

DRG სისტემების საერთაშორისო გამოცდილება და ვარიანტები საქართველოსთვის

სემინარი საპილოტე
ჰოსპიტალებისთვის

Triin Habicht
WHO კონსულტანტი

11 სექტემბერი, 2018



ჯანდაცვის სისტემის მართვის გამოწვევები

- წარმოების ეფექტურობა
- ხარისხის მართვა
- ხარჯების მართვა
- სტრატეგიული დაგეგმვა

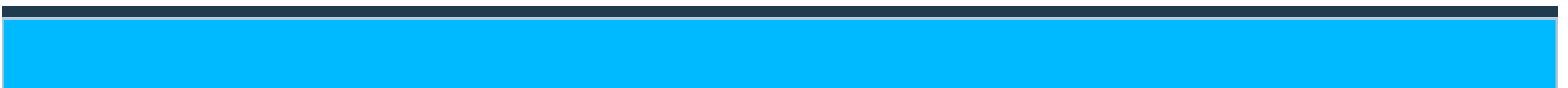
“როგორ შეგვიძლია ხარჯისა
და ხარისხის კონტროლის
მექანიზმების გადმოტანა
ინდუსტრიული
წარმოებიდან კლინიკებში?”



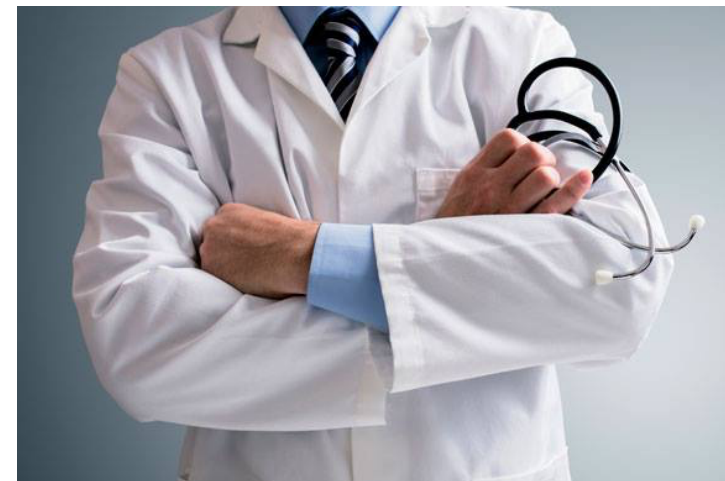
Fetter and
Thomson, Yale
University (1968)

“რა არის
კლინიკის
მთავარი
პროდუქტი?”

**ერთი DRG= ერთი პროდუქტი=
ერთი ხარჯი**



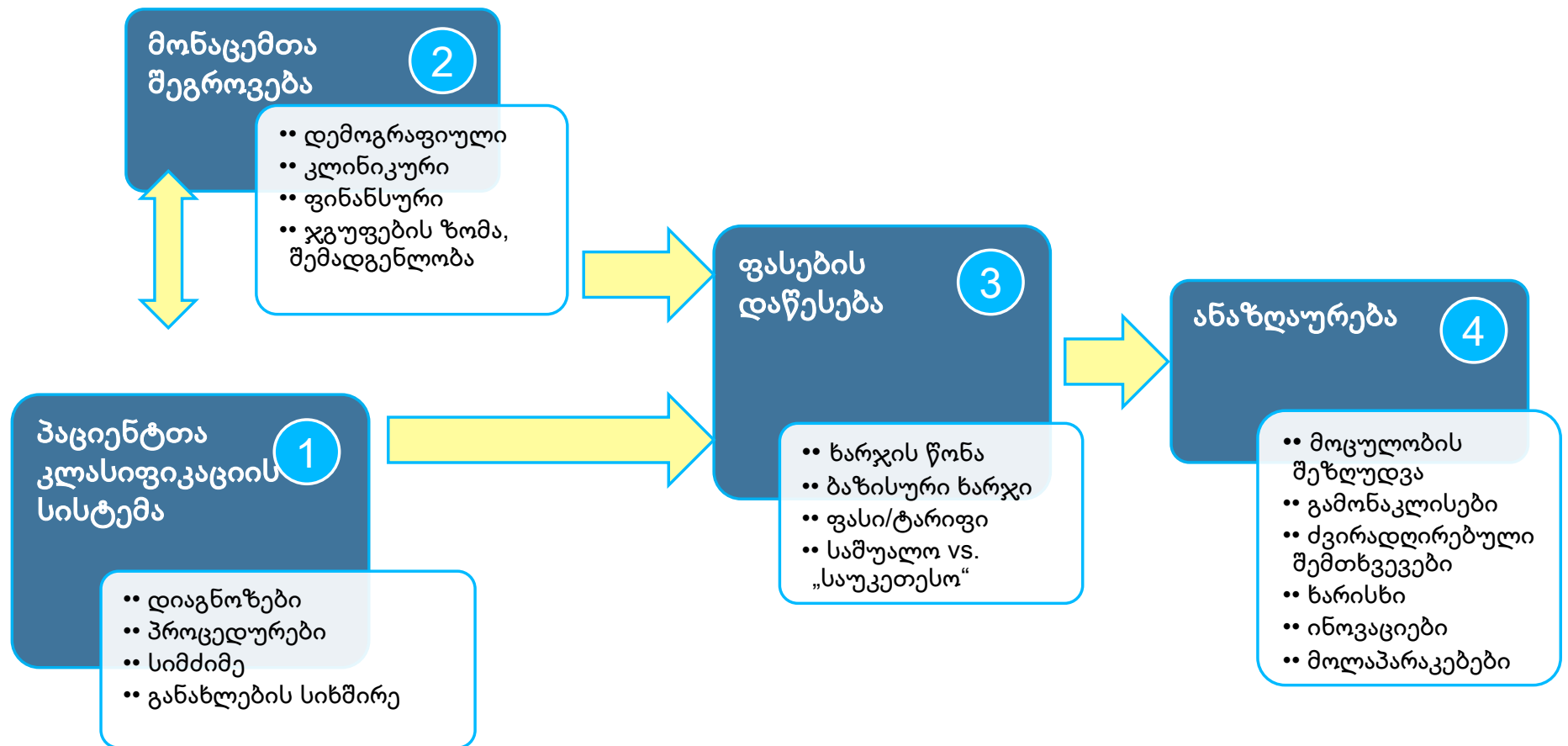
რა არის DRG?



DRG – დიაგნოზთან დაკავშირებული
ჯგუფი

DRGs არის მეთოდი, რომლის
საშუალოებითაც პაციენტების ტიპები
უკავშირდება ხარჯებს ან დახარჯულ
რესურსებს. დიაგნოზებისა და
პროცედურების მიხედვით პაციენტები
თავსდებათ მსგავს ჯგუფებში

DRG სისტემების მთავარი ნაწილები



კლასიფიკაციის სისტემის ძირითადი პრინციპები (Fetter 1991)

პაციენტთა
კლასიფიკაციის
სისტემა

1

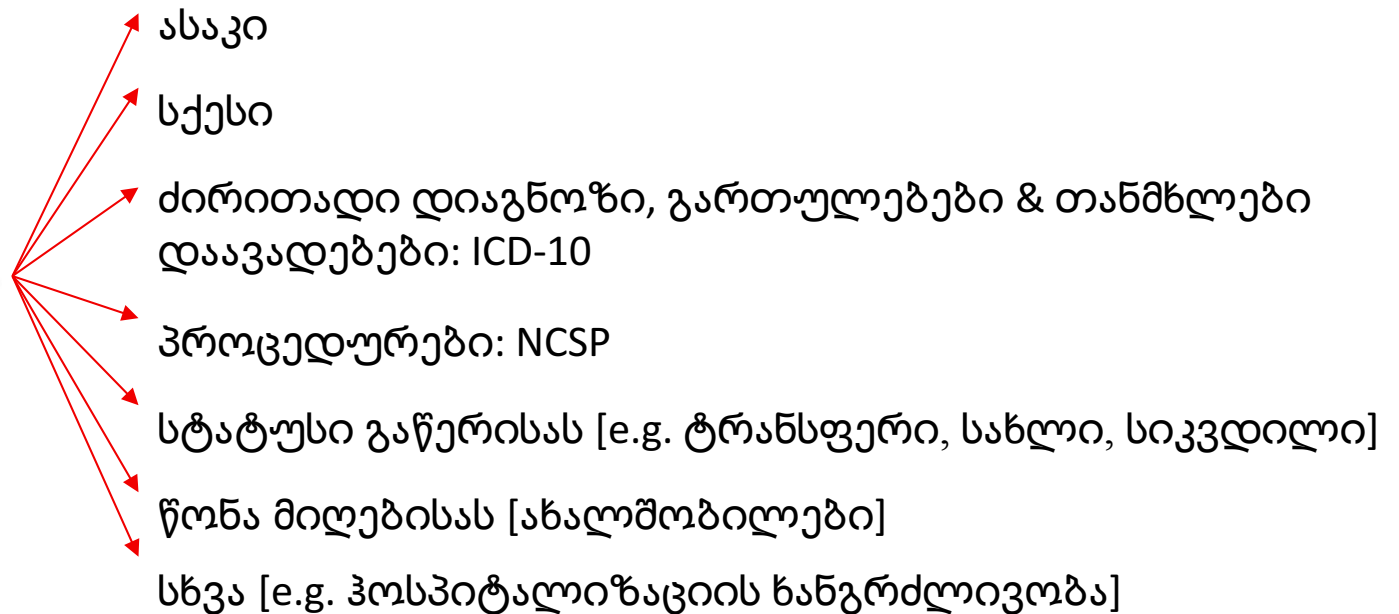
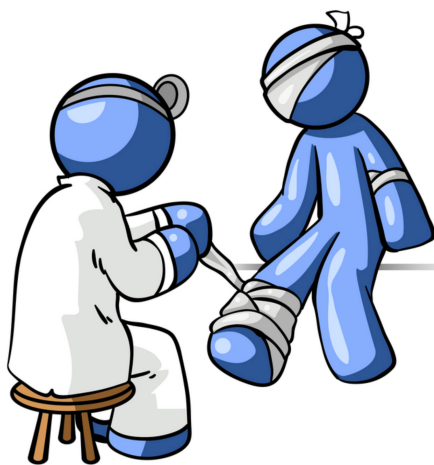
- დიაგნოზები
- პროცედურები
- სიმძიმე
- განახლების სიხშირე

- ჯგუფების განმარტება ეფუძნება რუტინულად შეგროვილ ინფორმაციას ჰოსპიტალების კომპიუტერიზაციის პირობებში
- ჯგუფების რაოდენობა “მართვადი” უნდა იყოს
- ჯგუფში არსებული შემთხვევები მსგავსი რაოდენობის რესურსებს უნდა საჭიროებდეს (“რესურსების ჰომოგენურობა”)

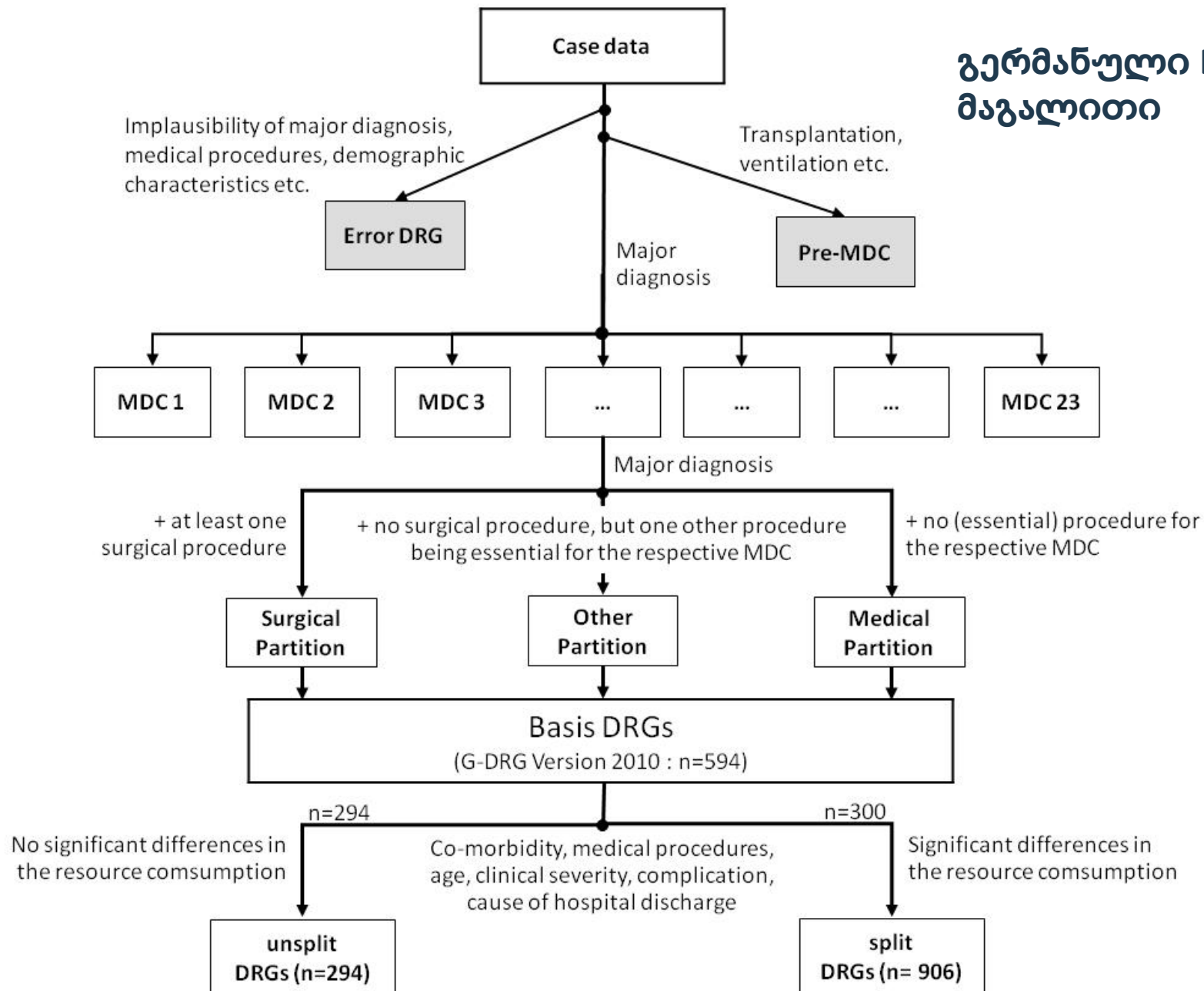
- ჯგუფში არსებული შემთხვევები

დაჯგუფების პრინციპები

- ჰოსპიტალის „პროდუქტების“ განსაზღვრის მეთოდი
- ითვლება რუტინული მონაცემებით



გერმანული DRG მაგალითი



პაციენტების დაჯგუფების მეთოდოლოგიები

- ბოლო 30+ წლის განმავლობაში გრუფები გამოიყენება ორი მიდგომით: კლინიკური მონაცემები და სტატისტიკური ანალიზი
- მხოლოდ კლინიკური ან მხოლოდ სტატისტიკური მიდგომა საკმარისი არ არის
- დაჯგუფების მეთოდოლოგიები:
 - მონაცემები რუტინულად შეგროვებადი უნდა იყოს
 - კატეგორიების რაოდენობა მართვადი უნდა იყოს
 - კლინიკური მნიშვნელობა გარკვეულ დონეზე დაცული უნდა იყოს
 - სტატისტიკური ჰომოგენურობა დაცული უნდა იყოს ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის (LOS) ან რესურსების ჯამური გამოყენების კუთხით

- დიაგნოზები
- პროცედურები
- სიმძიმე
- განახლების სიხშირე



ტაილანდური (Thai DRG) 6 ვერსია



- დემოგრაფიული
- კლინიკური
- ფინანსური
- ჯგუფების
ზომა,
შემადგენლობა

**სრულყოფილი
დოკუმენტირება**



სწორი სამედიცინო კოდირება



სწორი DRG



შესაბამისი ანაზღაურება

სასტატუსო 10 (ICD 10) შიდა საქართველოში

EST_DRG	EST_DRG_name	შემთხვე ვების#	% ჯამის
127	გულის უკმარისობა/შოკი	6 968	6 %
470	არადაჯგუფებადი	5 369	5 %
373	ფიზიოლოგიური მშობიარობა, გართულების გარეშე (w/o cc)	5 019	5 %
039Q	ბროლის ცალმხრივი პროცედურა, ვიტრექტომიით ან გარეშე, ხანმოკლე თერაპია	4 155	4 %
070B	შუა ყურის ანთება & uri, ასაკი 0-17, w/o cc	3 834	4 %
140	სტენოკარდია	3 828	4 %
371	საკეისრო კვეთა w/o cc	3 736	3 %
87	ფილტვის შეშუპება & სუნთქვის უკმარის.	3 427	3 %
90	მარტივი პნევმონია & პლევრიტი, ასაკი > 17 w/o cc	3 361	3 %
60	ტონზილების ან პოლიპების ოპერაცია, ხანმოკლე თერაპია	2 805	3 %
სხვა DRGs		66 276	61 %
ჯამი		108 778	100 %

საჭირო მონაცემები ჯგუფებისა და ტარიფების განსაზღვრისათვის

- მაღალი ხარისხის კლინიკური მონაცემები დიაგნოზებისა და ქირურგიული პროცედურების შესახებ
- ხარჯების მონაცემები ჯგუფების შესადარებლად და ბაზისური მაჩვენებლის დასაწესებლად
 - ხარჯების მონაცემების იმპორტი- კონტექსტის დაკარგვის საფრთხე
 - ხარჯების კარგი მონაცემებისთვის საჭიროა სტანდარტიზებული ანგარიშგება- უფრო მარტივია ჰოსპიტალების ნიმუშის აღება
 - გადაწყვეტილება- რომელი ხარჯები იქნება დაფარული (კაპიტალური, განმეორებითი)
- ხარჯი შეიძლება არ უდრიდეს ტარიფს/ფასს
 - რეალური vs საუკეთესო პრაქტიკა
 - ფასის წახალისება

მონაცემთა
შეგროვება

2

- დემოგრაფიული
- კლინიკური
- ფინანსური
- ჯგუფების ზომა, შემადგენლობა

ფასების
დაწესება

3

- ხარჯის წონა
- ბაზისური ხარჯი
- ფასი/ტარიფი
- საშუალო vs. „საუკეთესო“

DRG გადახდის კალკულაცია

ფასების
დაწესება

3

- ხარჯის წონა
- ბაზისური ხარჯი
- ფასი/ტარიფი
- საშუალო vs. „საუკეთესო“

კონკრეტული
DRG
ჯგუფის
კალკულაცია

=

ხვედრითი
ხარჯი (cost
weight)

+

ბაზისური
მაჩვენებელი
(basic rate)

+

შესწორების/მაკ
ორექტირებელი
ფაქტორი

DRG cost weight (ნვედრითი ხარჯი)

DRG cost weight ზომავს კონკრეტული DRG-ს მოსალოდნელ ხარჯს, შედარებით ყველა ჯგუფის საშუალო ხარჯთან

$$\text{DRG "X" ნვედრითი ხარჯი} = \frac{\text{"DRG X" საშუალო ხარჯი}}{\text{ჯამში შემთხვევის საშუალო ხარჯი}}$$

DRG ხვედრითი ხარჯების გამოთვლის ვარიანტები

არსებული ტარიფები

- პრაგმატულია, ზოგიერთი ქვეყანა ამ მიდგომას იყენებს (e.g. ესტონეთი, ტაილანდი)
- გვაძლევს ინფორმაციას ხარჯების შესახებ, საუკეთესო არსებული ინფორმაციაა პროვაიდერის აბსოლუტური და შედარებითი ხარჯების თაობაზე

სხვა ქვეყნების DRG მაგალითები

- ფართოდ გამოიყენება თუ ალტერნატივა არ არსებობს
- ხარჯის სტრუქტურა შეიძლება განსხვავდებოდეს (e.g. ცალკეა ხელფასები; ფასის სხვადასხვა დონე)

ხარჯების ანგარიშგების პილოტირება კლინიკებში

- საჭიროა ხარჯების დათვლის მეთოდოლოგიის შემუშავება, მონაცემთა შეგროვება და თანამშრომლობა კლინიკებთან, რომლებიც ფართო და დიდი მოცულობის მომსახურებას უწევენ პაციენტებს
- საჭიროა დრო და რესურსები

ხვედრითი ხარჯის გამოთვლა მარტივი მათემატიკა არ არის...

გასათვალისწინებელია:

- a. DRGs , სადაც შემთხვევათა რაოდენობა მცირეა, e.g. 30 შემთხვევა ერთ DRG-ში
- b. DRGs _სადაც გარკვეულ პერიოდში შემთხვევა არ დაფიქსირდება
- c. ანომალიები, e.g. გართულებული DRG vs გაურთულებელი
- d. დაბალ და მაღალხარჯიანი შემთხვევები
- e. ჯანდაცვის პოლიტიკის პრიორიტეტები, e.g. გარკვეული პრაქტიკის წახალისება

DRG ბაზისური მაჩვენებელი (base rate)

DRG ბაზისური მაჩვენებელი გამოხატავს
შემთხვევის საშუალო ღირებულებას

$$\text{DRG base rate} = \frac{\text{ჯამური ბიუჯეტი ან დანახარჯები}}{(\text{ექვივალენტური შემთხვევების
ჯამი ყველა DRGs-ში * CMI})}$$

ყველაზე ხშირად გამოყენებული მეთოდები სრული ხარჯის დასაფარად

ანაზღაურება

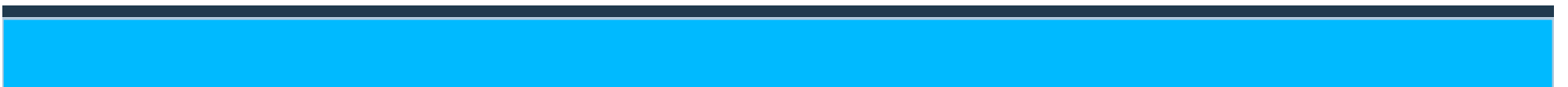
4

- მოცულობის შეზღუდვა
- გამონაკლისები
- ძვირადღირებული შემთხვევები
- ხარისხი
- ინოვაციები
- მოლაპარაკებები

მეთოდი	აღწერა	ხშირი გამოყენება
მომსახურების ანაზღაურება	აქტივობებზე დაფუძნებული ანაზღაურება, ინდივიდუალური მომსახურების მიხედვით, პაციენტთან კონტაქტი, საწოლდღეები	მეტწილად გამოიყენება ოჯახის ექიმებისთვის და ამბულატორიული სპეციალისტებისთვის
შემთხვევის ანაზღაურება	აქტივობებზე დაფუძნებული ანაზღაურება პაციენტის მიხედვით, პაციენტების კლასიფიცირება ხდება მსგავსი მდგომარეობით და/ან აქტივობებით	მეტწილად სტაციონარი
კაპიტაცია	ჯამური გადახდა, მოიცავს მრავალფეროვან მომსახურებებს	მეტწილად ოჯახის ექიმებისთვის
გლობალური ბიუჯეტი	ჯამური გადახდა, მოიცავს მრავალფეროვან მომსახურებებს, არ ითვალისწინებს მოცულობას	რამდენიმე ქვეყანაში გამოიყენება სახელმწიფო კლინიკებში

შემთხვევაზე დაფუძნებული გადახდა:

პროვაიდერი იღებს
ფიქსირებულ თანხას ყოველ
მიღებულ ან გაწერილ
პაციენტზე



DRG სისტემის მოსალოდნელი შედეგები

- ეფექტურობის ამაღლება
- უკეთესი დაგეგმარება და რესურსების განაწილება, ხელმისაწვდომობის გაზრდა
- მომსახურების ეფექტური მიმწოდებლების წახალისება
- ჯანმრთელობის მომსახურების შედეგების გაუმჯობესება
- დაფინანსების თანასწორობა, ანუ ყოველი პროვაიდერი იღებს იდენტურ ანაზღაურებას ერთსა და იმავე მომსახურებაზე

NB! მოსალოდნელი შედეგები დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა მეთოდი გამოიყენებოდა DRG-მდე:

~~მომსახურების ანაზღაურება, გლობალური ბიუჯეტი~~
თუ სხვა.

DRG კორექტირება

კორექტირების შესაძლო კრიტერიუმები:

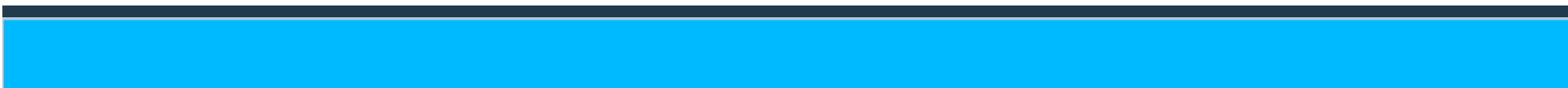
- სწავლების სტატუსი
- გეოგრაფიული ადგილმდებარეობა
- კლინიკური საკითხები (e.g. სპეციალიზაცია, 24/7 მზაობა)
- კლინიკური სპეციალობა (e.g. ფსიქიატრია, რეაბილიტაცია, საექთნო საქმე)
- კონკრეტული მკურნალობები (e.g. ICU, ქიმიოთერაპია, ხელოვნური სუნთქვა)
- რეფერირების სტატუსი (e.g. გადაგზავნილი შემთხვევები)

შესაძლებელია DRG ბაზისური მაჩვენებლის კორექტირება და/ან ზოგიერთი ხარჯის მთლიანად ამოღება სისტემიდან

DRG სისტემის სხვა გამოყენებები

- მართვა
- ბიუჯეტირება
- სტანდარტიზაცია
- კლინიკური კვლევები
- წარისხის ანგარიშგება

ესტონეთის შემთხვევა



სიტუაცია DRGs-მდე (2000/2001)

შემთხვევის საშუალო ღირებულება
სწრაფად გაიზარდა და მოცულობითი
ინფლაცია სწრაფი იყო

- 30%-ზე მეტი ზრდა 2000 იანვრიდან 2002
სექტემბრამდე

საწოდებლების არაეფექტური
გამოყენება

- ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა
(9,9 დღე 1999 წელს)

დაბალი წვდომა

- რიგები, მოცდის პერიოდი

FFS და *per diem* ღირებულების
ანაზღაურება სტაციონარისთვის

- პროვაიდერების არასწორი წახალისება

ჰოსპიტალური სექტორი ჭარბი
მოცულობით

საჭიროა
წახალისება
ეფექტურობისა
თვის

DRGs საშუალებით:

- შემცირდებოდა
მოცულობის ინფლაცია
- გაიზრდებოდა
გამჭვირვალობა
- იმატებდა ეფექტურობა
და დაიზოგებოდა
ხარჯები ჯამური
ბიუჯეტიდან

DRG მოდელის შერჩევა

განვიხილოთ სამი ალტერნატივა

- ავსტრალიური DRG
- NordDRG
- ესტონეთის საკუთრივი სისტემის შექმნა

სისტემები სხვადასხვა კრიტერიუმებით შევაფასეთ, მაგ.:

- პირველადი კლასიფიკაციების გამოყენება
- ტექნიკური მხარე (ანგარიშგების სისტემა)
- ტექნიკური მხარდაჭერის ხელმისაწვდომობა
- სისტემის ფასი
- სისტემის შენარჩუნება და განვითარება
- კლინიკური პრაქტიკისა და ჰოსპიტალური წარმოების შედარება

საბოლოოდ შეირჩა სკანდინავიური -NordDRG სისტემა

ინტერეს-ჯგუფების ჩართულობა

მრჩეველთა საბჭო, ინტერეს-
ჯგუფების წარმომადგენლობით

კლოინიკური პანელი

- ტერმინოლოგიის თარგმნა
- პროცედურების ძველი და ახალი კლასიფიკაციის განხილვა
- დაჯგუფების წესების ვალიდაცია და ა.შ.

DRG ხვედრითი ხარჯების შემუშავება

კრიტიკული საკითხი

- EHIF -მა სხვადასხვა ვარიანტები წარუდგინა საბჭოს

დისკუსიის ორი საგანი:

- მაჩვენებელი ერთი და იგივე უნდა იყოს თუ არა სხვადასხვა დონის კლინიკებისთვის?
- რომელი მაჩვენებლები გამოვიყენოთ, ესტონური? HCFA?

საბოლოო გადაწყვეტილება: “სახლოში
დამზადებული” მიქსი ესტონეთის
მონაცემებით და HCFA ხვედრითი ხარჯები

თანდათანობითი დანერგვა

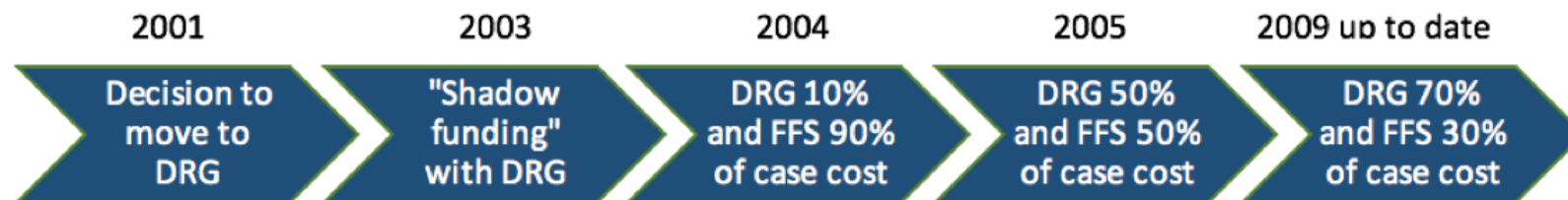
2001 – გადაწყდა სისტემის შემოღება. წინასწარი სამუშაოები:

- პროცედურის კლასიფიკაციის ახალი სისტემის დანერგვა
- დაჯგუფების სიმულაცია/პროგნოზირება

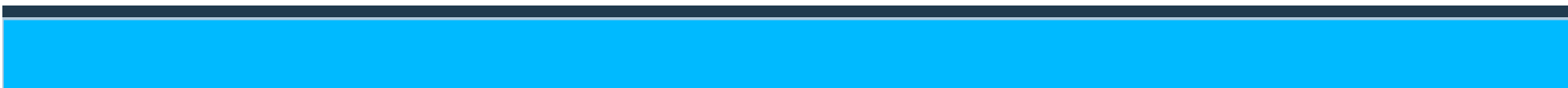
2003 – DRGs გამოვიყენეთ დაჯგუფებისთვის

2004 – DRGs გამოვიყენეთ ფინანსირებისთვის....

.... თუმცა, გამოვიყენეთ FFS და *per diem* ანაზღაურების პარალელურად, კომბინაციაში, ანუ შემთხვევის მხოლოდ ნაწილი იყო ანაზღაურებული DRG ფასის მიხედვით



საერთაშორისო გამოცდილება



DRG სისტემები: მტკიცებულება 29 დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებიდან

- მრავალ ქვეყანაში DRG-დაფუძნებული სისტემა ეხება როგორც საჯარო, ისე კერძო სექტორის პროვაიდერებს
- მართვისა და ხარჯვის კუთხით კლინიკებს გარკვეული ავტონომია სჭირდებათ
- ყველა ქვეყანას ჰქონდა ბიუჯეტის მაქსიმალური დონე განსაზღვრული
- ქვეყნების უმეტესობამ გამოიყენა 500–800 DRG ჯგუფი (ემთხვევა OECD ქვეყნებს)
- ბაზისური მაჩვენებლის ღირებულება ასახავდა ჯამური ხელმისაწვდომი ფინანსების რაოდენობას
- ქვეყნების უმეტესობამ ხვედრითი ხარჯი მოარგო საკუთარ კონტექსტს
- DRGs-ს დანერგვას ანელებდა სტანდარტიზაციის არარსებობა და კოდირების პრობლემები

დაფარვა.

საფეხურებრივი მიდგომა

- დაფარული სტაციონარული აქტივობების მოცვა, მაგ. DRGs რაოდენობა შემთხვევების ანაზღაურების მიხედვით ან ხანგრძლივი ლოდინის პერიოდის მიხედვით
- საშუალო ფასის დანერგვა ახალი, სტანდარტიზებული მეთოდით და განსაზღვრა, რა პროპორცია იქნება დაფარული კლინიკის საკუთარი, წარსული ფინანსირების მეთოდით
- დაფარული მომსახურებების გაფართოვება, ტიპირება. მაგ. ხელოვნების გარდა ხარჯების მოცვა, ხოლო ხელოვნების ანაზღაურება სუბსიდირების სახით
 - “Shadow funding” - სიმულაციის მეთოდი, რომლის დროსაც კლინიკებს ეუბნებიან, თუ რა თანხებს მიიღებდნენ ახალი მეთოდის შემთხვევაში;
- მონაწილე კლინიკების რაოდენობის გაზრდა, e.g. მოხალისეობრივად (კორეა)
- პაციენტების პროპორციის გაფართოვება, განცალკევება დამფინანსებლის მიხედვით

DRGs დანერგვა გერმანიაში

2000-2002 2003 - 2004

2005 - 2009

2010 - 2014

	2) არასაბიუჯეტო ფაზა	3) კონვერგენცია, ბაზისური მაჩვენებლების დაწესება	4) შემდგომი განვითარება
1) მომზადების ფაზა	ისტორიული ბიუჯეტი(2003) ↓ ტრანსფორმაცია ↓ DRG-ბიუჯეტი (2004)	კლინიკის სპეციფიკური ბაზისური მაჩვენებელი ქვეყნის ბაზისური მაჩ. კლინიკის სპეციფიკური ბაზისური მაჩვენებელი	• საექვეყნო ბაზისური მაჩვენებელი • ორმაგი ან საერთო ფინანსირება • ფსიქიატრიული კლინიკების დაფინანსება მსგავსი სისტემით • სელექციური ან საერთო მოლაპარაკებები

• ხარისხის უზრუნველყოფა

(კორექტირება)

რეკომენდაციები DRG დანერგვისთვის...*

რეცეპტი

- 3 წვეთი DRG-ეფექტურობის ელექსირი
- ხარისხის უზრუნველყოფის ფხვნილი
- კონსულტაციები quantum satis (როგორც საჭიროა)
- ტრენინგი ad nauseam (თავბრუსხვევამდე)



Misce cum consensus socialis

Da in solutionis infotechnologicus

Signa: Per usum ad curatio homines

შეკითხვები?

