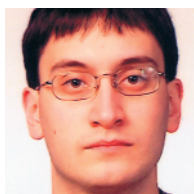


# Juhupõhine NordDRG-süsteem



**Jarmo Habicht**  
Eesti Haigekassa  
tervishoiu-  
ökonoomika  
spetsialist\*  
Tartu Ülikooli  
arstiteaduskonna  
doktorant

## Trilin Habicht

Eesti Haigekassa tervishoiuökonoomika spetsialist  
Tartu Ülikooli majandusteaduskonna doktorant

**Artiklis tutvustatakse täpsemalt juhupõhist NordDRG-süsteemi. Lisaks on lühidalt kirjeldatud võimalusi juhupõhise klassifikatsiooni kasutamiseks Eesti tervishoiusüsteemis.**

Eri tasustamise süsteeme ning DRG-süsteemi arengut ja ülesehitust on kirjeldatud eelmistes Lege Artise numbrites (LA 2002; 9 (13); LA 2003; 3 (17)).

## Sissejuhatus

Tervishoiuteenuse osutajate tasustamiseks saab kasutada mitmeid süsteeme, millel on erinevad motivatsioonimehhanismid. Lähemalt võib sellest lugeda Lege Artise 2002. aasta septembri numbrist. Praktikast kasutatakse parima tulemuse saavutamiseks enamasti tasustamissüsteeme kombineeritult. Näiteks kasutati Eestis 2001. aastal haiglaravi tasustamiseks kõige enam voodipäevapõhist tasu, mille alusel rahastati 48% statsionaarsest abist (joonis 1). Teenusepõhine tasustamine moodustas

mõnevõrra väiksema osa, 38%. Komplekshindadel põhinev tasustamine moodustas üksnes 14% kogu rahalisest mahust. See omakorda tähendab, et fikseeritud lepingumahu tingimustes, kus lepatakse kokku ravijuhtude arv ja selle keskmine maksumus, on raviasutustel üsna vähe võimalusi suurendada sisemist efektiivsust.

Käesolevas artiklis kirjeldatakse juhupõhist süsteemi, mis on oma olemuselt sarnane kompleksteenuste põhimõttega. Tuntuim juhupõhine süsteem on DRG, mis on lühend ingliskeelsest sõnaühendist *diagnosis related groups*. Eesti keelde tõlgituna on see "diagnoosiga seotud rühmad". Siiski ei ole tegu vaid diagnoosiga seotud rühmadega, mida mõnikord ekslikult arvatakse. Tegemist on klassifikatsiooniga, mis arvestab nii patsiendi haigust lähtuvalt organsüsteemist või harvematel juhtudel etioloogiast ning samuti patsiendile tehtud protseduure ja ka teisi tegureid. Klassifikatsiooni eesmärk on jaotada patsiendid rühmadesse lähtuvalt sarnasest kliinilisest seisundist ja ressursikulust. Täpsem ülevaade DRG-süsteemi loomise põhimõtetest oli eelmises Lege Artise numbris (LA 2003; 3 (17)). Käesolevas artiklis käsitletakse Põhjamaades kasutusel olevat NordDRG-süsteemi.

## NordDRG-süsteemi ajalugu

NordDRG-süsteem on edasiarendus Ameerika Ühendriikides välja töötatud HCFA-DRG (Health Care Financing Administration DRG) kaheteistkümnendast versioonist, mis avaldati esmakordselt 1995. aastal. Kuna Ameerika Ühendriikides kasutati tollal ICD-9-st

edasiarendatud süsteeme, nagu ICD-9-CM (ICD-9 *clinical modifications*) diagnooside kodeerimiseks ning ICD-9-CSP (ICD-9 *classification of surgical procedures*) protseduuride märkimiseks, siis tuli rakendamiseks teha mitmeid modifikatsioone. Seetõttu kasutati esialgu DRG-süsteemi rakendamisel vastavustabeleid Põhjamaades rakendunud klassifikatsioonidega, nagu ICD-10 ja NCSP (nende klassifikatsioonide täpsem kirjeldus järgnevalt). Edaspidi arendati välja juba oma NordDRG-süsteem, mis põhines Põhjamaades kasutusel olevatel klassifikatsioonidel. NordDRG-süsteemi loogika jäi aga sarnaseks HCFA-DRG omaga, st ravijuhud rühmitatakse esmalt lähtuvalt põhidiagnoosist ja protseduuridest ning seejärel kasutatakse grupeerimiseks lisainformatsiooni, nagu patsiendi sugu, vanus, kaasuvate haiguste esinemine jne.

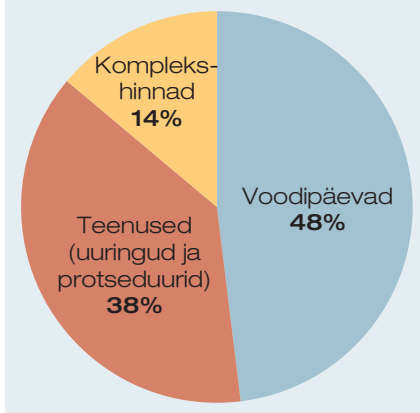
Iga Põhjamaa on teinud NordDRG-süsteemi modifikatsioone, mistõttu on kõik Põhjamaade süsteemid mõnevõrra üksteisest erinevad, kuid neid süsteeme ühtlustab koordineeriv keskus (Nordic Centre for Classifications in Health Care) Uppsalas Rootsis. Täna on kõik Põhjamaad hakanud kasutama juhupõhist NordDRG-süsteemi kas raviasutuste tasustamiseks või lihtsalt klassifikaatorina.

## NordDRG kasutamine Põhjamaades

NordDRG-süsteem on kasutusel Põhjamaades, kus seda on rakendatud erinevatel eesmärkidel alates 1990. aastate teisest poolest. Järgnevalt toome välja mõningad omapärad, mis iseloomustavad klassifikaatori kasutamist riigiti. Lisaks väljatoodule tuleb

\* Artikli kirjutamise ajal oli JH Eesti Haigekassa tervishoiuökonoomika spetsialist. Autor väljendab artiklis haigekassa ja oma isiklikke seisukohti.

**Joonis 1.**  
Eri tasustamismehhanismide osakaal haiglaravis 2001. aastal



arvestada, et tervishoiukorraldus, sh rahastamine on kõigis Põhjamaades mõnevõrra erinev.

#### ▪ Norra

Norra võttis NordDRG-süsteemi ravi-asutuste tasustamiseks kasutusele 1997. aastal. Sellest ajast on seda kasutatud kombineeritult koos eelarvelise rahastamisega. Viimastel aastatel on vaid muudetud juhupõhise ning eelarvelise tasustamise osakaalu, näiteks 2001. aastal maksti raha võrdsete osadena.

Norra süsteemi eripära ongi kahe tasustamissüsteemi kombineeritud kasutamine. Esiialgu kasutati NordDRG-süsteemi raha jaotamiseks eri piirkondadele. Hiljem hakati juhupõhist süsteemi kasutama ka piirkondades raviasutuste rahastamiseks. NordDRG-süsteemi rakendamise peamine eesmärk oli muuta ravi-asutuste motivatsiooni, sest eelnevalt kasutati eelarvelist tasustamist.

#### ▪ Rootsi

Rootsis on NordDRG-süsteem kasutusel

<sup>1</sup> Samas tuleb arvestada, et ka klassifikatsioonid ise juba agregeerivad teatud tegevusi ja veelgi detailsemad süsteemi nimetatakse nomenklatuurideks.

<sup>2</sup> NCSP-klassifikatsiooni on Põhjamaades lisatud ka uuringute (labor, radioloogia) ning teenuste (anestesioloogia) koodid.

riikliku statistika tegemiseks ja mõningates piirkondades ka tasustamiseks. Rootsil ei ole samasugust ühtset riiklikku lähenemist nagu Norral, sest raviasutustele maksmise süsteemi valiku otsustab iga piirkond ise. Sellele vaatamata on Rootsis NordDRG-süsteem üks peamisi aluseid statsionaarse arstiabi lepingute sõlmimiseks eri piirkondades, mille alusel määratletakse ravijuhud ja nende keskmine maksumus. Eriarstiabi ambulatoorsete teenuste jaoks on rootslased välja töötanud omaette NordDRG (NordDRG-O) süsteemi, mida hakati rakendama alates 2003. aastast.

#### ▪ Soome

Soome kasutab NordDRG põhist tasustamist alates 1997. aastast kahes maakonnas ning Helsingi Ülikoolihaiglas 1998. aastast. Soomes on kokku kolme tüüpi piirkondasid. Esiteks piirkonnad, kus NordDRG on kasutusel tasustamiseks; teiseks piirkonnad, kus see on kasutusel statistikaks ja planeerimiseks; ning kolmandaks piirkonnad, kus NordDRG süsteemi üldse ei kasutata. Seejuures tuleb arvestada, et tervishoidu korraldatakse piirkondlikul tasemel ning seetõttu ei ole ka ühtset poliitikat statistikaks ja rahastamiseks. Aastal 2002 kasutati Soomes (piirkondades, kus NordDRG on rahastamise alusena kasutusele võetud) NordDRG-

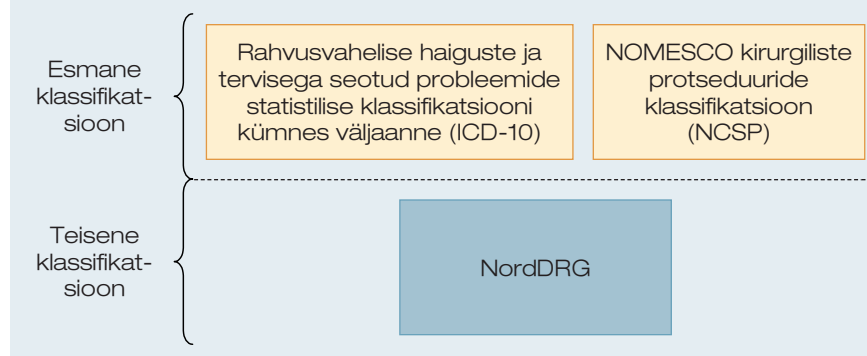
süsteemi ka ambulatoorse kirurgia teenuse eest tasumiseks, kusjuures kasutatakse sama grupeerimisloogikat ja hindasid, mida statsionaarse kirurgia puhul.

Lisaks Põhjamaadele on luba NordDRG-süsteemi kasutada ka Lätil ja Eestil. Läti tohib kasutada üheksaküm-nendate aastate lõpul avaldatud versiooni ning Eesti pärast 2002. aastat tehtud uuendusi vastavalt kahepoolsele kokkuleppele.

### NordDRG-süsteemiga seotud klassifikatsioonid

Järgnevalt selgitatakse lähemalt NordDRG-süsteemiga seotud klassifikatsioonide omavahelisi seoseid. Lühidalt võib klassifikatsioonid oma olemuselt jagada esmasteks ja teisesteks. Põhimõte on selles, et esmast klassifikatsiooni kasutatakse tegevuste, diagnooside vms ülestähendamiseks<sup>1</sup>. NordDRG-süsteem on oma olemuselt teisene klassifikatsioon, mis kasutab sisendina esmaseid klassifikatsioone, nagu rahvusvahelise haiguste ja tervise-ga seotud probleemide statistilise klassifikatsiooni kümnendat väljaannet (ICD-10) ja NOMESCO kirurgiliste protseduuride klassifikatsiooni (NCSP 1.6 versioon) (vt joonis 2)<sup>2</sup>. Põhjamaades uuendatakse vastavat klassifikatsiooni üks kord aastas kõigi riikide tasandil, lisaks võib iga riik omakorda viia sisse

**Joonis 2. Esmased ja teisesed klassifikatsioonid NordDRG-süsteemi korral**



ainult selles riigis kasutatavaid koode, mis ei ole ühtsed kõigile Põhjamaadele.

Esmaseid klassifikatsioone, nagu NCSP ja ICD, saab kasutada iseseisvalt statistikaks ja planeerimiseks. Näiteks Soomes Uusimaa piirkonnas kasutatakse NCSP-d ravijärjekordade detailseks pidamiseks. ICD-10 on iseseisvalt kasu-

tusel voodipäeva- ja teenusepõhine tasu ning komplekshindade osakaal on küllaltki madal, siis on see viinud olukor-rani, kus raviasutustel on fikseeritud lepingumahu tingimustes küllalt vähe võimalusi suurendada sisemist efektiivsust. Rohkem komplekshindadele orien-teeritud süsteem annaks tunduvalt

- c) ressursside jaotamine piirkondade ja pakkujate vahel;
- d) lepingute alus;
- e) tasustamise süsteem (sh osaline ja täielik).

Tasustamise osas on Eestis planeeri-tud NordDRG-süsteemi rakendada esmalt paralleelselt olemasoleva ter-vishoiuteenuste loeteluga. Niisugusel juhul tasutakse iga statsionaarse raviarve eest mingi osa teenusepõhiselt praegu kehtiva süsteemi alusel ja teine osa DRG-süsteemi rühmade põhjal. Seesugune toimimine maandab üle-minekust tingitud riske nii tervishoiu-teenuste pakkujatele kui ka ravikindlus-tusele ning tagab ühtlasema arengu.

## Klassifikatsiooni eesmärk on jaotada patsiendid rühmadesse lähtuvalt sarnasest kliinilisest seisundist ja ressursikulust.

tusel haigestumise ja suremise kodeeri-miseks. Ühtsete klassifikatsioonide kasu-tamine annab võimaluse eri ravi-asutuste, piirkondade ja ka riikide võrdluseks, mis on eduka planeerimise alus. Esmaste klas-sifikatsioonide kasutamisest on täpsem ülevaade antud vastavates juhendites (vt viited kasutatud kirjanduse lõigus).

NordDRG-süsteem tugineb eel-nimetatud kahele esmasele klassifikat-sioonile. Oluline on rõhutada, et kui esmaseid klassifikatsioone kasutatakse väärtalt või osaliselt (nt ICD-10 korral ei märgita korrektselt kaasuvaid haigu-seid), siis vähendab see ka teise klassi-fikatsiooni kvaliteeti. Ühesõnaga, ICD-10 ja NCSP korrektne kasutamine tagab NordDRG kui klassifikaatori kvaliteedi. Täpne ülevaade, kuidas toimub ravijuh-tude grupeerimine, on avaldatud inter-netiaadressil [[http://norddrg.kuntaliit-to.fi/manual\\_2003\\_EST](http://norddrg.kuntaliit-to.fi/manual_2003_EST)]. Samas tuleb arvestada, et raviarsti ülesanne on märki-da üles diagnoos ja protseduurid ning edasise grupeeringu teeb juba arvuti.

### NordDRG ja Eesti tervishoiusüsteem

Nagu juba eelnevalt mainitud, kasu-tatakse parima tulemuse saavutamiseks sageli mitut tasustamise viisi (eelarve-, voodipäeva-, teenusepõhine jne) kombi-neeritult. Kuna Eestis on valdavalt kasu-

suurema vabaduse ja lisavõimaluse kasutada ressursse efektiivsemalt, mis vabastaks vahendeid investeringuteks, töötajate palgatõusuks vms.

Lugejal võib tekkida küsimus, miks võetakse kasutusele uus süsteem, kui võiks edasi arendada juba olemasolevate komplekshindade põhimõtet. Seda või-malust on kaalutud päris tõsiselt, kuid see on osutunud liiga komplitseerituks. Peamine põhjus on selles, et hetkel kehti-vaid komplekshindu on juba üle 50 ja kuigi on tegu vägagi levinud transpa-rentsete ravijuhtudega, katavad need üpris väikese mahu haiglatele maksta-vatest tasudest. Järgnevalt tuleks hakata välja töötama komplekshindu vähem-levinud ravijuhtudele. Operatsioonide korral oleks see teostatav, sest enamasti määrab operatsiooni liik ka ravijuhu kulude taseme. Keerulisem on olukord aga mittekirurgiliste ravijuhtudega, mille korral ei saa ainuüksi Eesti andme-tele tuginedes välja pakkuda läbipaistvat ja kõiki osapooli rahuldavat kompleks-hindade süsteemi.

Eelkirjeldatud põhjustel valiski haigekassa välja NordDRG-süsteemi. Eestis on sarnaselt teiste riikidega kavas kasutada NordDRG-süsteemi mitmel eesmärgil:

- a) üldine klassifikatsioon;
- b) analüüsi vahend;

### Kokkuvõte

Kokkuvõtvalt võib märkida, et DRG kui klassifikaatori suurim eelis on, et see võimaldab ravijuhud klassifitseerida nii kliiniliselt kui ka ressursikulult sarnastesse rühmadesse. Tasustamise süs-teemina on DRG-l mitmeid eeliseid võr-reldes täna kasutatavate tasustamis-viisidega. DRG-süsteemi kasutamine tervishoiuteenuste osutajatele tasu-miseks annaks aga lisavõimaluse kasuta-da ressursse efektiivsemalt. <sup>1a</sup>

#### Allikad

1. NOMESCO kirurgiliste protseduuride klassifikatsioon (NCSP) versioon 1.6. Sotsiaalministeerium. Tallinn, 2001.
2. Rahvusvaheline haiguste ja terviseiga seotud probleemide statistiline klassifikatsioon. Kümnes väljaanne, 2. köide. Sotsiaalministeerium. Tallinn, 1996.
3. Habicht T, Palu T. Üleminek juhupõhisele aktiivravi rahastamisele haiglates. Eesti Arst 2001; Lisa 4: 9–13.
4. 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 2001; 59: 37–51.
5. Fetter RB, Brand DA, Gamache D. DRGs. Their design and development. Health Administration Press, Michigan, 1991.
6. Kiviluoto LK. Management of an activity based funding system for hospitals – factors of success and new challenges. Casemix 2002; 1(4): 11–5.
7. Habicht T, Habicht J. Erinevad tasustamise süs-teemid tervishoius. Lege Artis 2002; 9: 10–14.
8. Habicht J, Habicht T. Ülevaade DRG süsteemi ajaloo ja ülesehitusest. Lege Artis 2003; 3: 14–17.