში ერთი და იმავე საპენსიო ასაკის პირების მოხვედრის შემთხვევებიც. თუმცა, კონკრეტული სიტუაციების სიხშირე დასმულ დიაგნოზზეა დამოკიდებული, მაგალითად სიმსივნური ანემიების დროს სტაციონარში განთავსების აუცილებლობა შესაძლოა თვეში ერთხელაც გახდეს საჭირო, განსაკუთრებით, ისეთი პაციენტების შემთხვევებში, რომლებიც ვერ/არ იტარებენ მკურნალობას ან პალიატიურები არიან. რაც შეეხება მკურნალობაზე უარის თქმას, მსგავსი ფაქტები თითქმის არ ფიქსირდება, რაც განპირობებულია პაციენტების ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობით, შესაბამისად, მათ არ შეუძლიათ მკურნალობაზე უარის თქმა ან ოჯახის წევრების ფინანსური მხარდაჭერით. აქედან გამომდინარე, იშვიათია სამედიცინო მომსახურების მიღების შემდეგ ხელწერილის საფუძველზე კლინიკის დატოვების შემთხვევები, რაც ასევე, ახლობლების ფინანსური მხარდაჭერით არის განპირობებული.

ამგვარად, ურგენტული ონკო-ჰემატოლოგიური დაავადებების შემთხვევაში DRG დაფინანსების მოდელი დადებითად არ შეფასდა გამოკითხული მენეჯერების მიერ. მათი განცხადებით, საპენსიო ასაკის პაციენტების ხელმისაწვდომობა ურგენტულ სტაციონარულ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე DRG მოდელის დანერგვის შემდგომ შემცირდა, რისი ძირითადი მიზეზია ამ სერვისებზე თანაგადახდის წილის შემოღება, რაც საპენსიო ასაკის პირების უმრავლესობისთვის ერთადერთი შემოსავლის წყაროს, ასაკობრივი პენსიის მნიშვნელოვან წილს შეადგენს.

კვლევამ აჩვენა, რომ პაციენტების უმრავლესობას (78%) სტაციონარის დატოვების შემდეგ მოუხდა 235 ლარის გადახდა. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ პაციენტების უმრავლესობა (64%) არ არის ფინანსურად დამოუკიდებელი. შესაბამისად, რესპონდენტების უმრავლესობას (79%) შეექმნა ფინანსური სირთულეები გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაში თანხის გადახდის გამო. რესპონდენტების უმრავლესობის (80%) აზრით DRG მოდელის დანერგვის შემდგომ მათ მიერ მიღებული ონკო-ჰემატოლოგიური სტაციონარული მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა შემცირდა.

რეკომენდაციები

დიგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მოდელის დანერგვის შემდეგ ონკო-ჰემატოლოგიურ სერვისებზე დაწესებული თანაგადახდის ზემო ზღვარი საპენსიო ასაკის პირებისათვის საკმაოდ დიდ თანხას წარმოადგენს. გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე საპენსიო ასაკის პირებისათვის ხელმისაწვდომობის შემცირების გამო მიზანშეწონილია აღნიშნულ სერვისებზე დაწესებული თანაგადახდების გადახედვა. დიგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მოდელი იძლევა შესაძლებლობას მოერგოს ქვეყნის გამოწვევებსა და მოთხოვნებს.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ვერულავა, თ. (2023). ჯანდაცვის პოლიტიკა. კავკასიის უნივერსიტეტი.
2. ვერულავა, თ, ჯორბენაძე რ. (2020). ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა, როგორც ფუნდამენტური უფლება თუ პრივილეგია? ეკონომიკა და ბიზნესი, 12 (4).
3. ჯორბენაძე ა., ვერულავა, თ. (2021). დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) საავადმყოფოს დაფინანსების მეთოდი და 1995 წლის ჯანდაცვის რეფორმები. ეკონომისტი, XVII (4): 31-41
4. ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო (2022). DRG სისტემის დანერგვა საქართველოში. <https://nha.moh.gov.ge/ge/news/mosalodnelicvlilebebiDRGsisstemisdanergvas tandakavshirebit>. (13.06.2023).
5. ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო (2022). დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მიხედვით დაფინანსების მექანიზმი. [https://nha.moh.gov.ge/storage/files/shares/DRG/MOH%206%2022%2000000165%20danartiN1%20\(1\).pdf](https://nha.moh.gov.ge/storage/files/shares/DRG/MOH%206%2022%2000000165%20danartiN1%20(1).pdf). (13.06.2023).
6. Busato, A., & von Below, G. (2010). The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population-based perspective. *Health research policy and systems*, 8(1), 1-6.
7. Busse, R., Schreyögg, J., Smith, P.C. (2006). Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Management Science*, 9(3):211–13.
8. Cylus, J., & Irwin, R. (2010). The challenges of hospital payment systems. *Euro Observer*, 12(3), 1-3.
9. 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), i-53.
10. Furstenberg T, Zich K, Nolting H, Laschat M, Klein S, Haussler B. G-DRG impact evaluation. Final report of the first research cycle (2004-2006). IGES Institut, Institut für das Entgeltsystem in Krankenhaus. 2010.
11. Gulliford, M. C., Dregan, A., Moore, M. V., Ashworth, M., Van Staa, T., McCann, G., ... & McDermott, L. (2014). Continued high rates of antibiotic prescribing to adults with respiratory tract infection: survey of 568 UK general practices. *BMJ open*, 4(10), e006245.
12. Hervis, R. M. (1993). Impact of DRGs on the medical profession. *Clinical Laboratory Science: Journal of the American Society for Medical Technology*, 6(3), 183-185.
13. Langenbrunner, J., Cashin, C., & O'Dougherty, S. (Eds.). (2009). *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals*. World Bank Publications.
14. Lavis, J., Davies, H., Oxman, A., Denis, J. L., Golden-Biddle, K., & Ferlie, E. (2005). Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of health services research & policy*, 10(1_suppl), 35-48.
15. Mathauer, I., & Wittenbecher, F. (2013). Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low-and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 746-756A.
16. Or, Z. (2014). Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments. *Health policy*, 117(2), 146-150.

17. 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.
18. Scheller-Kreinsen, D., Geissler, A., & Busse, R. (2009). The ABC of DRGs in Europe Euro Observer. *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Winter*, 11(4).
19. Theurl, E., & Winner, H. (2007). The impact of hospital financing on the length of stay: evidence from Austria. *Health policy*, 82(3), 375-389.
20. Verulava, T. (2021). Access to Healthcare as a Fundamental Right or Privilege? *Siriraj Med J*, 73(10), 721-726.
21. Vogl, M. (2012). Assessing DRG cost accounting with respect to resource allocation and tariff calculation: the case of Germany. *Health economics review*, 2(1), 1-12.