



CURATIO
INTERNATIONAL
FOUNDATION

დედათა ჯანმრთელობის

ხარჯები

მტკიცებულებების ნაკრები

[Click here to enter text.](#)

ივლისი, 2016

სარჩევი

დოკუმენტის მიზანი	1
შესავალი	1
ძირითადი მიგნებები	3
ხარჯების შემცირების სტრატეგიები	7
გამოყენებული ლიტერატურა	18



დოკუმენტის მიზანი

აღნიშნული დოკუმენტი წარმოადგენს დედათა ჯანმრთელობის სერვისებზე განუვლი ხარჯების შესახებ მტკიცებულებების მოკლე შეჯამებას. დოკუმენტს ორმაგი მიზანი აქვს – დედათა ჯანმრთელობის სერვისებზე განუვლი ხარჯების იდენტიფიკაცია და ხარჯებზე ზემოქმედების მქონე ძირითადი ფაქტორების გამოვლენა. მიმოვიხილავთ დაბალი, საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში აღნიშნულ მომსახურებაზე განუვლ ხარჯებს.

შეჯამება ეყრდნობა უახლეს სამეცნიერო მიმოხილვას. იგი განკუთვნილია დაინტერესებული აუდიტორიისთვის, კერძოდ: პოლიტიკის შემუშავებელი პირებისთვის, ჯანდაცვის მენეჯერებისთვის და დედათა ჯანმრთელობის სერვისების დაგეგმვით დაინტერესებული სხვა პირებისთვის. დეტალური ინფორმაციისათვის ეწვიეთ ვებგვერდს

<http://curatiofoundation.org/ge/pip-geo/>. სრული ბიბლიოთეკის სანახავად ეწვიეთ:

https://www.zotero.org/groups/monitoring_healthcare_costs/items

დოკუმენტი შემუშავებულია ჯანდაცვის პოლიტიკისა და სისტემების კვლევის ალიანსის მიერ დაფინანსებული პროექტის – პოლიტიკის საინფორმაციო პლატფორმა საქართველოში – ფარგლებში.

შესავალი

მზარდი ხარჯები, ჩარევის შედარებით მაღალ მაჩვენებლებთან ერთად, ზრდის ეკონომიკურ ხარჯებს. პოლიტიკის შემუშავებაზე პასუხისმგებელი პირები გამონვევის წინაშე დგანან შეზღუდული დაფინანსების პირობებში მომსახურების ეფექტიანობა გააუმჯობესონ და ხარისხიან ჯანმრთელობის სერვისებზე მზარდი მოთხოვნა დააკმაყოფილონ. შესაბამისად, ჯანმრთელობის სერვისებთან დაკავშირებული ხარჯების დეტალურად ცოდნა პოლიტიკის შესახებ ადეკვატური გადაწყვეტილებების მისაღებად უკიდურესად მნიშვნელოვანია.

მტკიცებულებების წინამდებარე შეჯამება დედათა ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ მოიცავს ანტენატალურ და სამეანო მომსახურებას (როგორცაა ნორმალური ვაგინალური მშობიარობა, ინსტრუმენტული ვაგინალური მშობიარობა და საკეისრო კვეთა). ზოგ კვლევაში ნეონატალურ სერვისებთან დაკავშირებული ხარჯები დედათა ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ხარჯებთან ერთად იყო განხილული. დოკუმენტი ასევე მოიცავს მაღალი ხარჯების

შემცირების მიზნით ხარჯების შეკავების მეთოდების მოკლე მიმოხილვას. აღნიშნული მიმოხილვის მიზანი ამ საკითხის სპეციფიკის შესწავლა არ ყოფილა, თუმცა პოლიტიკისთვის მისი მნიშვნელობიდან გამომდინარე დოკუმენტში მისი მოკლე მიმოხილვა შევიდა.

მტკიცებულებების შეჯამება ეყრდნობა 2000 წლის შემდგომ მომზადებული მიმოხილვითი სტატიების ფარგლებში გაკეთებულ მიგნებებს და პირველად კვლევებს, პოლიტიკის შესახებ მოკლე ანალიტიკურ დოკუმენტებსა და სხვა ლიტერატურას, რომელიც ბოლო მიმოხილვის მომზადების შემდეგ გამოქვეყნდა. 2001 წელს ბორგიმ დედათა ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ დეტალური მიმოხილვა მოამზადა. დოკუმენტი მოიცავს დედათა ჯანდაცვის მომსახურების უზრუნველყოფის ხარჯებს აფრიკის, ცენტრალური და სამხრეთ ამერიკის, სამხრეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის 16 განვითარებად ქვეყანაში (Borghi, 2001). 2001 წელს ჰენდერსონმა და სხვა მეცნიერებმა მოამზადეს მშობიარობის ალტერნატიული გზების ეკონომიკური ასპექტების შესახებ ჩატარებული ყველა წინა კვლევის სისტემატური მიმოხილვა (Henderson et al, 2001). 2013 წელს ფეიმ და სხვა მეცნიერებმა მიმოხილეს 2000-2012 წლებში ჩატარებული ოცდაათი მეცნიერული კვლევა (Fahy et al. 2013) მშობიარობასთან დაკავშირებული ეკონომიკური ხარჯების შესახებ.

ძირითადი მიგნებები

მიმოხილვის დოკუმენტები კვლევების მეთოდოლოგიურ ნაკლოვანებებზე მიუთითებს, რაც ქვეყნებს შორის ხარჯების შედარებას ართულებს. კერძოდ, არ არის მკაფიოდ ახსნილი ხარჯების გამოთვლის მეთოდები, სათანადოდ არ არის დაშლილი მოპოვებული და წარმოდგენილი მონაცემები (Borghini, 2001). ანალოგიურად, ფეი და სხვა მეცნიერები აღნიშნავენ, რომ ხარჯების შეფასებისას განსხვავებული მეთოდების გამოყენების გამო სხვადასხვა კვლევებში მოცემული ხარჯების ერთმანეთთან შედარება რთულია. განსხვავებული მეთოდოლოგია იქნა გამოყენებული ისეთი ხარჯების შესაფასებლად, როგორც არის კოჰორტული კვლევები, ადმინისტრაციული მონაცემების წყაროები, საავადმყოფოს გამოყენების ხარჯები, გადაწყვეტილებების მოდელირება და ხარჯთეფექტიანობის ანალიზი.

ხაზგასმულია ერთ-ერთი ძირითადი მეთოდოლოგიური ნაკლოვანება – მშობიარობასთან დაკავშირებული საერთო ხარჯების სტრუქტურის ვერ გაანალიზება, რომელიც მოიცავს ანტენატალურ მეთვალყურეობას, მშობიარობისა და პოსტნატალური მეთვალყურეობის ხარჯებს და როგორც დედათა, ისე ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლებს. მშობიარობის ხარჯების და კლინიკური გამოსავალის საერთაშორისო მასშტაბით აღიარებული კლასიფიკაციის სისტემის არ არსებობის გამო მშობიარობის განსხვავებულ გზებთან დაკავშირებული ხარჯებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლების შედარება რთულია (Fahy et al. 2013).

განხილული ლიტერატურიდან მოპოვებული მონაცემები ანტენატალური მეთვალყურეობის და სამეანო მომსახურების ხარჯების შესახებ დანართ 1-შია მოცემული. ხარჯები წარმოდგენილია მომსახურების დონის და ჩარევის სახეების მიხედვით, შესაძლებლობის შემთხვევაში წარმოდგენილია ხარჯების კატეგორიები და ხარჯების წილიც. რადგან ხარჯების შედარება გამოთვლის მეთოდოლოგიებში არსებული განსხვავებების გამო რთულია, მათი ინტერპრეტაციისას სიფრთხილეს საჭიროებს.

ფაქტობრივი მონაცემების მიმოხილვის მიხედვით, ჩარევის ხარჯები ქვეყნების მიხედვით ერთმანეთისგან ძალიან განსხვავდება. განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯების შედარებისას, ბორჯომ დაადგინა, რომ ერთი ანტენატალური ვიზიტის ხარჯი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრში უგანდაში 2.21 აშშ დოლარს შეადგენს, არგენტინაში

სამშობიაროში კი აღნიშნული ვიზიტის ღირებულება 42.41 აშშ დოლარია. არგენტინაში ვიზიტის ხარჯის მაღალ მაჩვენებელს მშობიარობის შედარებით დიდი ხარჯები განაპირობებს (>მთლიანი ხარჯების 70%), მედიკამენტები და სამედიცინო დანიშნულების საქონელი აღნიშნული ხარჯების შედარებით ნაკლებ წილს შეადგენს (27%). ზოგადად შედარებით დაბალი რგოლის დანესებულებებში აღნიშნული ხარჯების დონე შედარებით დაბალი იყო, მაგრამ დაფიქსირდა რამდენიმე გამონაკლისიც – მაგალითად, ჰოსპიტალურ დონეზე განეული შედარებით ნაკლები ხარჯი არგენტინაში და უგანდაში მომსახურების დიდი მოცულობის გამო. სხვა ქვეყნებისგან განსხვავებით, არგენტინაში ნორმალურ ვაგინალურ მშობიარობასთან დაკავშირებული ხარჯების შედარებით მაღალი დონე მშობიარობაში მეანის მონაწილეობასთან იყო დაკავშირებული და არა ბებიაქალის. საშუალოდ საკეისრო კვეთის ღირებულება სამჯერ აღემატებოდა ნორმალური ვაგინალური მშობიარობის ხარჯებს და მისი ღირებულება 46.71 აშშ დოლარიდან (უგანდა) 525.57 აშშ დოლარამდე მერყეობდა (არგენტინა). მედიკამენტები და სამედიცინო დანიშნულების საქონელი საშუალოდ მთლიანი ხარჯების 49,2%-ს შეადგენს (Borghini, 2001).

არსებული კვლევების უმრავლესობაში საკეისრო კვეთის ხარჯებია შეფასებული. მშობიარობის სხვა გზებთან შედარებით საკეისრო კვეთაზე ყურადღების გამახვილება მსოფლიოს მასშტაბით საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის ზრდით არის განპირობებული.

ბოლო დროინდელი მიმოხილვების თანახმად, საკეისრო კვეთა მშობიარობის ყველაზე ძვირადღირებულ გზას წარმოადგენს. კვლევები მიუთითებს, რომ დაფინანსების ტიპს და მეანების თანდასწრებით ჩატარებული მშობიარობების ოდენობას დიდი გავლენა აქვს საკეისრო კვეთების ჩატარების სიხშირეზე (Hanifin, 2014). გაკეთდა დასკვნა, რომ გეგმიურ შემთხვევებში და მკაცრი ჩვენების არ არსებობისას საკეისრო კვეთის შემთხვევების მატება ზრდის რესურსების გამოყენებას და დედებს და ბავშვებს დამატებითი რისკის წინაშე აყენებს. ჯანმრთელობისა და მზრუნველობის ეროვნული ინსტიტუტის (NICE) რეკომენდაციების თანახმად, ზოგადად, საკეისრო კვეთა შედარებით მაღალ ხარჯებთან არის დაკავშირებული და სამედიცინო ჩვენების გარეშე საკეისრო კვეთის დროს კლინიკური შედეგები უარესია (NICE, 2011). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით საკეისრო კვეთების 10%-ზე მაღალი მაჩვენებელ ჩვილ ბავშვთა და დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემდგომ შემცირებასთან არ ასოცირდება (WHO, 2015).

არსებობს მზარდი მტკიცებულებები, რომ ინტერვენციის ხარჯებს ზრუნვის მოდელი და ჯანდაცვის მუშაკის ტიპი განსაზღვრავს. დაბალი რისკის მქონე ქალების მშობიარობის ხარჯები განსხვავდება, როდესაც მშობიარობას იღებს გუნდი ბებიასა და ხელმძღვანელობით და გუნდი სპეციალისტის (მეანი) ხელმძღვანელობით. მშობიარობა შედარებით დიდ ხარჯებთან არის დაკავშირებული, თუ მას იღებს გუნდი, რომელსაც მეანი ხელმძღვანელობს (Begley, 2009).

ტანზანიაში ჩატარებული ხარჯების კვლევის ფარგლებში განისაზღვრა სოფლის ჯანდაცვის ობიექტებში ანტენატალური და მშობიარობის მომსახურების ხარჯები და გაანალიზდა მომსახურების ეფექტიანობის განმსაზღვრელი ფაქტორები. პერსონალის ანაზღაურება სრული ხარჯების 44% შეადგენდა. კვლევამ დაადგინა, რომ პერსონალის რიცხვს და პროცესის ხარისხს (დაკვირვების შედეგად გამოვლენილ სამედიცინო მომსახურების ხარისხს) უარყოფითი გავლენა ჰქონდა ერთეულის ხარჯებზე. მეორეს მხრივ, სტრუქტურულ ხარისხს (ინფრასტრუქტურის ხელმისაწვდომობა) და ქალების მიერ აღქმულ ანტენატალური ზრუნვის ხარისხს დადებითი გავლენა ჰქონდა ერთეულის ხარჯებზე. გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაში სტრუქტურული ხარისხის და პროცესის ხარისხის ზრდა კორელაციაში იყო ერთეულის შედარებით დაბალ ხარჯებთან და მოსახლეობის–პერსონალთან თანაფარდობის შედარებით დაბალ კოეფიციენტთან. გადაუდებელი ძირითადი სამედიცინო მომსახურების ინფრასტრუქტურის ხელმისაწვდომობას მნიშვნელოვანი დადებითი გავლენა ჰქონდა ერთეულის ხარჯებზე. კვლევის თანახმად, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება უკიდურესად მნიშვნელოვანია ეფექტიანობის თვალსაზრისით (Saronga et al. 2014).

ინგლისში ჩატარებულმა კვლევამ, რომლის ფარგლებში ოთხ განსხვავებულ დანერგვებულ დედადების ჯანმრთელობის სერვისების ხარჯები გაანალიზდა, გამოავლინა, რომ ზედნადები ხარჯების და მომსახურე პერსონალის შენახვის ხარჯები ჯანდაცვის მომსახურების ხარჯების ძირითად კომპონენტებს შეადგენდა (Schroeder et al. 2012).

ჯანმრთელობის გეგმების საერთაშორისო ფედერაცია (International Federation of Health Plans) რამდენიმე მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყანაში სამედიცინო დახმარების შედარებით ფასებს აქვეყნებს. ანგარიშის მიხედვით, ფასები განსხვავდება სხვადასხვა ქვეყნებში, ხარჯების ყველაზე მაღალი ღირებულება კი აშშ-ში ფიქსირდება. მაგალითად,

ფიზიოლოგიური მშობიარობის ღირებულება 1,271 აშშ დოლარიდან (სამხრეთ აფრიკა) 10,808 აშშ დოლარამდე (აშშ) მერყეობს, საკეისრო კვეთის ღირებულება კი 2,192 აშშ დოლარიდან 16,106 აშშ დოლარამდე (სამხრეთ აფრიკასა და აშშ შესაბამისად) (IFHP, 2015 report). იხილეთ მე-2 დანართი.

აშშ-ს საავადმყოფოებში ხარჯებს შორის მნიშვნელოვანი სხვაობა დაფიქსირდა. საავადმყოფოებში, რომლებიც წელიწადში 100-ზე მეტ მშობიარობას იღებენ შეფასდა ხარჯები თანმხლები დაავადებების და სამედიცინო რისკის ფაქტორები არ მქონე, დაბალი რისკის ჯგუფის ქალებს შორის (Xiao Xu et al. 2016). ერთ მშობიარეზე საშუალო საორიენტაციო ხარჯმა 1,189 აშშ დოლარიდან 11,986 აშშ დოლარამდე შეადგინა (მედიანური მაჩვენებელი: \$4,215). მშობიარობის საორიენტაციო ღირებულება შედარებით მაღალი იყო საავადმყოფოებში, სადაც საკეისრო კვეთების მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი და დედებს ავადობა იყო მაღალი. სახელმწიფო საავადმყოფოები ან არაკომერციული ორგანიზაციების მფლობელობაში მყოფი საავადმყოფოები, სოფლის საავადმყოფოები, სახელმწიფო პროგრამით დაფინანსებული მშობიარობების შედარებით მცირე წილი, და საავადმყოფოში ხანგრძლივი ყოფნა ასევე საგრძობლად მაღალ ხარჯებთან ასოცირდებოდა. საკეისრო კვეთის პროცენტული მაჩვენებლები დაბალი-რისკის მელოგინებში ძალიან განსხვავდებოდა სხვადასხვა საავადმყოფოებში (მედიანური მაჩვენებელი 10.6%, დიაპაზონი: 2.0%-39.0%). ავტორების აზრით საკეისრო კვეთით მშობიარობის დონის უსაფრთხო შემცირების დახმარებით შეიძლება შემცირდეს მომსახურე ობიექტის ხარჯები და მშობიარობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციის ხარჯებში არსებული განსხვავებები.

კალიფორნიაში ბოლო დროს ჩატარებული კვლევის თანახმად, საავადმყოფოებში, სადაც საკეისრო კვეთით მშობიარობის მაჩვენებლები მოსალოდნელი ნდობის ინტერვალის ქვემოთ ან ზემოთ არის მელოგინეთა ინფექციების შედარებით მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა, ვიდრე იმ საავადმყოფოებში, სადაც საკეისრო კვეთების მაჩვენებელი მოსალოდნელი ნდობის ინტერვალის ფარგლებშია (Bailit et al. 2006).

ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში დამატებითი ხარჯები მომსახურების უზრუნველყოფასთან და დაუდევრობასთან ასოცირდება. ჯანდაცვის სამინისტროს სასამართლო დავების სამმართველო (NHS Litigation Authority) (2012) 10 წლის

განმავლობაში სამმართველოში შესული მშობიარობასთან დაკავშირებული საჩივრების შესახებ ანგარიშში, მშობიარობის წარმართვასთან (14.05%) და საკეისრო კვეთასთან (13.24%) დაკავშირებულ საჩივრებს ყველაზე ხშირად შემოსული საჩივრების კატეგორიას მიაკუთვნებს.

საკეისრო კვეთების მაღალ დონესთან და დედათა და ბავშვთა უსაფრთხოებასთან დაკავშირებით არსებული შეშფოთების გამო, მეან-გინეკოლოგების ამერიკული კოლეჯი (American College of Obstetricians and Gynaecologists) პირველადი საკეისრო კვეთების დონის უსაფრთხო შემცირების ინიციატივით გამოვიდა (ACOG, 2014). რადგან არ არსებობს სტანდარტული კლასიფიკაციის სისტემა, რომელიც სხვადასხვა სამედიცინო დანესებულებებს, ქალაქებს, ქვეყნებს და რეგიონებს შორის საკეისრო კვეთის მაჩვენებლების შედარების საშუალებას მოგვცემდა, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია გვთავაზობს რობსონის კლასიფიკაციის სისტემის გამოყენებას დედათა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული და პერინატალური მონაცემების შესადარებლად საერთო ათვლის წერტილის დადგენის მიზნით (WHO, 2015).

ხარჯების შემცირების სტრატეგიები

დოკუმენტით განისაზღვრა შემოთავაზებული სტრატეგიები, რომლებიც ძირითადად აშშ-ში დაინერგა საკეისრო კვეთის მაღალ დონესთან დაკავშირებული დიდი ხარჯების კონტროლის მიზნით. განხილული იქნა რამდენიმე სტრატეგია, მათ შორის საკეისრო კვეთის ზოგადი ჩვენებების სტანდარტული დეფინიციების და მართვის გზამკვლევის დადგენა; მომსახურების პროცესის რეგულარულად განხილვა, შეფასება და გაუმჯობესება ჰოსპიტალურ და ექიმის დონეზე (Main EK, 2012); პაციენტების ინფორმირება ნაადრევად დაგეგმილი მშობიარობის და საკეისრო კვეთის მოკლე და გრძელვადიან შედეგებზე; დედათა ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ საზოგადოების ინფორმირება —მათ შორის საკეისრო კვეთით მშობიარობის პროცენტული მაჩვენებლების შესახებ (Joint Commission, 2013).

მზარდი ხარჯები ანაზღაურების მეთოდებში სიახლეების დანერგვისკენ უბიძგებს. ხარისხის გაუმჯობესების ინიციატივის ფარგლებში, აშშ-ს მთელ რიგ შტატებში დაინერგა ანაზღაურების სისტემა, რომლის მიხედვით სამედიცინო აუცილებლობის დამადასტურებელი დოკუმენტაციის წარმოდგენის გარეშე ორსულობის 39-ე კვირამდე

აღრე მშობიარობა არ ანაზღაურდება. აღნიშნული მიდგომისა და პროვაიდერებისა და პაციენტების ინფორმირების შედეგად ჩრდილოეთ კაროლინის შტატში შემცირდა ნაადრევი მშობიარობებისა და ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში შესულ პაციენტთა რიცხვი (Lally, 2013).

„კომპლექსური ანაზღაურების მოდელის“ მსგავსმა რეფორმებმა აშშ-ში მნიშვნელოვანი შედეგები მოიტანა. ანაზღაურების ჰონორარული მეთოდის ნაცვლად, რომელიც პროვაიდერისთვის ყოველი მომსახურების უნაზღაურებას გულისხმობს, კომპლექსური ანაზღაურება, სამედიცინო დახმარების განსაზღვრული ეპიზოდის განმავლობაში განეული სხვადასხვა მომსახურების საფასურს ერთიან ფიქსირებულ განაკვეთში აერთიანებს. ასანაზღაურებელი თანხა ისტორიულ მონაცემებზე დაყრდნობით განისაზღვრება და მომსახურების უზრუნველსაყოფად საჭირო რესურსებს ეფუძნება, რომელიც დადგენილ კლინიკურ რეკომენდაციებს შეესაბამება. ყველა ხარჯის გაერთიანება, ერთ, ეპიზოდზე დაფუძნებულ ანაზღაურებაში, პროვაიდერებსა და საავადმყოფოებს ფინანსურ სტიმულს აძლევს, რომ უფრო მეტად იყვნენ პასუხისმგებელი მომსახურების ეფექტიანობაზე და სხვადასხვა სამედიცინო დანახარებების საქმიანობის კოორდინაციაზე. თუ პროვაიდერის ხარჯები კომპლექსური ანაზღაურების თანხაზე ან წინასწარ განსაზღვრულ ზღვარზე ნაკლებია, პროვაიდერებს შეუძლიათ დანაზოგი გაანაწილონ. თუმცა, თუ პროვაიდერის ხარჯები კომპლექსური ანაზღაურების თანხაზე ან წინასწარ განსაზღვრულ ზღვარზე მაღალია, მან შესაძლოა ბარალი განიცადოს. მომსახურების ეპიზოდის განმავლობაში მომსახურების მრავალი პროვაიდერისთვის ერთი ფიქსირებული საფასურის გადახდა, პროვაიდერებს ერთად მუშაობის სტიმულს აძლევს. ისინი ერთად აგებენ პასუხს როგორც მომსახურების მთლიან ღირებულებაზე, ისე მიღებულ შედეგებზე. პენსილვანიაში დანერგილმა პილოტურმა კომპლექსურმა მოდელმა შეამცირა ხარჯები და დედათა ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხი გააუმჯობესა. პილოტური პროექტის წინასწარი შედეგების მიხედვით, დადგენილი 103 მაჩვენებელიდან თითქმის ყველა გაუმჯობესდა. ნეონატალურ ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში შესული პაციენტების რიცხვი 30%-დან 24%-მდე შემცირდა (Lally, 2013).

კომპლექსური ანაზღაურების მეთოდის დანერგვის და მისი გავრცელების დაჩქარების მიზნით, ცოტა ხნის წინ აშშ-ში დაარსდა კლინიკური ეპიზოდის ანაზღაურების სამუშაო ჯგუფი

(CEP), რომლის მიზანს პირველ რიგში ხარისხიანი და ხარჯთ-ეფექტიანი ჯანდაცვის მომსახურების უზრუნველყოფა წარმოადგენს. სამუშაო ჯგუფმა შეიმუშავა ოფიციალური დოკუმენტი „კლინიკური ეპიზოდის ანაზღაურების მოდელის შეთანხმება და დანერგვის დაჩქარება – დედათა ჯანმრთელობის სერვისები“ (“Accelerating and Aligning Clinical Episode Payment Models: Maternity Care”), რომელიც დედათა ჯანდაცვის მომსახურების კლინიკური ეპიზოდის ანაზღაურების ზოგად ჩარჩოს წარმოგვიდგენს. ამ მეთოდის გამოყენების მიზანი ხარჯების შემცირების და ორსულობის გამოსავლის გაუმჯობესების გზით დედათა ჯანმრთელობის სერვისების ღირებულების და თვითონ ქალებისა და მათი ჩვილების მომსახურების გაუმჯობესებაა (CEP, 2016).

დასკვნის სახით აღვნიშნავთ, რომ დედათა ჯანმრთელობის სერვისების ხარჯები საგრძნობლად განსხვავდება ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემებსა და ქვეყნის შიგნით ჯანდაცვის სხვადასხვა რგოლებსა და ობიექტებს შორის. ხარჯების სტრუქტურის შეფასების მეთოდოლოგიური ნაკლოვანებებისა და სტანდარტული კლასიფიკაციის სისტემის არ არსებობის გამო მონაცემების შედარებისა და ინტერპრეტაციისას სიფრთხილის გამოჩენაა საჭირო. აქტიუობაზე დაფუძნებული კლასიფიკაციის სისტემის გამოყენება კლინიკურად და ეკონომიკურად შესაღარი მონაცემების მიღების შესაძლებლობას უზრუნველყოფდა.

დანართი 1 დედათა ჯანმრთელობის ხარჯები

Source	location (country) and year	Care (ANC, obstetrics, neonatal care)	Level of care	Activities included	Cost categories & type: Average Cost (AC)	Unit costs (range)	Marginal cost ¹ (%AC)
Josephine Borghi, 2001²	Review paper: 16 countries: 7 Africa; 5 Central and south America; 4 South and South East Asia; 2001	ANC, Obstetrics	Public Hospital, Public health center, Private maternity home (service provided by a private midwife),at home.	Activities³	Categories⁴		
(Borghi et al. 2000)	Argentina 1998	Obstetrics	Public Hospital	Episiotomy	Categories ⁵	\$ 6.01	
(Borghi et al. 2000)	Argentina 1998	ANC	Public Hospital	Antenatal visits	AC (Labor cost 70% of AC)	\$ 28.75 (24.40; 42.51)	7.90
(Borghi et al. 2000)	Argentina 1998	ANC	Public Health centre	Antenatal visits	AC per visit	\$ 33.46 (26.44; 31.06)	1.65
(Borghi et al. 2000)	Argentina 1998	Obstetrics	Public Hospital	vaginal	AC	\$ 105.61 (70.81; 140.41)	5.41

¹ Marginal cost: materials (drug and medical supply).

² This review considers costs to the provider of providing maternal health services, Estimated costs of Maternal Health Services of current practice in specific countries or regions

³ Basic Obstetric Services: Preventative Interventions; ANC (Ultrasound, Maternal Tetanus Immunization, Iron and Folic Supplementation, Management of Maternal Anaemia), Postnatal Care, Normal Vaginal Delivery (Episiotomy). Comprehensive Obstetric Services: Caesarean Section, Management of Complications (Post-Operative Infection, Postpartum Haemorrhage, Pre-eclampsia, Eclampsia, Sepsis), Abortion Service Delivery-Alternative Methods of Abortion (Manual Vacuum Aspiration, Surgical (dilation and curettage)), Management of Post-Abortion Complications. Essential Obstetric Care Packages.

⁴ The method of allocating joint costs: Joint costs are the costs of resources which are shared across more than one activity (a typical example are 'overhead' costs). Indirect costs (These are the costs associated with impaired ability to work or to engage in leisure activities due to morbidity and lost economic productivity due to death) and opportunity costs (The opportunity cost is the value of time in its next best alternative use death. A typical example is the valuation of volunteer worker's time).

⁵ Including cost of suturing and anaesthetic

Source	location (country) and year	Care (ANC, obstetrics, neonatal care)	Level of care	Activities included	Cost categories & type: Average Cost (AC)	Unit costs (range)	Marginal cost ¹ (%AC)
				delivery			
(Borghi et al. 2000)	Argentina 1998	Obstetrics	Public Hospital	Caesarean section	AC	\$ 525.57 (452.56; 598.58)	80.28
Galvez et al. 2000)	Cuba	ANC	Public Hospital	Antenatal visits	AC per visit	\$ 12.15 (8.85; 15.46)	4.15
Galvez et al. 2000)	Cuba	Obstetrics	Public Hospital (Average cost (AC))	Vaginal delivery	AC	\$ 21.32 (16.45; 26.20)	5.83
Galvez et al. 2000)	Cuba	Obstetrics	Public Hospital (Average cost (AC))	Caesarean section	AC	\$ 113.98(70.12; 157.83)	43.73
(Thinkamrop et al. 2000)	Thailand	ANC	Public Hospital	Antenatal visits	AC per visit	\$ 6.20 (5.33; 7.06)	1.46
(Thinkamrop et al. 2000)	Thailand	Obstetrics	Public Hospital	Vaginal delivery	AC	\$ 27.25 (22.01; 32.50)	5.54
(Thinkamrop et al. 2000)	Thailand	Obstetrics	Public Hospital	Caesarean section	AC	\$ 83.00	46.14
(Jinabhai et al. 2000)	South Africa	ANC	Public Health center	Antenatal visits	AC	\$ 9.05 (7.47; 10.62)	0.95
(Jinabhai et al. 2000)	South Africa	ANC	Public Health center	Antenatal visits	AC	\$ 7.24 (5.78; 8.70)	0.42
(Jinabhai et al. 2000)	South Africa	Obstetrics	Public Hospital	Vaginal delivery	AC	\$ 81.40 (74.49; 88.30)	5.38
(Jinabhai et al. 2000)	South Africa	Obstetrics	Public Hospital	Caesarean section	AC	\$ 140.60 (105.71; 175.48)	24.91

Source	location (country) and year	Care (ANC, obstetrics, neonatal care)	Level of care	Activities included	Cost categories & type: Average Cost (AC)	Unit costs (range)	Marginal cost ¹ (%AC)
Schroeder et al (2012) ⁶	UK	Obstetrics	Home	births planned at home for low risk women	Cost category ⁷ (unadjusted AC)	€ 1,274	
Schroeder et al (2012)	UK	Obstetrics		freestanding midwifery units for low risk women	unadjusted AC	€ 1,715	
Schroeder et al (2012)	UK	Obstetrics		alongside midwifery units for low risk women	unadjusted AC	€ 1,747	
Schroeder et al (2012)	UK	Obstetrics		obstetric wards for low risk women	unadjusted AC	€ 1,950	

⁶ The paper estimates cost effectiveness of alternative planned places of birth based on data collected by the research program

⁷ Detailed unit costs (Homebirth delivery packs; NHS reimbursement for midwifery travel; some forms of pain relief; alternative modes of delivery; active management of the third stage of labor; suturing for episiotomy; suturing third and fourth degree perineal tears; manual removal of the placenta; blood transfusions; and care after a stillbirth or neonatal death), Overhead cost per place of birth per hour (Unit overheads were estimated through the same finance departments for all settings and covered management and administrative costs, operational costs (including heating and lighting, training, building maintenance), indirect overheads (including personnel and finance functions), and capital costs based on the new build and land requirements of NHS facilities, accounting for unit occupancy rates.). Midwifery staffing and attributable on-costs; Drug costs; Costs per day for each level of neonatal care, dependency or intensive care for the mother.

Source	location (country) and year	Care (ANC, obstetrics, neonatal care)	Level of care	Activities included	Cost categories & type: Average Cost (AC)	Unit costs (range)	Marginal cost ¹ (%AC)
Fahy et al (2013)⁸	Review paper	Obstetrics					
Henderson et al (2001)	UK, 2001	Obstetrics		planned vaginal delivery		€ 768–1,585	
Bellanger and Or (2008)	Nine European countries	Obstetrics		spontaneous vaginal first delivery for mothers aged 25–34 years	AC for nine countries	€ 1,512–4,337	
Bellanger and Or (2008)	Hungary	Obstetrics		spontaneous vaginal first delivery for mothers aged 25–34 years	AC	€ 350	
Bellanger and Or (2008)	Germany and France	Obstetrics		spontaneous vaginal first delivery for mothers aged 25–34 years	AC	€ >2,000	

⁸ The paper reviews all existing scientific studies in relation to the economic costs of alternative modes of childbirth delivery and to highlight deficiencies in the existing scientific research

Source	location (country) and year	Care (ANC, obstetrics, neonatal care)	Level of care	Activities included	Cost categories & type: Average Cost (AC)	Unit costs (range)	Marginal cost ¹ (%AC)
Heer et al. (2009)	Germany, 2008	Obstetrics		vaginal delivery	total cost	€ 1,737	
Heer et al. (2009)	Germany, 2008	Obstetrics		planned CS	total cost	€ 2,385	
Petrou and Glazener (2002)	Scotland	Obstetrics		instrumental vaginal delivery		€ 2,406	
Petrou and Glazener (2002)	Scotland	Obstetrics		Planned CS		€ 3,572	
Saronga HP (2014)	Tanzania, 2009	ANC	private and public health center and dispensaries	Antenatal care	Cost categories ⁹ ; Per capita costs by catchment area population.	\$ 7.0	44% personnel costs
Saronga HP (2014)	Tanzania, 2009	Antenatal care	private and public health center and dispensaries	Antenatal visit	Cost per visit	\$ 16.42	
Saronga HP (2014)	Tanzania, 2009	Obstetrics and neonatal care	private and public health center and dispensaries	Childbirth and neonatal	Cost per childbirth	\$ 79.78	
Dalaba et al. 2013	Ghana	ANC	Health center	Antenatal visit	Per visit	\$18.4	
Dalaba et al. 2013	Ghana	Obstetrics	Health center	Spontaneous delivery		\$ 63.2	

⁹ Indirect, intermediate and direct cost

Source	location (country) and year	Care (ANC, obstetrics, neonatal care)	Level of care	Activities included	Cost categories & type: Average Cost (AC)	Unit costs (range)	Marginal cost ¹ (%AC)
Begley et al. (2009) ¹⁰	Ireland, 2009	Obstetrics	midwife-led unit	childbirth for low risk women		£ 574.3	
Begley et al. (2009)	Ireland, 2009	Obstetrics	consultant-led unit	vaginal delivery for low risk women		£ 631.64	
Begley et al. (2009)	Ireland, 2009	Obstetrics	consultant-led unit	elective caesarean section for low risk women		£ 1,041.3	
Begley et al. (2009)	Ireland, 2009	Obstetrics	consultant-led unit	emergency caesarean section for low risk women		£ 1,482.2	
Sonfield, A. and Kost, K. (2013) ¹¹	USA, 2008	ANC, Obstetrics, Neonatal Care		prenatal care, labor and delivery, postpartum care and one year of care for the infant		\$ 12,613	

¹⁰ The paper presents cost-effectiveness analysis as part of a randomized trial comparing costs and clinical outcomes for midwife-led and consultant-led care in a group of low-risk women

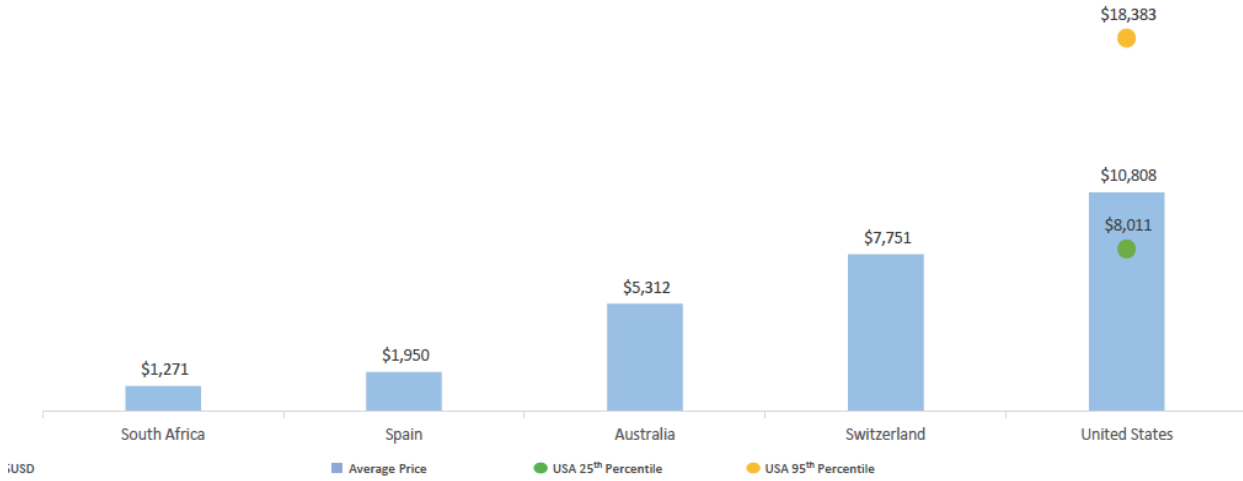
¹¹ The cost of publicly funded births resulting from unintended pregnancies to estimate cost of low-risk childbirths

Source	location (country) and year	Care (ANC, obstetrics, neonatal care)	Level of care	Activities included	Cost categories & type: Average Cost (AC)	Unit costs (range)	Marginal cost ¹ (%AC)
Xiao Xu et. A. (2016) ¹²	USA, 2011	Obstetrics	649 hospitals across the United States with at least 100 low-risk childbirths	child birth costs in mothers aged 16-34 who did not have any of maternal comorbidities and obstetric risk factors	AC (range)	\$4,215 (1,189 -11,986)	
Xiao Xu et. A. (2016)	USA, 2011	Obstetrics		Vaginal deliveries	AC (range)	\$ 3,960 (1,183-11,819)	
Xiao Xu et. A. (2016)	USA, 2011	Obstetrics		Cesarean deliveries	AC (range)	\$ 6,499 (1,249-13,688)	

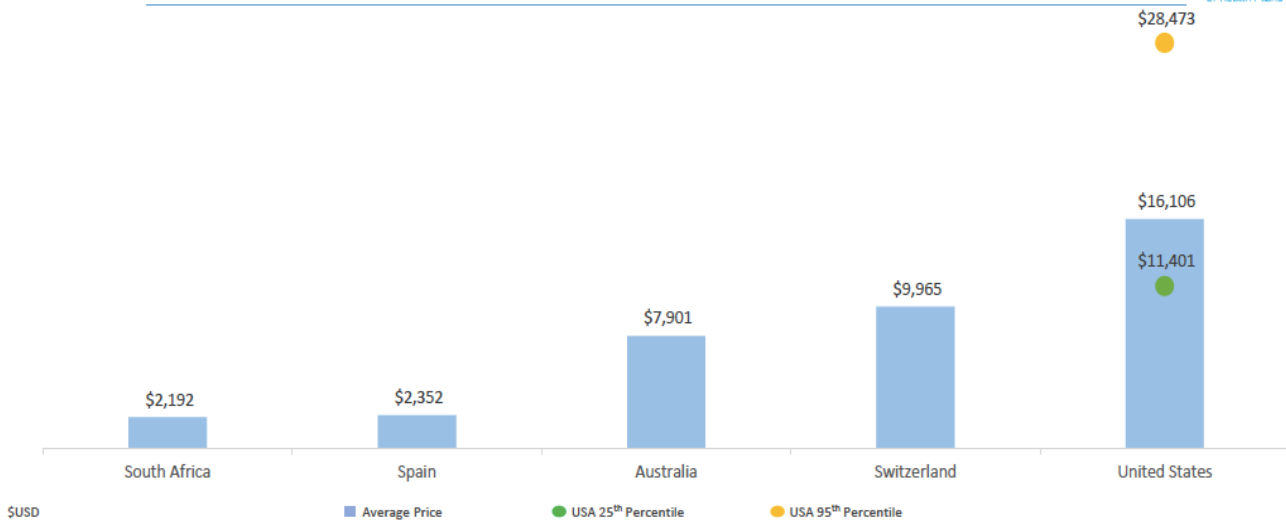
¹² The study aimed to characterize variation in estimated facility costs for maternity care during childbirth hospitalizations among US hospitals

დანართი 2. ხარჯები დაფუძნებული 2014 ზარალის მონაცემებზე, International Federation of Health Plans (2015 ანგარიში)

Total Hospital and Physician: Normal Delivery



Total Hospital and Physician: C-Section



გამოყენებული ლიტერატურა

1. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine, Caughey AB, Cahill AG, Guise J-M, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2014; 210(3):179–93.
2. Bailit JL, Love TE, Dawson NV. Quality of obstetric care and risk- adjusted primary cesarean delivery rates. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 194(2):402–7.
3. Begley, C., Devane, D. and Clarke, M. (2009) An evaluation of midwife-led care in the Health Service Executive North Eastern Area. Dublin: Health Service Executive.
4. Borghi J. What Is the Cost of Maternal Health Care and How Can it Be Financed? 2001
5. Clinical Episode Payment (CEP) Work Group. Accelerating and Aligning Clinical Episode Payment Models: Maternity Care. Draft White Paper. Version Date: 4/22/2016. <https://hcp-lan.org/groups/cep/maternity-care/>
6. Dalaba et al. Cost of maternal health services in selected primary care centres in Ghana: a step down allocation approach. *BMC Health Services Research* 2013, 13:287
7. Fahy, M., Doyle, O., Denny, K., Mcauliffe, F.M. and Robson, M. 'Economics of childbirth', *ActaObstetricia et Gynecologica Scandinavica*, (2013) Vol. 32, pp. 508-16.
8. Hanafin S. and O'Reilly E.D. National and International review of literature on models of care across selected jurisdictions to inform the development of a National Strategy for Maternity Services in Ireland. *Research Matters*. 2014
9. Henderson J, McCandlish R, Kumiega L, Petrou S. Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery. *Br J Obstet Gynaecol*. 2001;108:149–57.
10. Lally S. Transforming Maternity Care: A Bundled Payment Approach. *Integrated Healthcare Association*. 2013. <http://www.ihc.org/sites/default/files/resources/issue-brief-maternity-bundled-payment-2013.pdf>
11. Main EK, Morton CH, Melsop K, Hopkins D, Giuliani G, Gould JB. Creating a public agenda for maternity safety and quality in cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2012; 120(5):1194–8.
12. Saronga et al. Efficiency of antenatal care and childbirth services in selected primary health care facilities in rural Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2014, 14:96
13. Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, et al. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the birthplace in England national prospective cohort study. *Br Med J*. 2012;344: e2292.
14. Joint Commission. Questions and answers: the perinatal care core measure set [Internet]. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission; 2013 Nov. Available from: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/S11.pdf>
15. Xiao Xu, Aileen Garipey, Lisbet S. Lundsberg, Sangini S. Sheth, Christian M. Pettker, Harlan M. Krumholz and Jessica L. Illuzzi. Wide Variation Found In Hospital Facility Costs For Maternity Stays Involving Low-Risk Childbirth. *Health Affairs* 34, no.7 (2015):1212-1219
16. World Health Organization. WHO Statement on Cesarean Section Rates. Geneva, Switzerland: WHO 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf