

2009

DRG tagasiside aruanne

Eesti Haigekassa

Märts 2010

DRG tagasiside aruanne 2009

Eesti Haigekassa

Märts 2010

Eessõna

Käesolev aruanne on koostatud Eesti Haigekassa poolt ning see on osa DRG tagasiside süsteemist. Aruande eesmärk on anda ülevaade DRG süsteemi kasutusega seotud indikaatoritest 2009. aastal koos selgitustega andmete interpreteerimiseks.

DRG tagasiside aruandes esitletavate indikaatorite koostamiseks on kasutatud raviarvetel kajastuvat informatsiooni, mida kogutakse rutiinse raviarvelduse käigus haigekassaga ravi rahastamise lepingus olevatelt tervishoiuteenuse osutajatelt.

Täiendavat infot DRG süsteemist (s.h. juhupõhise rahastamise rakendamise eesmärkidest, selle rakendamise kronoloogiast Eestis, NordDRG põhimõtetest, DRG grupeerumise loogikast ning tasustamise reeglitest jne) on võimalik saada haigekassa kodulehe vahendusel <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/drg>, kus on kättesaadav ka 2008.a. DRG tagasiside aruanne¹.

¹ [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/DRG_tagasiside_aruanne_2008\(2\).pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/DRG_tagasiside_aruanne_2008(2).pdf)

Sisukord

EESSÕNA	4
1. DRG süsteemi iseloomustavad näitajad.....	7
1.1 DRG-põhise rahastamise osakaal.....	7
1.2 Kulud põhidiagnoosi kategooria alusel.....	8
1.3 Enimkasutatavate DRGde kulu.....	9
1.4 Enimkasutatavad DRGd kasutuskordade alusel.....	12
1.5 Keskmise ravil viibimise kestvus (ALOS).....	17
1.6 Keskmise intensiivravil viibimine (int_ALOS).....	18
1.7 Erandid DRG süsteemis.....	19
1.8 Casemix index (CMI).....	23
2. Kodeerimine.....	27
2.1. Endoskoopiliste protseduuride kodeerimine.....	28
3. Kokkuvõte.....	31
4. Lisad.....	32
Lisa 1. Enimkasutatavad DRGd ressursikulu alusel haigla liigiti ja ravitüübiti, 2008.a.....	33
Lisa 2. Enimkasutatavad DRGd kasutuskordade alusel haigla liigiti ja ravitüübiti, 2008.a.....	34
Lisa 1. ALOS erialade lõikes, 2005-2009.....	35

JOONISED

Joonis 1. Tasustamismeetodite osakaalud eriarstiabis (kõik ravitüübid), 2006-2009.....	7
Joonis 2. Tasustamismeetodite osakaalud eriarstiabis (ainult statsionaarne), 2006-2009.....	8
Joonis 3. DRG-põhise kulu jagunemine (%) MDCTi, 2009.a.....	9
Joonis 4. Enimkasutatavad DRGd kulu alusel, 2009.a. (kõik teenuseosutajad).....	10
Joonis 5. Enimkasutatavad DRGd kulude alusel, 2009.a. (piirkondlikud haiglad).....	10
Joonis 6. Enimkasutatavad DRGd kulude alusel, 2009.a. (keskhaiglad).....	10
Joonis 7. Enimkasutatavad DRGd kulude alusel, 2009.a. (üldhaiglad).....	11

Joonis 8. Enimkasutatavad DRGd kulude alusel, 2009.a. (statsionaarne ravi).....	11
Joonis 9. Enimkasutatavad DRGd kulude alusel, 2009.a. (ambulatoorne ravi).....	11
Joonis 10. Kulude osakaal (%) DRG arvu järgi, 2009.a.....	12
Joonis 11. Enimkasutatavad DRGd kasutuskorra alusel, 2009.a. (kõik teenuseosutajad)	13
Joonis 12. Enimkasutatavad DRGd kasutuskorra alusel, 2009.a. (piirkondlikud haiglad).....	13
Joonis 13. Enimkasutatavad DRGd kasutuskorra alusel, 2009.a. (keskhaiglad).....	13
Joonis 14. Enimkasutatavad DRGd kasutuskorra alusel, 2009.a. (üldhaiglad)	14
Joonis 15. Enimkasutatavad DRGd kasutuskorra alusel, 2009.a. (statsionaarne ravi).....	14
Joonis 16. Enimkasutatavad DRGd kasutuskorra alusel, 2009.a. (ambulatoorne ravi).....	14
Joonis 17. Ravijuhtude osakaalud (%) DRG arvu järgi, 2009.a.....	15
Joonis 18. ALOS haigla liigiti, 2005-2009.....	17
Joonis 19. int_ALOS haigla liigiti, 2005-2009	18
Joonis 20. Int_ALOS, haiglati, 2009.a.....	19
Joonis 21. Erandite osakaal haigla liigiti, 2005-2009 (kõik ravitüübid).....	20
Joonis 22. Erandite osakaal erialati, 2008-2009 (kõik ravitüübid).....	21
Joonis 23. DRG erandid tunnuse alusel, % kõigist erandiks läinud raviarvetest, 2009.a.....	22
Joonis 24. DRG erandite jaotus haigla liigiti, 2009.a.....	23
Joonis 25. CMI ravitüübiti, 2008-2009.....	24
Joonis 26. CMI haigla liigiti, 2008-2009 (kõik ravitüübid)	24
Joonis 27. CMI haiglati, 2008-2009 (statsionaarne ravi).....	25
Joonis 28. CMI erialati, 2008-2009 (kõik ravitüübid).....	26

TABELID

Tabel 1. Joonistel 4-9 ja 11-16 kasutatud DRGde koodid ja nimetused	16
Tabel 2. NCSP koodidega arvete osakaal (%) endoskoopiliste teenusega raviarvetest, 2009.a....	28

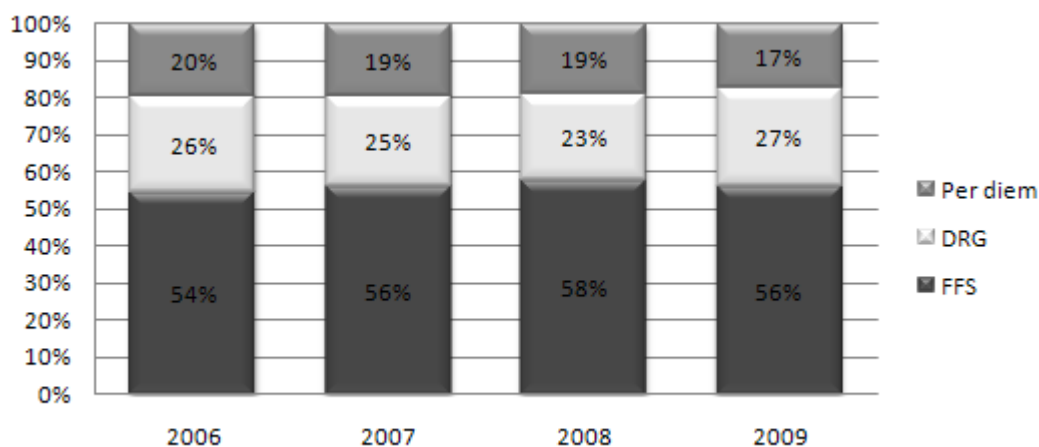
1. DRG süsteemi iseloomustavad näitajad

1.1 DRG-põhise rahastamise osakaal

Haigekassa rakendab eriarstiabi tervishoiuteenuste rahastamisel erinevaid tasustamismeetodeid, kombineerides omavahel teenusepõhist- (FFS), juhupõhist- (DRG) ning päevatasu (*per diem*). Erinevad meetodid moodustavad kuludest erineva osakaalu, sõltudes nende rakendamise tingimustest ning on seega ajas muutuvad. Ülevaade eriarstiabis kasutatavate rahastamismeetodite osakaaludest aastatel 2006-2009 on esitatud joonisel 1.

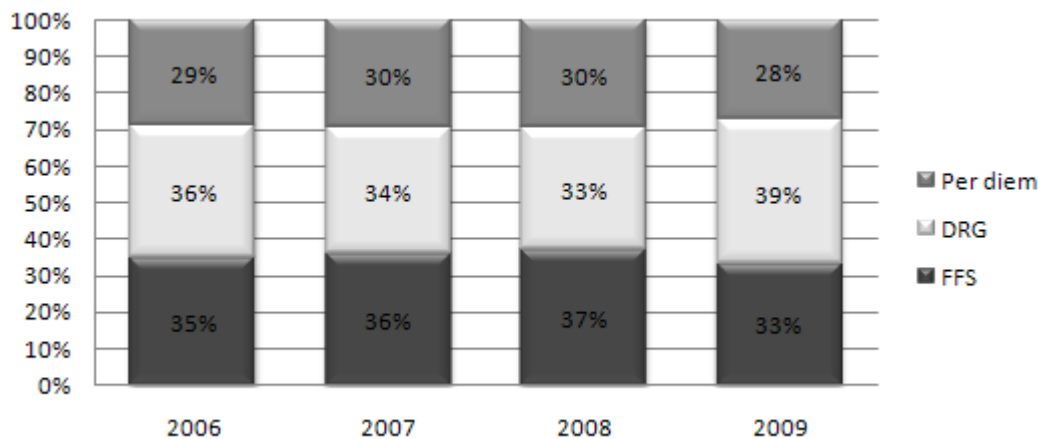
2009. aastal tasuti DRG-põhise rahastamismeetodi alusel ca 1,6 miljardit krooni (2008.a. 1,4 miljardit krooni). Kulude kasv võrreldes 2008.aastaga on eelkõige tingitud DRG osakaalu kasvust 50%-lt 70%-le alates 2009.aasta juulist.

Suurima osakaalu (üle 50%) aastate lõikes on moodustanud teenusepõhine tasu, mis tõusis mõnevõrra 2008.aastal, kuid langes 2009.aastal tagasi 2007.aasta tasemele. Teenusepõhise rahastamise osakaalu kasv 2008.aastal on ennekõike tingitud ambulatoorsete ja päevaravijuhtude arvu suurenemisest 2007.aastaga võrreldes vastavalt 2% ja 1% ning samaaegselt statsionaarsete ravijuhtude vähenemisest 1% võrra. See on põhjuseks ka DRG- ja päevatasu põhise rahastamise osakaalu vähenemisele 2008.aastal. 2009.aasta teenusepõhise rahastamise osakaalu langus võrreldes 2008.aastaga on ennekõike tingitud muudatusest DRG-põhise rahastamise rakendustingimustes – alates 2009.aasta II poolaastast suurenes DRG osakaal DRG-põhisele rahastamisele kuuluvate raviarvete maksumuse arvutamisel 50%-lt 70%-ni (samal ajal vähenes teenusepõhise tasu osakaal nende raviarvete maksumuse arvutamisel 50%-lt 30%-le).



Joonis 1. Tasustamismeetodite osakaalud eriarstiabis (kõik ravitüübid), 2006-2009

Kuna DRG-põhine rahastamine hõlmab peamiselt statsionaarseid ravijuhte (ja vähemal määral ambulatoorseid ja päevaravi juhte), siis DRG-põhise tasustamise osakaalu suurendamine on eelkõige põhjustanud muutusi statsionaarse ravi tasustamismeetodite osakaaludes (joonis 2). DRG-põhise rahastamise osakaal statsionaarses ravis tõusis 33%-lt 2008.aastal 39%-ni 2009.aastal ning samal ajal langes *per diem* ja teenusepõhise rahastamise osakaal vastavalt 2%-i ja 4%-i võrra.



Joonis 2. Tasustamismeetodite osakaalud eriarstiabis (ainult statsionaarne), 2006-2009

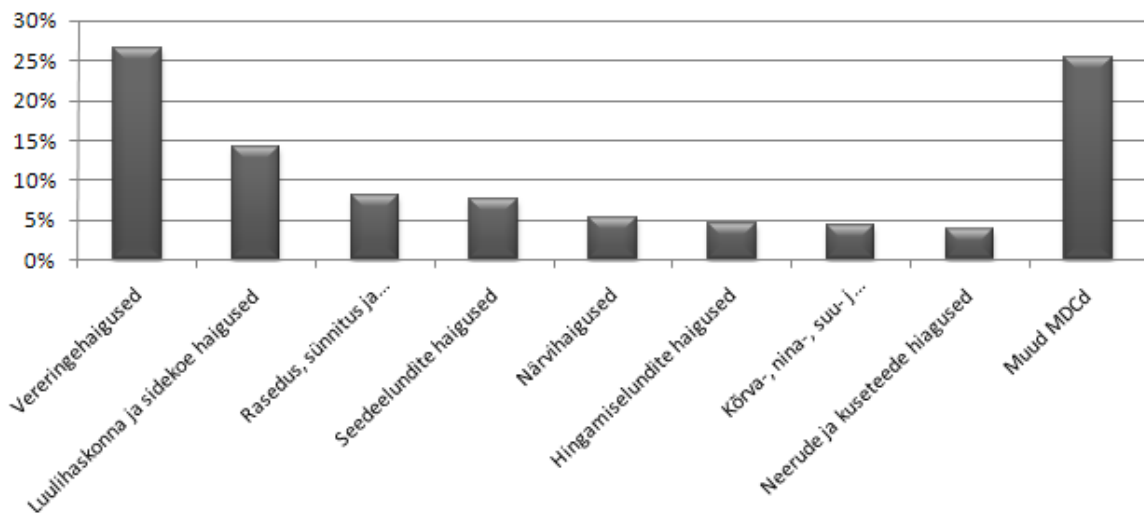
1.2 Kulud põhidiagnoosi kategooria alusel

Eestis kasutatavas DRG grupeerimisloogikas on 27 erinevat põhidiagnoosi kategooriat (MDC²). Ravijuhtude MDCdesse jaotumine põhineb peamiselt kliinilisel sarnasusel vastavalt organsüsteemile (näiteks MDC1 *Närvisüsteemi haigused*, MDC5 *Vereringehaigused* jne). Osal MDCdest on kliiniline sarnasus seotud ka haiguste etioloogiaga (näiteks MDC20 *Alkoholi ja psühhoaktiivsete ainete kasutamine ja sellest põhjustatud orgaanilised psüühilised haigused*) ja osal organismi haaratusega (näiteks MDC24 *Raske hulgitrauma*). MDCde alusel kulude hindamine annab ülevaate sellest, millise valdkonna patoloogiaga haiguste raviks on DRG-põhist tasustamismeetodit kõige rohkem kasutatud. Samas tuleb silmas pidada, et MDCd on juba oma algloogikas erineva DRGde mahuga ning ei ole absoluutarvudes seega võrreldavad.

MDCde lõikes (joonis 3) on suuremad kulud seotud vereringehaigustega, millele 2009.aastal kulus ca ¼ DRG alusel tasutud rahalistest vahenditest (s.t raviarved, mille tasustamisel kasutati valemit 50%/70% DRG + 50%/30% FFS). See on seotud eelkõige nimetatud haiguste suhteliselt suure esinemissagedusega populatsioonis ning ka kasvava ravivajadusega. 14% DRG alusel tasutud vahenditest on kasutatud luulihaskonna ja sidekoe haiguste raviks ja 8% võrdselt nii

² MDC – Major Diagnosis Category

raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodiga kui ka seedeelundite patoloogiaga seotud haiguste raviks.



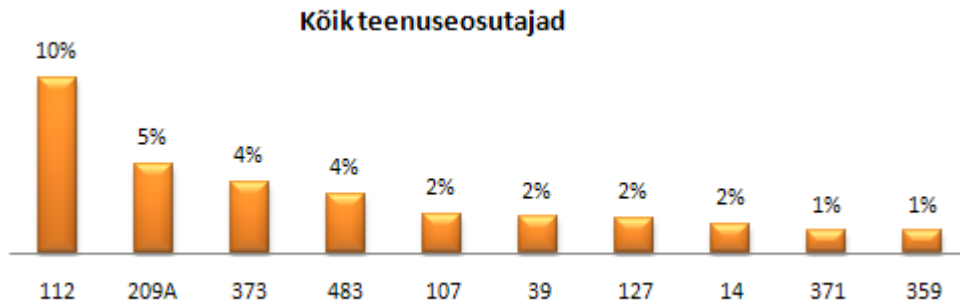
Joonis 3. DRG-põhise kulu jagunemine (%) MDCTi, 2009.a.

1.3 Enimkasutatavate DRGde kulu

Kulu alusel enimkasutatavate DRGde selgitamisel võetakse arvesse erinevatesse DRGdesse grupeerunud ravijuhtude (mis on rahastatud DRG alusel) DRG-põhised maksumused. Aruandes esitatakse 10 suurima kogumaksumusega DRGd. See annab ülevaate, millistele DRGdele kulub suhteliselt rohkem ravikindlustusvahendeid ning kas ja kuidas varieeruvad suurima kuluga DRGde osakaalud erinevate aastate, haigla liikide ja ravitüüpide lõikes.

Enim on kulunud rahalisi vahendeid DRGdele, kuhu on grupeerunud suhteliselt kallimad ja keerulisemad ravijuhud. Vähem on ressursimahukamate DRGde seas selliseid DRGsid, mille kulud on seotud grupeerunud arvete suure hulgaga. Erandiks siinjuures on DRGd 373 (*Vaginaalne sünnitus, kaasuvate haigusteta*), 39 (*Läätse operatsioonid koos või ilma vitrektoomiata*) ja 14 (*Spetsiifilised peajuveresoonte haigused, v.a TIA*), mis kahel viimasel aastal on enimkasutatavate DRGde seas nii kasutuskordade kui ka ressursikasutuse poolest.

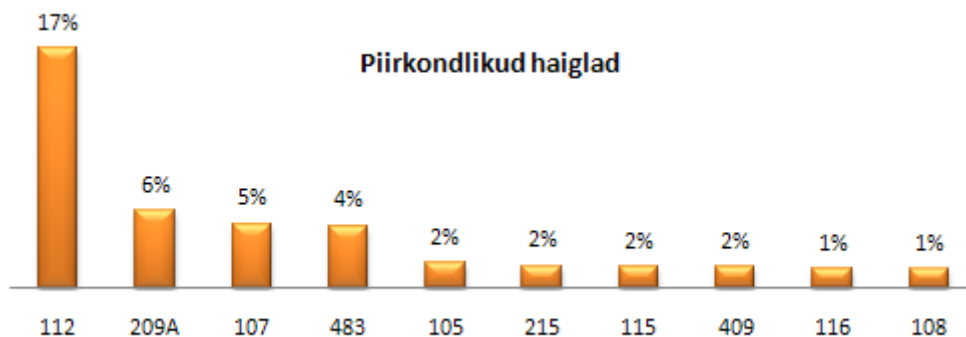
Kõige rohkem tasuti 2009.aastal (joonis 4) DRG-põhiselt ravijuhtude eest, mis grupeerusid DRGsse 112 (*Perkutaansed kardiovaskulaarsed operatsioonid*)-10% DRG-põhistest ravikindlustuse vahenditest läks sellele DRGle. Suhteliselt rohkem kulus ressursse ka DRGle 209A (*Alajäseme ja selle suurte liigeste esmane protees, operatsioonid*), 373 (*Vaginaalne sünnitus, kaasuvate haigusteta*) ja 483 (*Intensiivravi vajav haige, teostatud trahheostoomia, v.a näo-, suu- ja kaelapiirkonna haiguse puhul*). Kulude osakaal viimatiminetatud DRGde puhul moodustas vastavalt 5%, 4% ja 4%.



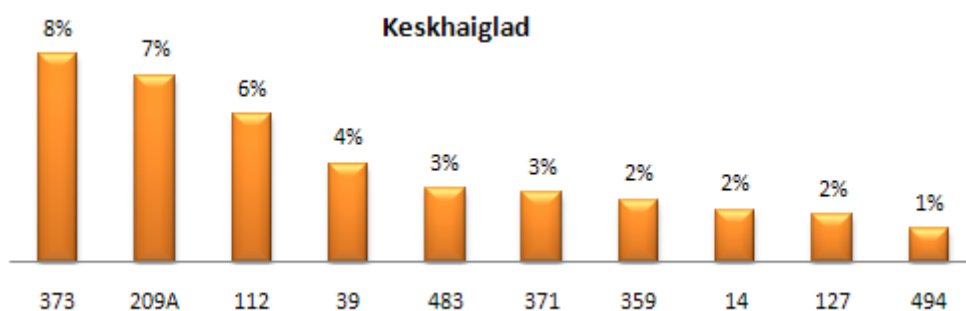
Joonis 4. Enimkasutatavad DRGd kulu alusel, 2009.a. (kõik teenuseosutajad)

Sarnaselt DRGde kasutusele on ka DRG kulude osas haigla liigiti (joonised 5-7) teatud erinevusi, mis tulenevad erinevate haigla liikide poolt osutatavate teenuste erinevusest. Võrdluses on näha, et suurema raviarvete kogumaksumusega DRGde jaotus keskhaiglates on rohkem sarnane üldhaiglatele ja vähem piirkondlikele haiglatele, seejuures on kattuvaid DRGsid 6.

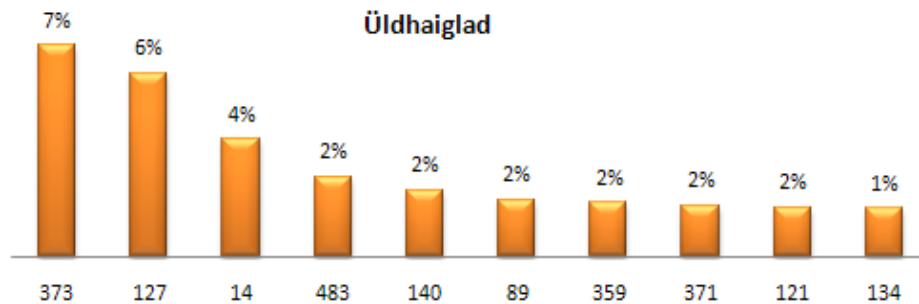
Piirkondlike haiglate kulukaim DRG 112, mis moodustab 17% (2008.a. 16%) kogu DRG alusel tasutud ressursist, on seotud kardiokirurgiliste operatsioonidega. Suurema kuluga on ka DRGd 209A (*Alajäseme ja selle suurte liigeste esmane protees, operatsioonid*), 107 (*Koronaararterite šuntimine ilma südame kateteriseerimiseta*) ja 483 (*Int.ravi vajav haige, teostatud trahheostoomia, v.a näo-, suu- ja kaelapiirkonna haiguse puhul*).



Joonis 5. Enimkasutatavad DRGd kulude alusel, 2009.a. (piirkondlikud haiglad)



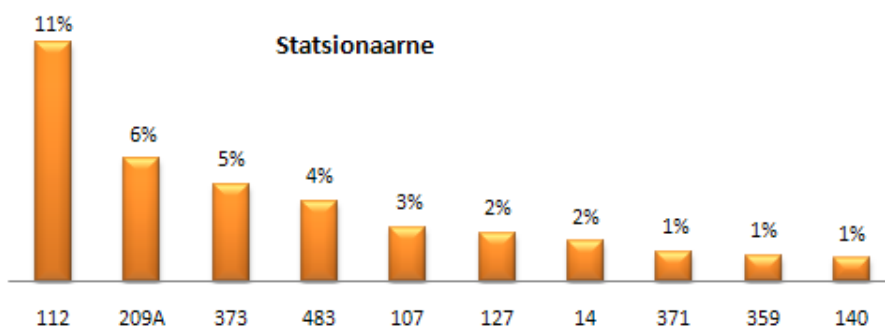
Joonis 6. Enimkasutatavad DRGd kulude alusel, 2009.a. (keskhaiglad)



Joonis 7. Enimkasutatavad DRGd kulude alusel, 2009.a. (üldhaiglad)

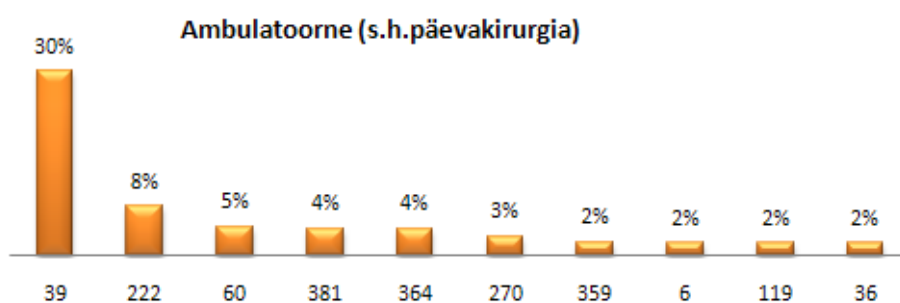
Erinevused DRGde kogumaksumustes on täheldatavad ka statsionaarse ja ambulatoorse (sh päevakirurgilise) tegevuse osas (joonised 8 ja 9).

Statsionaarses ravis on suurima kuluga DRG 112 (*Perkutaansed kardiovaskulaarsed operatsioonid*), millele kulus 2009.a. 11% DRG-põhiselt tasutud kuludest ja mida osutati nii piirkondlikes kui keskhaiglates.



Joonis 8. Enimkasutatavad DRGd kulude alusel, 2009.a. (statsionaarne ravi)

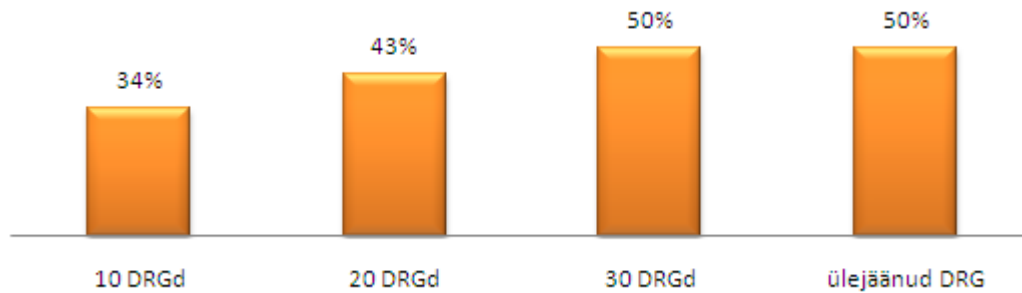
Ambulatoorses ravis on ligi 1/3 ressursist kulunud aga DRGle 39 (*Läätse operatsioonid koos või ilma vitrektoomiata*), mida eeskätt viiakse läbi väljaspool statsionaari. Arvestades, et muude ambulatoorsete teenustega võrreldes on tegemist suhteliselt kalli tegevusega, on loogiline DRGga 39 seotud kulude oluliselt suurem osakaal võrreldes teiste ambulatoorsete DRGga. DRGle 39 kulus 2009.a. ca 30% DRG-põhiselt tasutud ambulatoorsetest kuludest.



Joonis 9. Enimkasutatavad DRGd kulude alusel, 2009.a. (ambulatoorne ravi)

Võrreldes 2009. ja 2008.aasta andmeid ei ole täheldatav olulisi muutusi ressursimahukamate DRG osas (vt [lisas 1](#)).

Tähelepanuväärne on märkida, et kümme suurima kuluga DRGd moodustasid 2009.a. 34% DRG-põhiselt tasutud kõikidest kuludest (26% 2008.a.) ning 50% DRG-põhiselt tasutud kuludest kasutati 30-sse suurema kuluga DRGsse grupeerunud ravijuhtude rahastamisel (joonis 10).



Joonis 10. Kulude osakaal (%) DRG arvu järgi, 2009.a

Haigla liigiti oli 10 suurima kuluga DRGde osas varieeruvus keskmisest mõnevõrra suurem olles kõrgeim piirkondlikel haiglatel – 40% (2008.a. 42%) ja väikseim üldhaiglatel – 27% (29%). Kesksaiglate 10 suurima kuluga DRGd moodustasid 36% DRG-põhiselt tasutud kuludest (39%).

1.4 Enimkasutatavad DRGd kasutuskordade alusel

Eestis oli 2009. aastal tervishoiuteenuste loetelus 489 DRGd, millest kasutati vähemalt üks kord 485 DRGd (2008.a. 487 DRGd). 412-sse DRGsse grupeerus 2009. aastal üle 30 ravijuhtu, väikse kasutusega DRGsid (aastas vähem kui 30 ravijuhtu) oli 73. Selline DRGde kasutussagedus Eestis on aastate jooksul olnud suhteliselt sarnane.

Erinevused DRG kasutuses ilmnevad haigla liigiti – piirkondlikud haiglad on laiema DRG amplituudiga ja nende haiglate ravijuhud grupeerusid 485 erinevasse DRGsse, kesksaiglate vastav number on 458 ja üldhaiglatel 418.

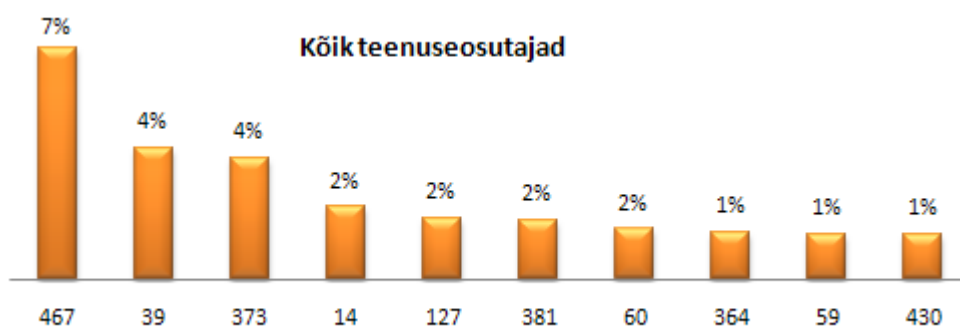
Kasutuskordade alusel DRGde esitamisel võetakse arvesse kõik DRGsse grupeerunud ravijuhud. Aruandes esitatakse kümne suurima ravijuhtu osakaaluga DRGd. Kasutuskordade alusel DRGde jälgimine annab informatsiooni sellest, millise sisuga ravijuhte esineb kõige rohkem ning kas ja kuidas varieeruvad enimkasutatavad DRGd erinevates haigla liigiti ja ravitüübiti.

Eestis on aastate jooksul (joonis 11) enimkasutatud DRG 467 (*Muud tervist mõjutavad tegurid*), millesse grupeerub ca 7% (2008.a. 7%) kõigist juhtudest. 2009.aastal grupeerus sellesse DRGsse piirkondlikes haiglates 10% (10%), kesksaiglates 6% (7%) ja üldhaiglates 7% (6%) kõigist DRGdesse grupeerunud juhtudest. DRGsse 467 satuvad eelkõige hooldaja arved, millel on

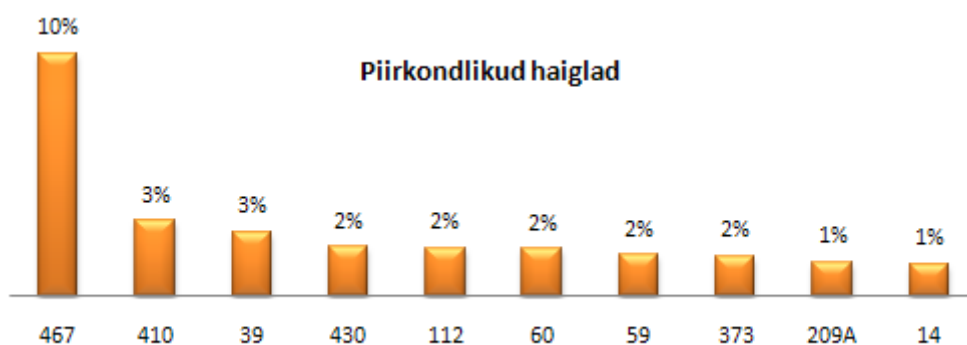
põhidiagnoosiks märgitud Z76.3³. Need arved kuuluvad erandite hulka ega kuulu DRG-põhisele tasustamisele.

Teised suurema kasutusega DRGd on seotud sünnitusabi ja günekoloogia erialaga (vaginaalsed sünnitused ja abordid) ning silma-, südame ja veresoonekonna, kurgu-nina-kõrva- ja psüühikahäiretest tulenevate haiguste raviga.

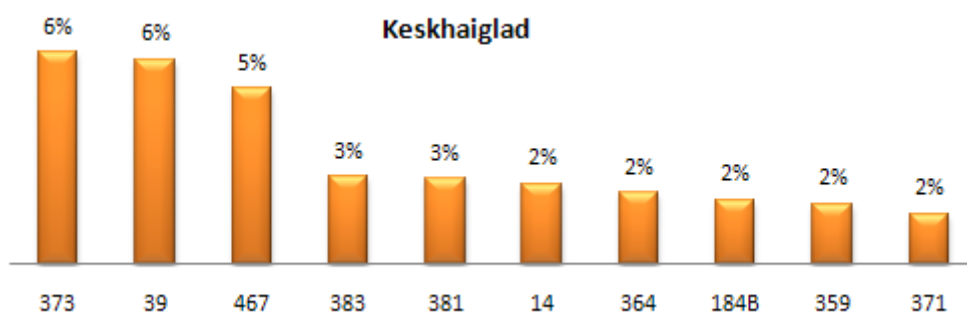
Haigla liigiti (joonised 12-14) on sagedamini kasutatavad DRGd mõnevõrra erinevad.



Joonis 11. Enimkasutatavad DRGd kasutuskorra alusel, 2009.a. (kõik teenuseosutajad)

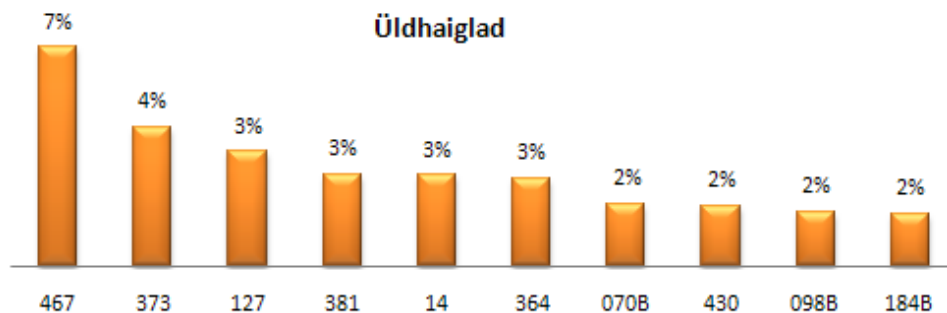


Joonis 12. Enimkasutatavad DRGd kasutuskorra alusel, 2009.a. (piirkondlikud haiglad)



Joonis 13. Enimkasutatavad DRGd kasutuskorra alusel, 2009.a. (keskhaiglad)

³ Z76.3 Terve isik saadab haiget isikut

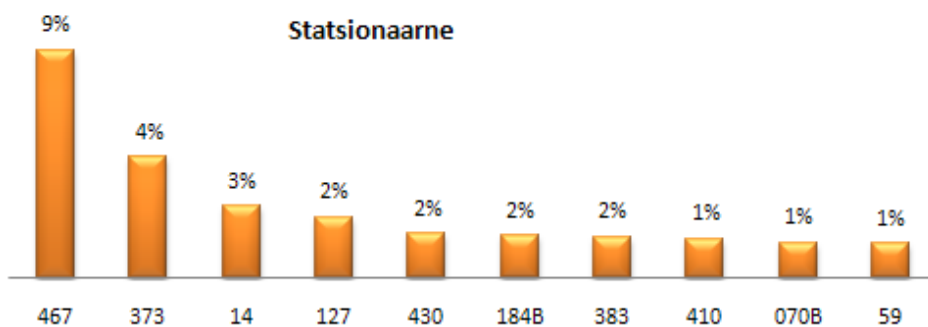


Joonis 14. Enimkasutatavad DRGd kasutuskorra alusel, 2009.a. (üldhaiglad)

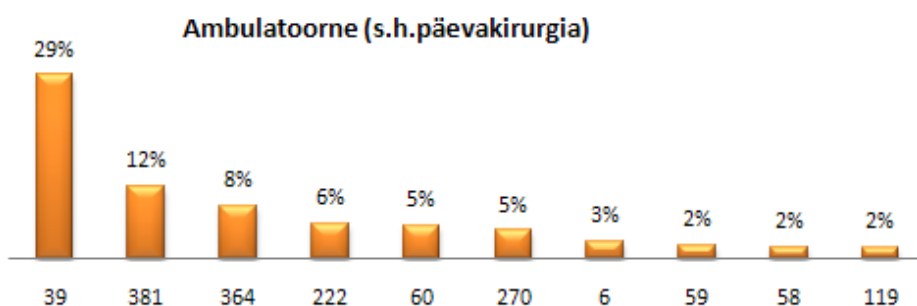
Kõigi kolme liigi osas on kattuvaid DRGsid 3 – 14 (*Spetsiifilised peajuveresoonte haigused, v.a TIA*), 373 (*Vaginaalne sünnitus, kaasuvate haigusteta*) ja 467 (*Muud tervist mõjutavad tegurid*). Ülejäänud DRGde kasutus haigla liigiti sõltub sellest, milliseid tervishoiuteenuseid ja millistel erialadel haiglates osutatakse.

Võrdlus haigla liigiti DRGde kasutuse osas 2008. aastaga on toodud [lisas 2](#).

Kuna DRG-põhise tasustamise suurem osa on seotud statsionaarse raviga, siis sarnaneb DRGde jaotus statsionaaris üldise DRGde jaotusega (joonised 15 ja 11), kus enim kasutatud DRG 467 (*Muud tervist mõjutavad tegurid*).



Joonis 15. Enimkasutatavad DRGd kasutuskorra alusel, 2009.a. (statsionaarne ravi)

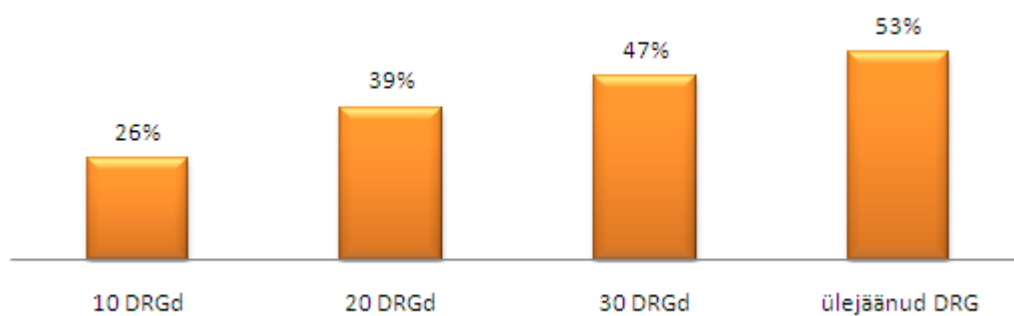


Joonis 16. Enimkasutatavad DRGd kasutuskorra alusel, 2009.a. (ambulatoorne ravi)

Ambulatoorses ravis (joonis 16) on esikohal DRG 39 (*Läätse operatsioonid koos või ilma vitrektoomiata*), mis hoolimata ambulatoorse ravi suhteliselt väiksest osakaalust DRG süsteemis, on siiski oma suure mahu tõttu koondarvestuses kasutuselt teisel kohal.

Joonistel 5-8 esitatud DRG koodide nimetused on toodud tabelis 1.

Kümne suurima juhtude arvuga DRGsse grupeerus 2009.aastal 26% kõikidest grupeerunud ravijuhtudest (26% 2008.a.). Haigla liigiti jääb sama näitaja 30% piiridesse, olles piirkondlikus, kesk- ja üldhaiglas vastavalt 28%, 32% ja 28%. Sarnased näitajad on täheldatavad ka viimastel aastatel, mis viitab sellele, et DRGde kasutuses aja jooksul olulisi muutusi toimunud ei ole. Ca 50% ravijuhtudest grupeerus 30 DRGsse (joonis 17).



Joonis 17. Ravijuhtude osakaalud (%) DRG arvu järgi, 2009.a.

Tabel 1. Joonistel 4-9 ja 11-16 kasutatud DRGde koodid ja nimetused

DRG kood	DRG nimetus
6	Karpaalkanali avamine
14	Spetsiifilised peajuveresoonte haigused, v.a TIA
36	Võrkkesta operatsioonid
39	Läätse operatsioonid koos või ilma vitrektoomiata
58	Kurgu- ja ninaneelumandlite operatsioonid, v.a ainult kurgumandlite ja/või ninaneelumandlite eemaldamine, vanus 0-17
59	Kurgu- ja/või ninaneelumandli eemaldamine, vanus >17
60	Kurgu- ja/või ninaneelumandli eemaldamine, vanus 0-17
70B	Keskkõrva põletik, vanus 0-17, kht-ta*
89	Kopsupõletikud ja pleuriidid, vanus >17, kht-ga
98B	Bronhiidid ja bronhiaalastma, vanus 0-17, kht-ta
105	Südameklappide operatsioonid ilma südame kateteriseerimiseta
107	Koronaararterite šuntimine ilma südame kateteriseerimiseta
108	Muud kardiorakaalsed operatsioonid
112	Perkutaansed kardiovaskulaarsed operatsioonid
115	Püsistimulaatori implanteerimine ägeda müokardi infarkti, südamepuudulikkuse või šoki korral
116	Muude püsistimulaatorite, elektrodide või kardioverteri implanteerimine
119	Veeni ligeerimine ja eemaldamine
121	Muud vereringesüsteemi haigused koos ÄMI ja kardiovaskulaarse tüsistustega, elus 4. Intensiivravi päeval
127	Südamepuudulikkus ja šokk
134	Hüpertensioon
140	Stenokardia
184B	Ösofagiit, gastroenteriit ja seedeelundite muud haigused, vanus 0-17, kht-ta
209A	Alajäseme ja selle suurte liigeste esmane protees, operatsioonid
215	Selja ja kaela operatsioonid, kht-ta
222	Põlve operatsioonid, kht-ta
270	Naha, nahaaluskoe ja rinnanäärme muud operatsioonid, kht-ta
359	Emaka ja emakamanuste operatsioonid munasarja või emakamanuste mittepahaloomuliste haiguste korral, kht-ta
364	Emaka abrasioon, emakakaela konisatsioon mittepahaloomuliste haiguste korral
371	Keisrilõige, kht-ta
373	Vaginaalne sünnitus, kht-ta
381	Abort koos emakaõõne abrasiooni, vaakumspiratsiooni või hüsterotoomiaga
383	Muud rasedusaegsed haigused, tüsistustega
409	Radioterapia
410	Kemoterapia teistel juhtudel va ägeda leukeemia puhul
430	Psühhoosid
467	Muud tervist mõjutavad tegurid
483	Int.ravi vajav haige, teostatud trahheostoomia, v.a näo-, suu- ja kaelapiirkonna haiguse puhul
494	Laparoskoopiline koletsüstektoomia ilma ühissapijuha uuringuta, kht-ta

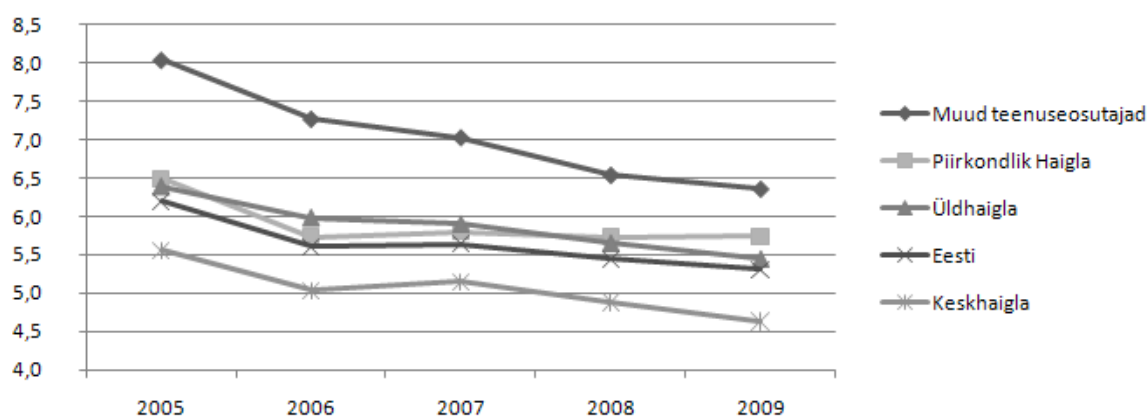
*kht-ta – kaasuvate haigusteta

**kht-ga – kaasuvate haigustega

1.5 Keskmise ravil viibimise kestvus (ALOS)

Aruandes esitatakse keskmine ravil viibimise kestvus ehk ALOS (ingl.k. *average length of stay*) erialade kohta, mis on seotud DRG-põhise rahastamisega, s.t. välja jäävad taastusravi, psühhiaatria ja esmane järelravi. Arvesse võetakse kõik DRGsse grupeerunud statsionaarses raviarved. ALOSi leidmiseks jagatakse vaadeldava perioodi statsionaarsed ravipäevad sama perioodi ravijuhtude arvuga ning tulemus väljendatakse päevades.

Kuigi ALOS on Eestis viimastel aastatel näidanud langustendentsi (joonis 18), on osal erialadel ressursi kasutamise efektiivsus juba niigi suhteliselt kõrge ning edasine ALOSi lühenemine efektiivsuse suurenemise tõttu ei ole praktiliselt võimalik. ALOSi stabiliseerumist või isegi suurenemist tingib ka asjaolu, et ravi- ja diagnostika võimaluste arenedes liiguvad mitmed teenused pigem päevakirurgiasse või päevaravisse, mistõttu jäävad statsionaari raskemad juhud, mille arvelt ALOS enam ei lühene. Sellist tendentsi on näha piirkondlike haiglate puhul, kus ALOSi langus 2009.a. on pidurdunud.



Joonis 18. ALOS haigla liigiti, 2005-2009

ALOS haigla liigiti sõltub eelkõige sellest, millisel erialadel ja millises mahus üksikutes haiglates teenuseid osutatakse ja mis on iga eriala ALOS. Pikim on aastate lõikes keskmine ravil viibimine olnud pulmonoloogia erialal, olles 2009.a. näiteks 19,7 päeva. Samas on täheldatavad sama eriala piires erinevused haiglati. Näiteks varieerus pulmonoloogia eriala ALOS 2009.aastal 8,3 kuni 60,4 päevani. Arvestades seda, et pulmonoloogia eriala sees ravitakse ka tuberkuloosi haigeid, kelle ravi on oluliselt pikem kui muu pulmonoloogilise haiguse statsionaarne ravi, siis on sellised variatsioonid ühe eriala piires ka selgitatavad.

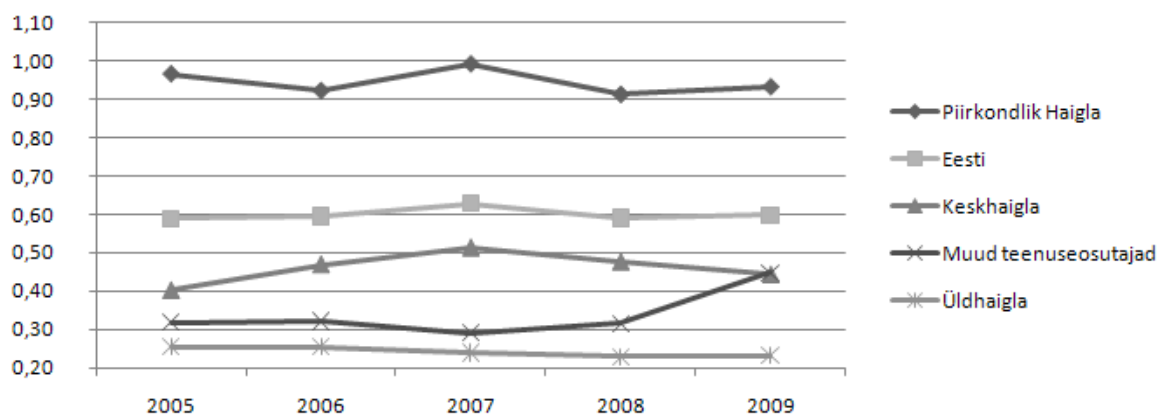
Lühim oli 2009.a ALOS otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia erialal, vastavalt 1,5 ja 2 päeva. Neil erialadel on varieeruvus haiglati samuti väiksem, jäädes oftalmoloogia erialal vahemikku 1,9-2,5 päeva ning otorinolarüngoloogia erialal vahemikku 1,1-2,4 päeva.

Täpsem ülevaade ALOSist erialati aastatel 2005-2009 on toodud lisas 3.

1.6 Keskmise intensiivravil viibimine (int_ALOS)

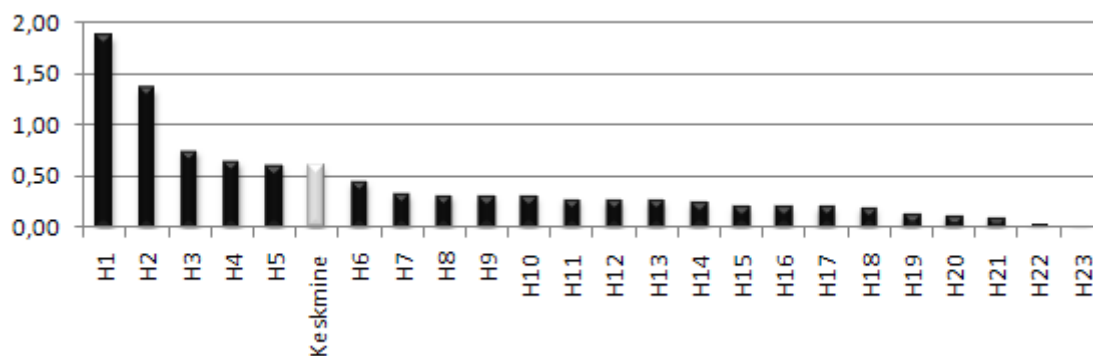
Int_ALOS väljendab keskmist intensiivravil viibimise kestust päevades ühe ravijuhu kohta ning arvutatakse üle kõigi statsionaarsete raviarvete (k.a. need ravijuhud, mis ei vajanud intensiivravi). Intensiivravina käsitletakse järgmiseid tervishoiuteenuste loetelu koode: 2044 (I astme intensiivravi), 2045 (II astme intensiivravi), 2046 (III astme intensiivravi), 2059 (III A astme intensiivravi) ja 2034 (neonatoogia). Näitaja esitatakse aruandes erialade kohta, mis on seotud DRG-põhise rahastamisega, s.t. välja jäävad taastusravi, psühhiaatria ja esmane järelravi.

Joonisel 19 on esitatud int_ALOS haigla liigiti aastatel 2005-2009. Peale mõningast tõusu 2007.aastal on näitaja muutus kahel viimasel aastal haigla liigiti ja muude tervishoiuteenuse osutajate seas olnud erinev. Kesksaiglatel on toimunud int_ALOSi mõningane langus, samal ajal kui piirkondlike haiglate näitaja on tõusnud. Üldhaiglate int_ALOS on püsinud suhteliselt stabiilne viimasel paaril aastal. Mõnevõrra suurem on muutus olnud muude teenuseosutajate puhul, kus tõus viimasel kolmel aastal on olnud märkimisväärne (tõus 2007.a. võrreldes üle 50%). Kõige suurem on int_ALOS piirkondlikes haiglates, mis tuleneb neis haiglates olevatest intensiivravi võimalustest ja osutatavatest teenustest, mida vajavad raskemad ja keerukamad haiged, kellel on vajadus intensiivravi järele suhteliselt suurem.



Joonis 19. int_ALOS haigla liigiti, 2005-2009

Üksikute haiglate võrdluses (joonis 20) oli intensiivravi kasutus 2009. aastal üsna varieeruv, ulatudes 1 tunnist kuni 1,9 päevani raviarve kohta. Selle põhjuseks on eelkõige patsientide erinev vajadus intensiivravi järele ning võimalused selle pakkumiseks erinevates haiglates. Eesti keskmine näitaja oli 2009.a. 0,6 päeva.



Joonis 20. Int_ALOS, haiglati, 2009.a.

1.7 Erandid DRG süsteemis

Vaatamata sellele, et DRGsse grupeerimist rakendatakse kõikide statsionaarsete ja kirurgilist tegevust väljendavate raviarvete korral, ei kuulu siiski kõik grupeerunud raviarved DRG-põhisele rahastamisele. Selle põhjuseks on see, et igapäevases meditsiinilises tegevuses esineb olukordi, mis ei allu üldisele loogikale ning mille puhul ei ole otstarbekas rakendada juhupõhist rahastamist, mistõttu rahastamiseks kasutatakse muid meetodeid. Eestis on selleks teenusepõhine rahastamine, mis tähendab seda, et iga üksiku teenuse eest, mis raviarvel on kirjeldatud, tasutakse vastavalt teenuse osutamise hetkel kehtinud piirhinnale.

DRG-põhisele rahastamisele mittekuuluvaid ravijuhte käsitletakse kui DRG erandeid. Tingimused, mille alusel DRG erand määratakse on erinevaid ning ülevaade neist on esitatud kassis 1.

Kast 1. Tingimused DRG erandite määramiseks

- Järgarve
- Raviarve põhiala psühhiaatria, taastusravi, esmane järelravi või tuberkuloos
- Põhidiagnoos Z76.3, Z51.1 või Z51.2⁴
- Keskostu tervishoiuteenused, v.a. suurte liigeste endoproteesimised ja katarakti operatsioonid
- Haigla liikide vahel toimunud patsiendi suunamised edasisele ravile⁵
- Raviarved, mille teenusepõhine summa on odavam või kallim, kui vastava DRG rühma erandite piirid⁶ - DRG hinnaerandid

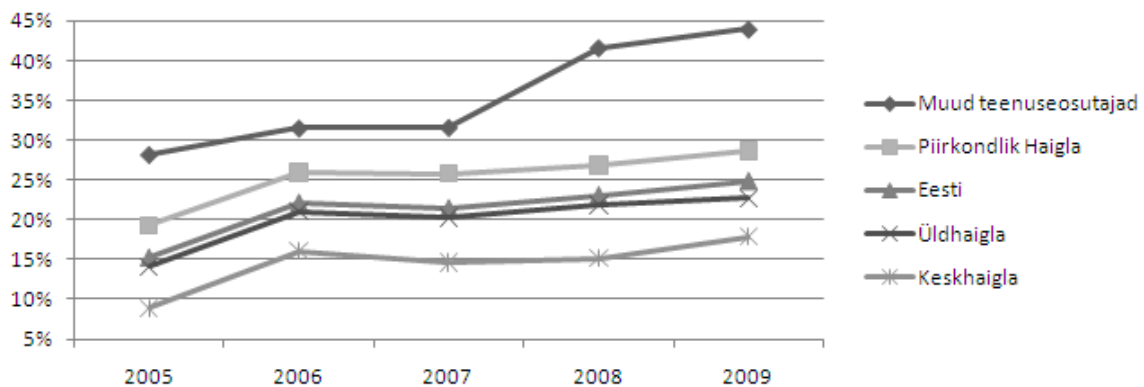
⁴ Z76.3 Terve isik saadab haiget isikut, Z51.1 Kemoterapiakuur kasvaja korral, Z51.2 Muu kemoterapia

⁵ Kõrgema etapi raviasutusse vahetult edasi suunatud patsiendi korral või kõrgema etapi raviasutusest vahetu suunamisega saabunud patsiendi korral on erandiks madalama etapi raviasutuse poolt vormistatud raviarve

⁶ piirid fikseeritakse koos DRG piirhinnaga Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus

Nagu eespoolt kirjeldatud, on Eestis erandite määramise aluseks võetud erinevad tingimused, mis on seotud kas ravi aktiivsusega (järelravi), teatud erialaga (taastusravi, psühhiaatria ja tuberkuloos), raviarvel kajastuva põhidiagnoosiga, teenuste osutamise tasemega (kallid ja/või suhteliselt harva esinevate haiguste puhul kasutatavad teenused), ravi järjepidevusega (patsiendi suunamised haigla liikide vahel) ning ressursikuluga. Ressursikulu alusel erandi määratlemise puhul rakendatakse eri maades erinevaid meetodikaid. Selleks võib kasutada ravil viibimise aega nagu seda tehakse näiteks Põhjamaades. Eestis on selleks raviarve teenusepõhine maksumus, mis tähendab seda, et kui mingisse DRGsse grupeerunud raviarve jääb väljapoole selle DRG jaoks seotud alumist või ülemist teenusepõhise maksumuse piiri, siis ei rakendata selle raviarve puhul DRG-, vaid teenusepõhist tasustamist. DRG süsteemi seisukohalt on seega oluline jälgida hinnaerandite osakaalu suurust ja muutust. Kõik muud erandite määramise alused tulenevad pigem tervishoiukorralduslikest asjaoludest ning võivad riigiti seetõttu erineda.

2009.aastal oli DRG erandeid kokku 25% kõigist DRGsse grupeerunud arvetest. Joonisel 21 on toodud DRG erandite osakaal kõigist DRGdesse grupeerunud arvetest aastatel 2005-2009 haigla liigiti, arvesse on võetud kõik ravitüübid. Erandite osakaal Eestis tervikuna tegi suurema tõusu 2006.aasta ning jäi sarnasele tasemele püsima ka 2007. aastaks. Hilisematel aastatel on erandite osakaal olnud kasvutendentsiga.



Joonis 21. Erandite osakaal haigla liigiti, 2005-2009 (kõik ravitüübid)

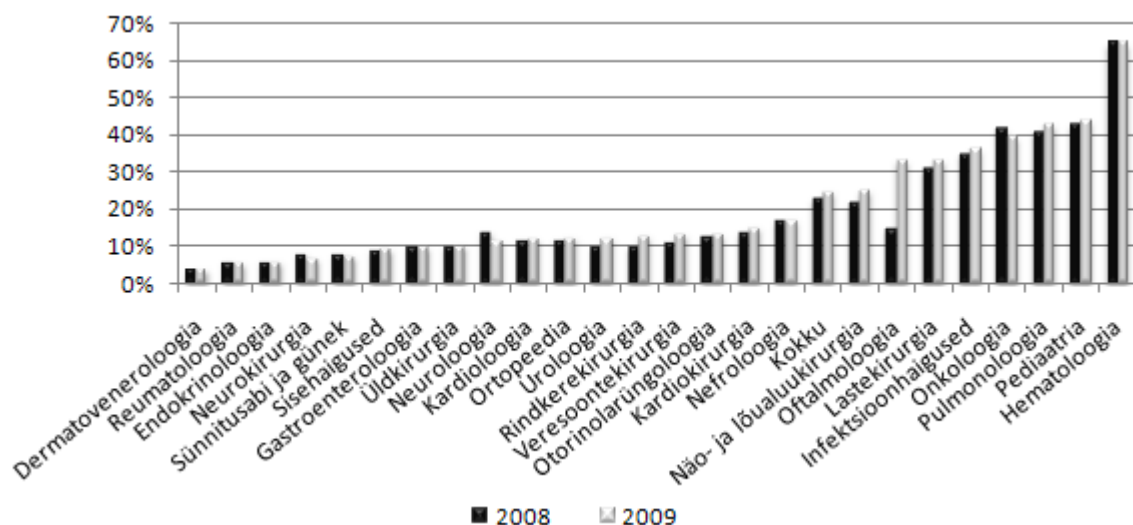
Sarnased muutused on toimunud ka haigla liigiti. Selle üheks põhjuseks on DRG erandite määratluse täiendused. 2006. aastast ei tasuta DRG-põhiselt hooldaja (põhidiagnoosiga Z76.3) raviarveid ning 2007. aastast põhidiagnoosiga Z51.1 ja Z51.2 raviarveid ning lisaks ka neid arveid, mis on seotud ravile suunamiste või saabumistega erinevate liiki haiglate vahel. 2008.aastal täiendati erandeid tuberkuloosi raviga seotud raviarvetega. Hiljem muudatusi seoses erandite määratlemisega ei ole toimunud.

Kuna aja jooksul on DRG erandite kriteeriumid täienenud, siis ei ole erandite osakaal aastate lõikes otseselt võrreldav ning arvesse tuleb võtta tehtud muudatusi.

Kuigi erandite osakaalu tõus on toimunud kõikide haigla liikide ja ka Eesti terviku osas, on suurima kasvuga muude teenuseosutajate näitaja. See on eelkõige seotud nende poolt pakutavate teenustega, millest ca 1/5 on seotud taastusravi, psühhiaatria ja esmase järelravi juhtudega.

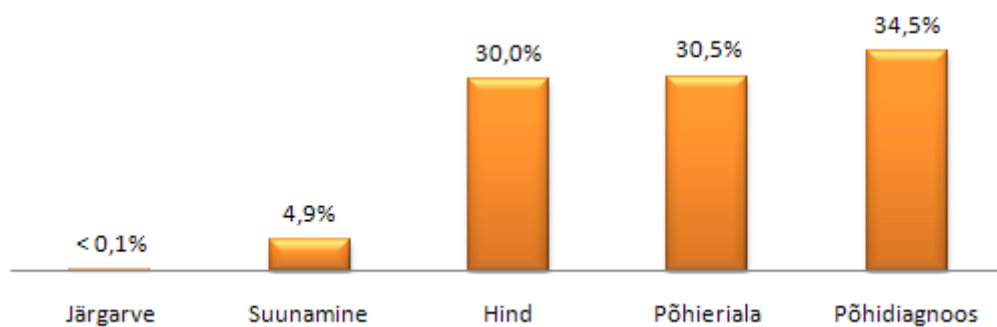
Kahel viimasel aastal, aga eriti 2009.a, on erandite osakaalu märkimisväärne tõus muude teenuseosutajate puhul tingitud oftalmoloogia eriala erandite osakaalu kasvust. Selle tingis asjaolu, et vastavate DRGde hinnaerandite piirid on kitsad. Selle põhjuseks on see, et ravijuhud ning osutatavad teenused, mis on seotud katarakti operatsioonidega, varieeruvad vähe ning DRGd, kuhu juhud grupeeruvad, on kulude poolest väga homogeensed. Teisest küljest on ravi rahastamise lepinguga võimalik tervishoiuteenuse osutajal ja haigekassal kokkuleppida piirhinnast madalam hind teenuste osutamiseks, mis viib need juhud kitsaste erandi piiride tõttu DRG hinnapiiridest välja ning arvele ei rakendata DRG-põhist rahastamist.

Tulenevalt erandite määratlemise alustest on ootuspärane erialade (va esmane järelravi, taastusravi ja psühhiaatria, kus on 100% arvetest on erandid) järjestus erandite osakaalu suuruse alusel (joonis 22). Hematoloogia ja onkoloogia erialadel on erandite keskmisest suurem hulk põhjustatud põhidiagnoosidega Z51.1 ja Z51.2 arvetest; pediaatria, infektsioonhaiguste ja lastekirurgia erialadel eelkõige põhidiagnoosiga Z76.3 arvetest ning pulmonoolgia eriala põhiprofiiliga V44 (tuberkuloos) arvetest. Suurima kasvuga oftalmoloogia eriala erandite osakaalu tõusu põhjus on kirjeldatud eespool. Erandite osakaalud erialati aastatel 2005-2009 on toodud lisas 4.



Joonis 22. Erandite osakaal erialati, 2008-2009 (kõik ravitüübid)

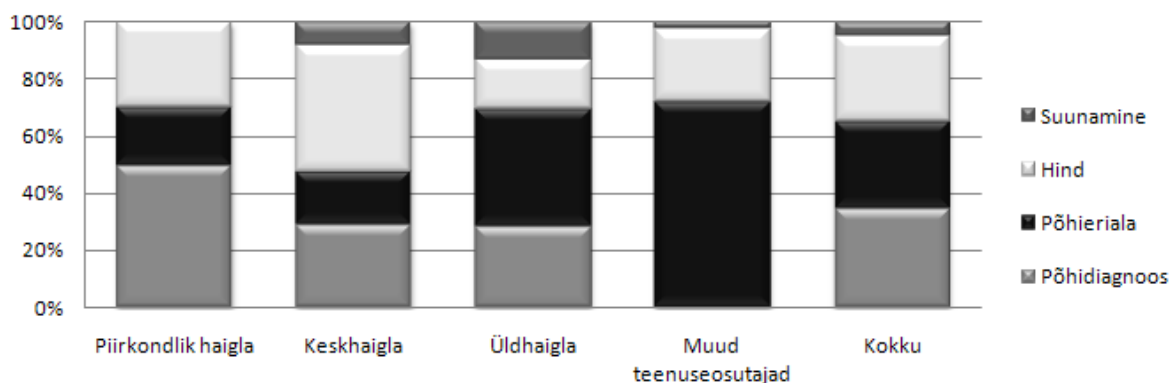
Alates 2009.aastast on erandite jaotust võimalik jälgida ka tunnuste kaupa sõltuvalt sellest, mis on olnud erandi määratlemise aluseks (joonis 23). Ca 25% DRGsse grupeerunud raviarvetest tasuti 2009.a. ühel või teisel põhjusel teenusepõhiselt ning neile ei rakendunud DRG osakaal. Nende arvete seas on suurima osakaaluga (34%) põhidiagnoosi alusel määratletud erandid, mille hulka kuulvad nii hooldaja arved kui ka kemoterapiaga seotud arved. Ca 30% on erandite seas põhieriala ja raviarve teenusepõhise maksumuse alusel erandiks läinud arved. Väiksema osakaalu kõigist eranditest moodustavad suunamisega seotud raviarved (4,9%) ning järgarved (<0,1%).



Joonis 23. DRG erandid tunnuse alusel, % kõigist erandiks läinud raviarvetest, 2009.a.

Joonis 24 toob välja võrdluse erandite põhjustes haigla liigiti. Nii oli 2009.a. piirkondlikel haiglatel suurima osakaaluga (ligi pooled) ravijuhud, mis olid erandiks läinud põhidiagnoosi alusel, samas teistes haigla liikides oli see osakaal väiksem (muudel teenuseosutajatel sellised erandid puudusid). Väiksem oli piirkondlike haiglate hinnaerandite ja põhierialaga seotud erandite osakaal, moodustades vastavalt 30%, ja 20%. Keskhaiglate erandite seas oli 2009.a. suurima osakaaluga (44%) hinnaerandid, samal ajal kui üldhaiglates oli enim põhierialaga seotud erandid. Viimased on peamiselt esmase järelravi ja tuberkuloosi raviga seotud arved. Muude teenuseosutajate puhul oli suurim osakaal (72%) põhieriala (eelkõige taastusravi ja psühhiaatria) eranditel ning ligi veerand eranditest olid hinnaerandid, millest enamuse moodustasid oftalmoloogia eriala raviarved.

Suunamisega seotud erandite osakaal kõikidest eranditest jäi 2009.a. 5% piiresse, olles suurim üldhaiglates, kust ja kuhu suunatakse patsienti kõige rohkem. Vähesel määral oli suunamisega seotud erandeid ka keskhaiglates (8% eranditest) ning muudel tervishoiuteenuse osutajatel (3%). Piirkondlikes haiglates suunamisega seotud erandeid ei ole, kuna nii patsiendi suunamisel sinna kui ka sealt tagasi mujale haiglasse ei rakendata piirkondlikule haiglale selle tunnusega erandit. Järgarve alusel erandiks läinud raviarveid oli väga vähe ning nende osakaal kõigist eranditest jäi alla 0,1% (ei kajastu joonisel 24).



Joonis 24. DRG erandite jaotus haigla liigiti, 2009.a.

DRG erandite jaotus kajastab ilmekalt kehtivaid reegleid ja seatud piiranguid ning osakaalude tulemused on ootuspärased. Kõige vähem on süsteemi reeglitest mõjutatud hinnaerandid ning nende suhtes asuvad kõik haigla liigid sarnasel positsioonil.

1.8 Casemix index (CMI)

CMI on üheks laialt kasutatavaks ja informatiivseks DRG süsteemi analüüsivahendiks, andes lisaks siseriiklikule võrdlusele võimaluse ka rahvusvaheliseks võrdluseks.

CMI arvutamise eelduseks on DRG kaalude olemasolu. Kuna DRG rakendamise algusaastail puudusid Eestis oma DRG kaalud, siis seetõttu ei saanud kasutada ka CMI-d. 2008.aastal hakkasid kehtima esimesed Eesti DRG kaalud⁷ ning alates sellest aastast on rakendatud ka CMI analüüsi. DRG kaal väljendab antud DRG rühma suhtelist ressursimahukust võrreldes keskmise ravijuhuga.

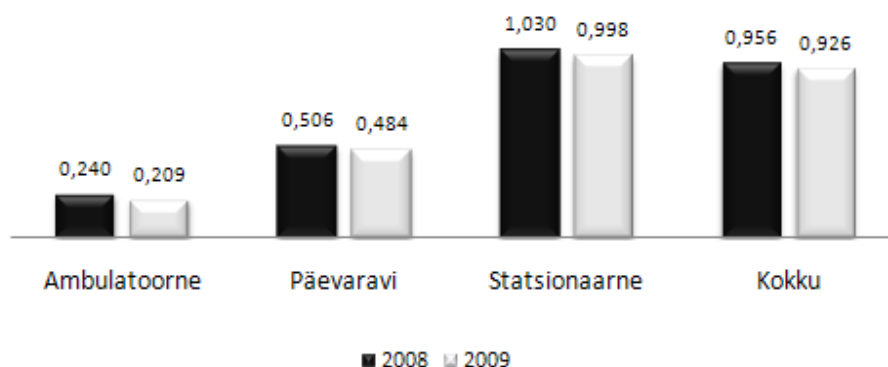
Keskmine ravijuht on võrdsustatud 1-ga ja keskmisest väiksema ressursimahukusega DRG kaal on <1 ning keskmisest suurema ressursimahukusega DRG kaal on >1, näiteks:

DRG	Kaal
DRG 66 Ninaverejooks	0,231
DRG 80 Hingamisteede infektsioonid ja põletikud, vanus >17, kht-ta	1,010
DRG 302 Neeru siirdamine	12,246

CMI väljendab vaadeldavate ravijuhude ehk *casemix*'i keskmist kaalu, tinglikult võib seda nimetada keskmiseks raskusastmeks või keskmiseks ressursimahukuseks. CMI-d on võimalik jälgida näiteks haigla, eriala, haigla liigi, diagnooside jne lõikes. CMI arvutamisel võetakse arvesse kõikide vaadeldavate juhtude DRG kaalud, need summeeritakse ning jagatakse juhtude arvuga. Saadakse *casemix*'i keskmine kaal ehk CMI. CMI >1 viitab suhteliselt raskematele (suurema kaaluga) juhtudele, CMI <1 aga suhteliselt kergematele (väiksema kaaluga) juhtudele.

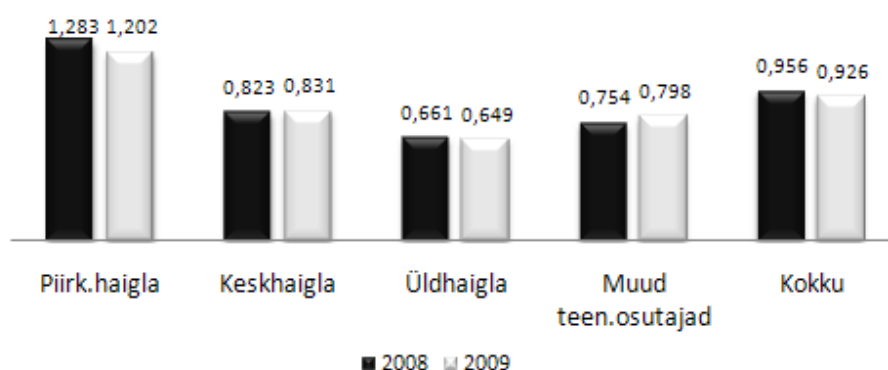
⁷ DRG-kaalud on leitavad [haigekassa kodulehel](#). Partnerile -> DRG -> DRG kaalud

Eestis oli 2009. aastal kõikide DRGsse grupeerunud raviarvete keskmine kaal ehk CMI 0,926. Ravitüübiti on CMI näitajad erinevad. Võrdluses 2008.aastaga langes CMI 2009.a. vähesel määral nii üksikute ravitüüpide lõikes kui ka Eestis tervikuna (joonis 25).



Joonis 25. CMI ravitüübiti, 2008-2009

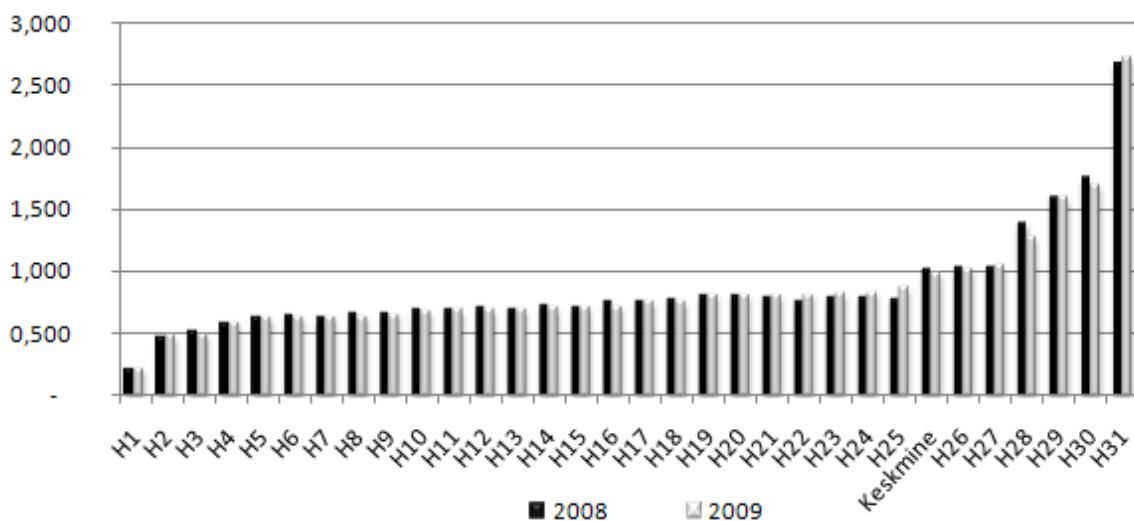
Joonis 26 toob välja erinevused CMI osas haigla liigiti. Vastavalt ootustele on piirkondlike haiglate CMI keskmisest kõrgem, mis tuleneb eelkõige piirkondlikes haiglates osutatavatest teenustest (millest osa ongi kättesaadavad ainult piirkondlikes haiglates) ning sellest, et neis ravitavad patsiendid on tihti keerulisema ja raskema patoloogiaga, võrreldes teiste haiglate poolt ravitavate patsientidega. Nii nagu on ravitüübiti toimunud CMI mõningane langus, on see osaliselt täheldatava ka haigla liikide osas. Samas on keskhaiglate ja muude tervishoiuteenuse osutajate CMI kahe aasta võrdluses teatud määral kasvanud, mis võib olla põhjustatud suurema kaaluga DRGsse grupeerunud raviarvete osakaalu kasvust või väiksema kaaluga DRGsse grupeerunud osakaaluga arvete osakaalu langusest neis haiglates.



Joonis 26. CMI haigla liigiti, 2008-2009 (kõik ravitüübid)

See, millisesse DRGsse üks või teine raviarve satub, sõltub ka olulisel määral kodeerimise korrektsusest ning primaarsete klassifikaatorite reeglitejärgsest kasutamisest. Rahvusvaheliselt kasutatakse kiiret CMI muutust (eeldades, et elimineeritud on tervishoiukorralduslikud mõjud) kui indikaatorit ravijuhtude kodeerimise muutumisest, sest on ilme, et meditsiinitehnoloogilised muutused ei saa toimuda lühikese perioodi jooksul. Ravijuhtude kodeerimistavade muutumine võib toimuda ka lühikese aja jooksul.

Joonisel 27 on näha statsionaarse ravi CMI teenuseosutajate lõikes. Varieeruvus on suur, jäädes 2009.aastal vahemikku 0,227–2,726. Samuti on täheldatavad ühe ja sama teenuseosutaja CMI muutused kahe aasta võrdluses. Üksikute haiglate CMI sõltub suurel määral näiteks sellest, milline on kodeerimise kvaliteet, osutatavate teenuste amplituud, ambulatoorselt või statsionaarselt osutatud teenuste osakaal ja selle muutus ajas. Lisaks mõjutab näitajat keskmisest kõrgema ja madalama DRG kaaluga juhtude omavahelised proportsioonid (ehk iga konkreetse teenuseosutaja *casemix*), kas ja kui palju see muutub ajas, kasutatavad ravimeetodid jm asjaolud.



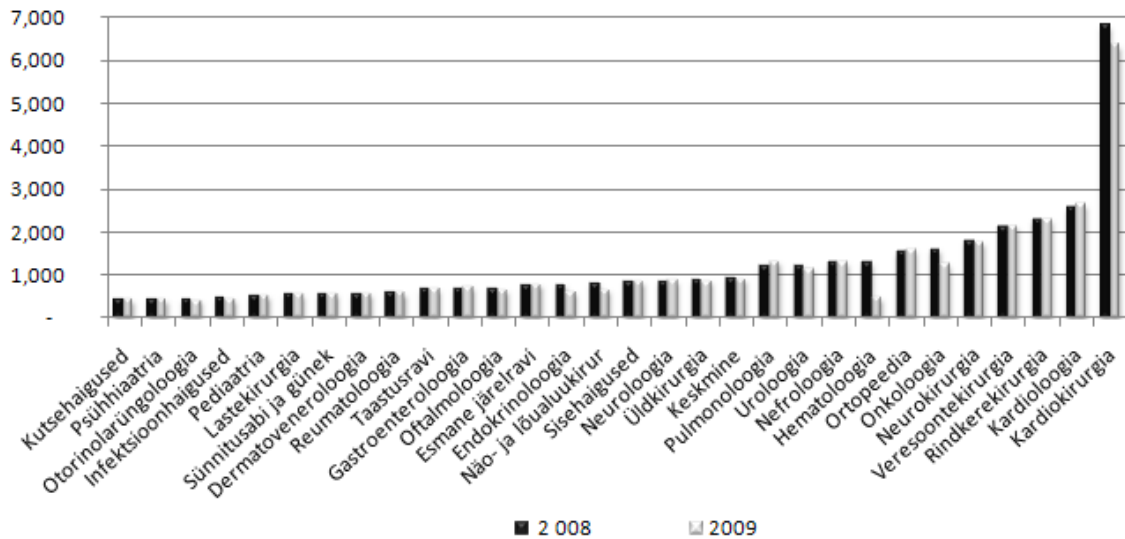
Joonis 27. CMI haiglati, 2008-2009 (statsionaarne ravi)

Eelpoolnimetatud põhjustel varieerub CMI ka üksikute erialade vahel (joonis 28). Kõige kõrgema CMI-ga oli ettearvatult kardiokirurgia, mille CMI väärtus 6,37 oli ca 2,5 korda kõrgem kui kardioloogia erialal, kus CMI oli 2,666. Mõlemal erialal kasutatakse ressursimahukaid invasiivseid diagnostika- ja ravimeetodeid ning DRGd, kuhu nendel erialadel ravitavate patsientide raviarved satuvad, on ka suhteliselt kõrgema kaaluga. See kõik mõjutab vastava eriala CMI-d. Lisaks neile kahele erialale oli 2009.a. CMI>1 veel 11 erialal, kus patsiendid on suhteliselt raskemad ning nende ravi eeldab suuremaid kulutusi. CMI üle kõikide erialade varieerus 2009.aastal alates 0,227 kuni 6,370 (keskmise CMI 2009.a. oli 0,926).

CMI suhteliselt suurem langus hematoloogia ja onkoloogia erialal on tingitud erinevustest CMI arvutamisel 2008.aastaga võrreldes. Kaks DRGd – 410 (*Kemoterapia teistel juhtudel, v.a. ägeda leukeemia puhul*) ja 492 (*Kemoterapia ägeda leukeemia puhul*) – olid 2008.aastal tervishoiuteenuste loetelus (TTL) ning kõik raviarved, mis grupeerusid neisse DRGdesse võeti CMI arvutamisel arvesse sõltuvalt kummagi DRG kaalust (DRG 410 kaal 1,416 ja DRG 492 kaal

2,128). Alates 2009.aasta II poolaastast⁸ on DRGd 410 ja 492 TTList väljas ning CMI arvestamisse nimetatud DRGde kaalud arvesse ei lähe.

Arvestades, et DRGsse 410 ja 492 grupeerunud ravijuhud moodustasid 2009.a. 48% hematoloogia ja 27% onkoloogia eriala ravijuhtudest, on nende arvete kaalude väljajätmine CMI arvutamisesest mõjutanud oluliselt ka CMI väärtust 2009.aastal.



Joonis 28. CMI erialati, 2008-2009 (kõik ravitüübid)

⁸ Põhjuseks oli erandite arvestamise korra muutus alates 2008.a II poolaastast, mille alusel ei rakendata põhidiagnoosiga Z51.1 ja Z51.2 raviarvetele DRG osakaalu. Need arved grupeeruvad kas DRGsse 410 või 492.

2. Kodeerimine

DRG süsteem baseerub kahel baasklassifikaatoril (RHK-10 ja NCSP⁹), mille korrektne kasutamine on aluseks ravijuhtude grupeerumisel DRGdesse. Korrektse kodeerimise korral grupeeruvad sarnased juhud samasse DRGsse, mis annab aluse õigeks statistikaks, analüüsiks ning DRG piirhinna arvutamiseks. Sellest tulenevalt on kodeerimine DRG süsteemi üks võtmeprotsess.

Diagnooside kodeerimisel raviarvel lähtutakse RHK-10 reeglitest¹⁰. Oluline on seejuures peamise seisundi ehk *põhidiagnoosi* korrektne kodeerimine. RHK kohaselt määratletakse peamine seisund raviepisoodi lõpul vastavalt sellele, mis oli patsiendi ravi- ja uurimisvajaduse peamiseks põhjuseks. Kui seesuguseid seisundeid on rohkem kui üks, tuleb nende hulgast valida see, mis põhjustas suurimat ressursside kasutust.

Peamise seisundi kodeerimisel tuleb arvestada sellega, et RHK reeglite kohaselt kirjeldatud peamine seisund ei tarvitse olla sama, mis on kliiniline põhidiagnoos ravidokumendis, kuna viimane lähtub eesti arstiteaduse tavade kohaselt eelkõige haiguse etiopatogeneetilise kulust. Seega on lubatud olukord, kus peamine seisund raviarvel ning põhidiagnoos ravidokumendis ei kattu.

Lisaks peamisele seisundile, tuleb raviarvel märkida ka kaasuvad seisundid, millega raviepisoodi kestel tegeleti ja/või mis mõjutasid raviepisoodi kulgu.

Kirurgiliste protseduuride kodeerimisel lähtutakse NCSP juhistest¹¹. NCSP kohaselt tuleb iga teostatud protseduuri kodeerida võimalikult täpselt ja ühemõtteliselt. NCSP koodide kirjeldamisel tuleb arvestada selle seost peamise seisundiga. Kui teostatud kirurgiline (või endoskoopiline) protseduur oli raviepisoodi tähtsaim protseduur, tuleks seisund, mida selle protseduuriga raviti või diagnoositi, märkida põhidiagnoosiks. On küsitav seisundi kodeerimine põhidiagnoosina, kui ressursimahukaim protseduur ei ole selle seisundiga seotud.

Kodeerimisel tuleks vältida suhteliselt laia diapasoniga diagnoosi- ja NCSP koode, mis ekslikult näivad sobivat paljude olukordade kirjeldamiseks. Samuti peaks surmaga lõppenud juhtudel lähtuma põhidiagnoosi märkimisel seisundist, millega raviepisoodi vältel tegeleti, mitte lahingul kinnitust leidnud surmapõhjusest.

⁹ NOMESCO Kirurgiliste Protseuuride Klassifikatsioon

¹⁰ RHK-10. 2. köide <http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/E-tervis/kaesiraamat.pdf>

¹¹ NCSP versioon 1.6, lk 16, Üldjuhised http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/E-tervis/NCSP_1_.pdf

2.1. Endoskoopiliste protseduuride kodeerimine

Eestis on NCSP kasutusel alates 2003.aastast ning nimetusest lähtuvalt tuntud ennekõike kui kirurgiliste protseduuride klassifikaator. Vähem tähelepanu on pälvinud NCSP endoskoopilisi protseduure käsitlev peatükk U 'Transluminaalne endoskoopia'.

Peatükk U jaguneb kuueks funktsionaal-anatoomiliseks alapeatükiks:

UD – Kõrva, nina ja kõri transluminaalne endoskoopia

UE – Suu ja neelu transluminaalne endoskoopia

UG – Trahhea, bronhi ja pleura transluminaalne endoskoopia

UJ – Gastrointestinaalse trakti transluminaalne endoskoopia

UK – Kuseteede transluminaalne endoskoopia

UL – Genitaaltrakti transluminaalne endoskoopia

NCSP peamine eesmärk on luua võimalused kirurgiliste ja endoskoopiliste protseduuride kohta statistika koostamiseks, analüüsimiseks ja võrdlemiseks. NCSP on puhtalt meditsiinilise tegevuse keskne ning ei sõltu tervishoiusüsteemi korraldusest ja rahastamisest. Seega on meditsiiniliste tegevuste analüüsimiseks NCSP erapooletum ning stabiilsem kui TTLi põhjal tegevuste analüüsimine. Enamus valdkondades annab NCSP võimaluse kirjeldada ravijuhtu detailsemalt, kui seda võimaldab TTL. Sama kehtib ka endoskoopia valdkonna kohta.

2009.aastal esitati haigekassasse ligi 60 tuhat raviarvet, millele oli märgitud mõni TTLis kajastuv endoskoopilise protseduuri teenuse kood. Neist 64%-l on märgitud ka mõni endoskoopiline NCSP kood ning 36%-l ei ole märgitud raviarvele ühtegi endoskoopilist NCSP koodi, kuigi endoskoopiline protseduur oli teostatud. Selgelt ilmsid erinevused erialade kaupa (tabel 2). Suure arvete hulgaga (üle 2000 arve) erialadest, on NCSP koodide kasutamine kõrge uroloogia erialal (99,8%), samuti ka onkoloogias (93,7%). Samas on suurima arvete hulgaga erialal – günekoloogia – U-peatüki NCSP koodid märgitud vaid 2,4 %-l endoskoopilise teenusega arvetest.

Tabel 2. NCSP koodidega arvete osakaal (%) endoskoopiliste teenusega raviarvetest, 2009.a.

Eriala	Endoskoopilise teenusega RA-d	Neist NCSP-ga RA-d	%
Dermatoveneroloogia	3	3	100%
Kutsehaigused	3	3	100%
Neurokirurgia	67	67	100%
Uroloogia	2 218	2 213	99,8%
Hematoloogia	281	280	99,6%
Nefroloogia	292	289	99,0%
Näo- ja lõualuukirurgia	68	67	98,5%

Infektsioonhaigused	313	305	97,4%
Otorinolarüngoloogia	1 036	1 006	97,1%
Rindkerekirurgia	261	253	96,9%
Kardioloogia	1 000	958	95,8%
Kardiokirurgia	84	80	95,2%
Endokrinoloogia	148	140	94,6%
Reumatoloogia	220	208	94,5%
Psühhiaatria	66	62	93,9%
Onkoloogia	4 665	4 370	93,7%
Neuroloogia	295	272	92,2%
Pediaatria	396	363	91,7%
Pulmonoloogia	2 187	1 997	91,3%
Ortopeedia	101	91	90,1%
Veresoontekirurgia	62	55	88,7%
Üldkirurgia	9 808	8 404	85,7%
Sisehaigused	6 281	5 311	84,6%
Gastroenteroloogia	13 819	10 836	78,4%
Lastekirurgia	46	35	76,1%
Esmane järelravi	20	15	75,0%
Taastusravi	11	7	63,6%
Sünnitusabi ja günekoloogia	16 062	391	2,4%
Oftalmoloogia	3	0	0,0%
Kokku	59 816	38 081	63,7%

Andmete põhjal võib järeldada, et endoskoopiliste NCSP koodide kasutamine on Eestis veel ebaühtlane. Seda soodustab asjaolu, et NCSP koodide märkimine raviarvele on kohustuslik vaid kirurgiliste protseduuride puhul, samas raviarve formaat ning edastamise tehnilised võimalused võimaldavad ka endoskoopiliste NCSP koodide esitamist.

NCSPd haldab ja arendab rahvusvahelisel tasemel Põhjamaade Meditsiinistatistika Komitee, Eestis on klassifikaatori haldajaks Sotsiaalministeerium. NCSPd uuendatakse ja täiendatakse regulaarselt vastavalt meditsiini arengule.

Alates 1.jaanuarist 2010.a jõustus Eestis uuendatud NCSP versioon, mistõttu toimusid klassifikaatoris mõningad muudatused. Muudatused peatükis U olid järgmised:

1) Lisatud on 7 uut koodi:

NCSP kood	NCSP nimetus
UGC08	Jäik bronhoskoopia koos kopsubiopsiaga
UGC18	Elastne bronhoskoopia koos kopsubiopsiaga

UJF82	Peranaalne enteroskoopia
UJF85	Peanaalne enteroskoopia koos biopsiaga
UJX00	Peensoole kapselendoskoopia
UKC22	Neotsüstoskoopia
UKC25	Neotsüstoskoopia koos biopsiaga

2) Muudetud on järgmiste koodide sõnastust:

NCSP kood	Nimetus kuni 2010.a.	Nimetus alates 2010.a.
UGC05	Jäik bronhoskoopia koos biopsiaga	Jäik bronhoskoopia koos biopsiaga bronhist või trahheast
UGC15	Elastne bronhoskoopia koos biopsiaga	Elastne bronhoskoopia koos biopsiaga bronhist või trahheast

3) Muudetud on koodi UJF02 *Peroraalne enteroskoopia* selgitust järgmiselt:

Külgneva peensoole endoskoopia gastrooskoopia ja koloskoopia ajal, vt. UJD 02 ja UJF 12, ->

Külgneva peensoole endoskoopia gastrooskoopia ja koloskoopia ajal, vt. UJD 02 ja UJF 32.

4) Kustutatud on kood GDA12 *Bronhoskoopiline kopsubiopsia*, mille asemel tuleb kasutada koodi UGC08 või UGC18

NCSP 2010.aastast kehtiv versioon on tervikuna kättesaadav Sotsiaalministeeriumi ja haigekassa kodulehel ([pdf](#), [xls](#)).

3. Kokkuvõte

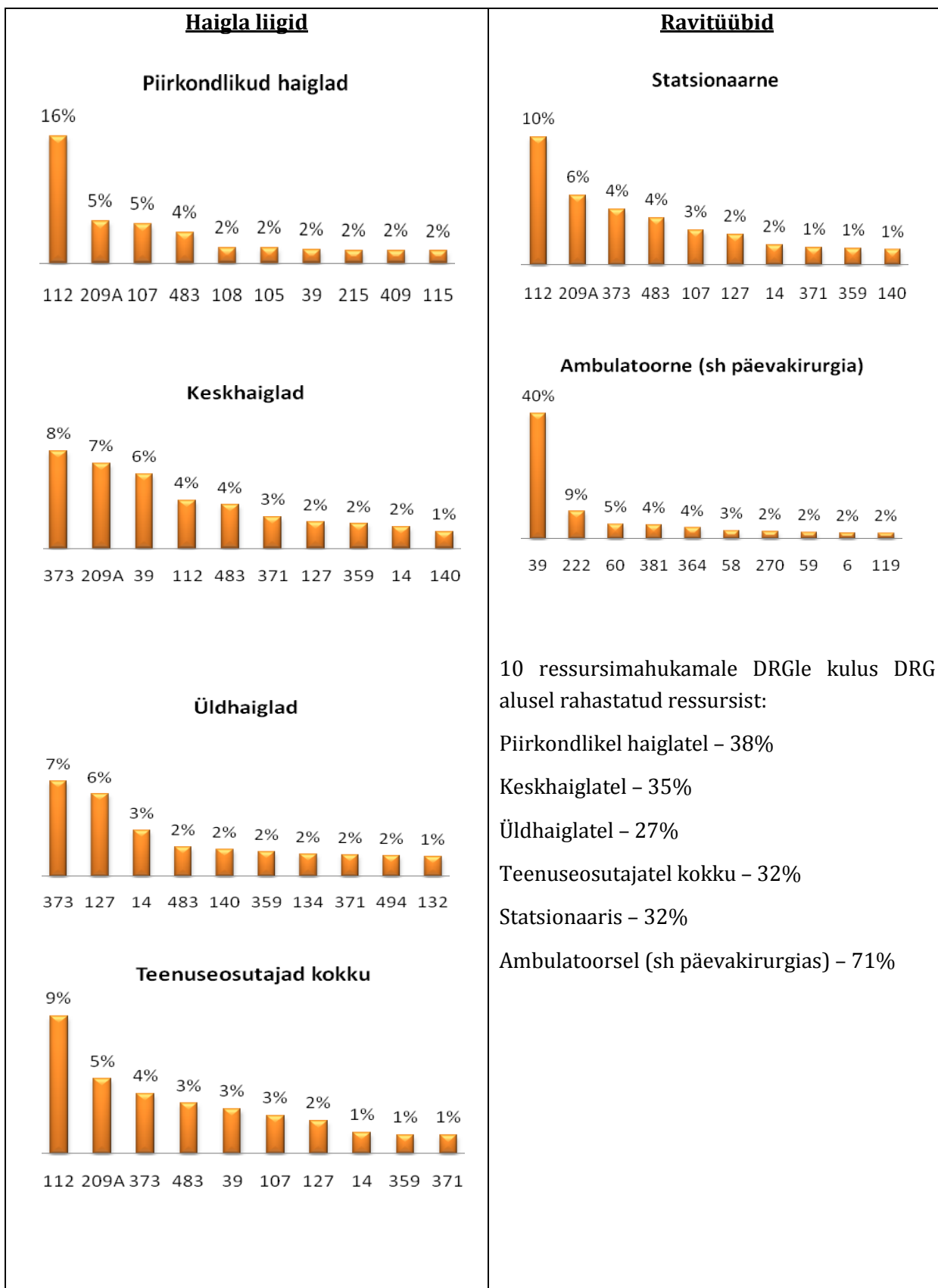
Käesolev aruanne annab ülevaate DRG süsteemi iseloomustavatest peamistest näitajatest 2009.a aastal ning toob välja pikemad ajatrendid osa indikaatorite kohta viimastel aastatel. Lisaks on aruandes ülevaade kodeerimisega seotud tegevustest ja tähelepanekutest.

Kokkuvõtlikult võib aruandes toodud indikaatorite kohta välja tuua järgmist:

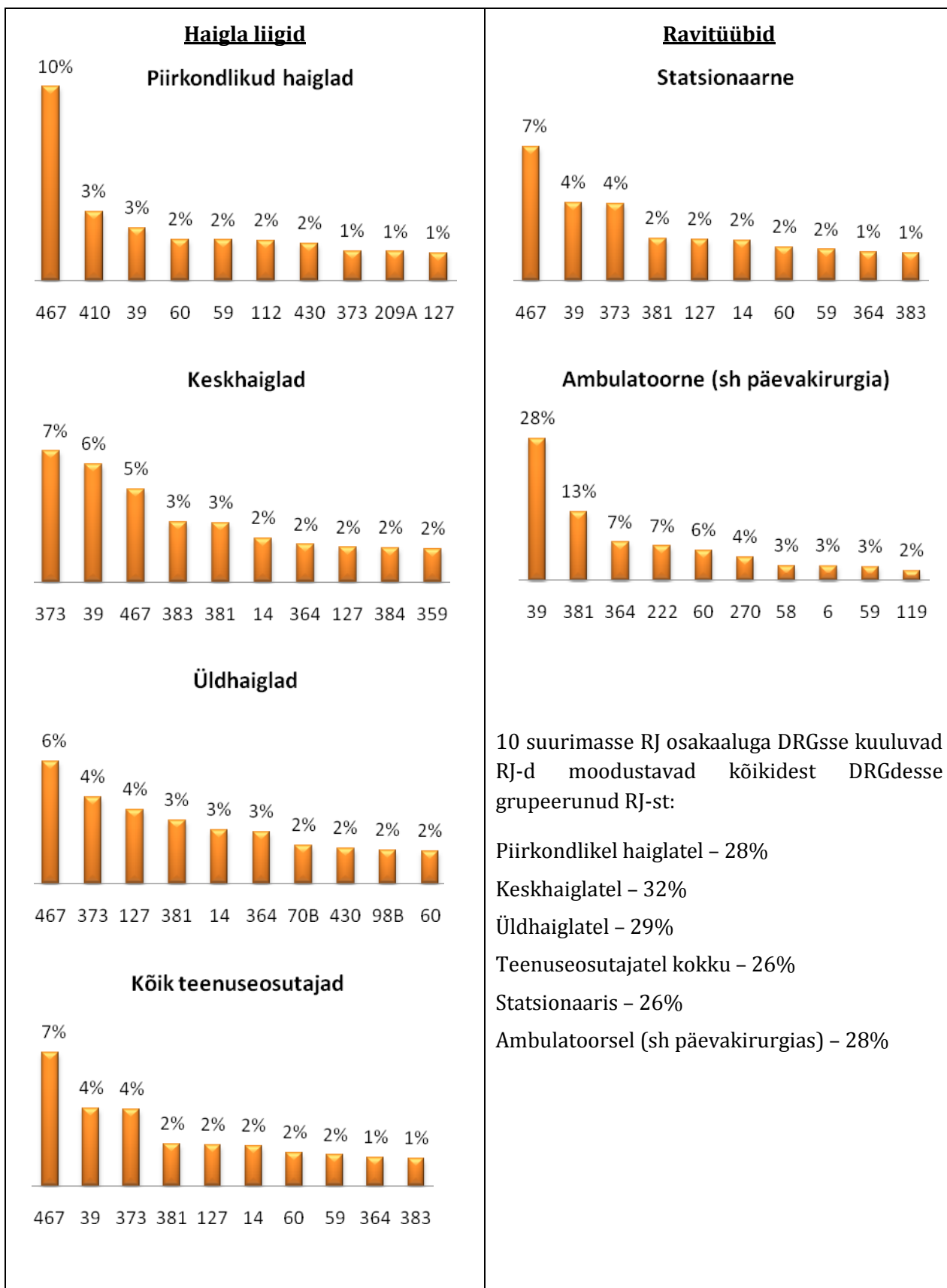
- DRGde suhteliselt sarnane kasutus nii kulude kui hulkade osas aastate jooksul viitab süsteemis väljakujunenud teatavale stabiilsusele. Suure osa ravijuhtude grupeerumine väiksesse osasse DRGst on süsteemile omane ning leiab kinnitust ka teistes riikides. Samas hõlmab suhteliselt väike osa DRGst suurt osa arvete DRG-põhiselt tasutud kulust. Ca 50% DRG-põhiselt tasutud kuludest on seotud 30 DRGga, mis moodustavad vaid 6% kõikidest Eestis rahastamisel kasutatavatest DRGdest.
- Keskmine ravil viibimine aktiivravi haiglates on viimaste aastate jooksul järjepidevalt vähenenud. Samas on täheldatav piirkondlike haiglate osas ALOSi lühenemise pidurdumist. See viitab ühelt poolt efektiivsele ressursi kasutamisele, mille arvelt edasine ALOSi vähendamine on piiratud; teiselt poolt on tänapäeval järjest rohkem teenuseid võimalik osutada päeva- või ambulatoorse ravi tingimustes, mille tulemusel jäävad statsionaari keerukamad ja pikemat ravi vajavad patisendid, kelle arvelt ALOSi lühendamine ei ole võimalik.
- DRG erandite osakaal on kasvanud viimastel aastatel. Tunnuste alusel erandite analüüs näitab, et põhjused erandite tekkeks on haigla liigiti erinevad ning sõltuvad suurel määral sellest, milliseid teenuseid ja mis erialadel haiglates osutatakse. Hinnaerandite osakaal on kasvanud, mis tuleneb eelkõige oftalmoloogia eriala hinnaerandite kasvust.
- CMI alusel on võimalik teist aastat järjest võrrelda erinevusi erinevates lõigetes Kahe aasta võrdluses ei ole olulist muutust CMI osas toimunud, küll aga eristuvad CMI väärtuste poolest üksikud haiglad, haigla liigid, ravitüübid ja erialad sõltudes suurel määral selles *casemix*'ist.
- Kodeerimine on DRG süsteemis olulise tähtsusega, millest sõltub raviarvete grupeerumine DRGsse. Sellest omakorda sõltub statistika, analüüside ja DRG piirhinna arvutamise kvaliteet. Endoskoopiliste tegevuste kodeerimine NCSP koodide abil erialati on suhteliselt ebaühtlane, mille põhjuseks on nii väljakujunenud kodeerimisharjumused, teadlikkusest NCSP kasutamisest statistika vahendina, kui ka mittekohustuslik NCSP koodide märkimise vajadus raviarvele endoskoopiliste tegevuste korral.

4. Lisad

Lisa 1. Enimkasutatavad DRGd ressursikulu alusel haigla liigiti ja ravitüübiti, 2008.a.



Lisa 2. Enimkasutatavad DRGd kasutuskordade alusel haigla liigiti ja ravitüübiti, 2008.a



Lisa 1. ALOS erialade¹² lõikes, 2005-2009

Eriala	2005	2006	2007	2008	2009
Pulmonoloogia	21,1	19,1	17,4	20,3	19,7
Kardiokirurgia	11,7	10,1	10,8	10,7	10,4
Rindkerekirurgia	10,3	9,9	8,5	8,4	9,5
Dermatoveneroloogia	10,9	9,9	9,9	8,7	9,1
Nefroloogia	9,3	8,2	8,8	8,4	9,0
Onkoloogia	8,4	7,5	6,6	7,4	7,9
Sisehaigused	8,6	7,9	8,0	7,8	7,5
Veresoontekirurgia	8,9	8,1	8,1	7,8	7,4
Hematoloogia	7,0	6,0	5,9	6,8	6,8
Neuroloogia	7,9	7,0	7,2	6,7	6,6
Neurokirurgia	7,5	6,9	6,8	7,0	6,5
Kardioloogia	6,6	5,9	6,0	5,6	5,7
Üldkirurgia	6,4	5,8	6,0	5,7	5,5
Ortopeedia	7,0	6,2	6,2	5,5	5,3
Endokrinoloogia	6,2	5,9	5,5	5,4	5,2
Reumatoloogia	5,9	5,7	5,6	5,0	5,0
Uroloogia	5,6	5,0	4,9	4,8	4,9
Infektsioonhaigused	6,3	5,8	5,6	5,2	4,7
Gastroenteroloogia	5,9	4,8	4,9	4,8	4,4
Pediaatria	5,7	4,9	4,9	4,6	4,2
Näo- ja lõualuukirurgia	4,3	3,9	3,7	3,6	3,5
Sünnitusabi ja günekoloogia	3,1	3,0	3,0	2,8	2,7
Lastekirurgia	3,0	3,1	3,1	2,6	2,6
Kutsehaigused	3,2	2,7	2,5	2,7	2,5
Oftalmoloogia	2,9	2,8	2,8	2,5	2,0
Otorinolarüngoloogia	1,7	1,4	1,5	1,5	1,5
Keskmine	6,2	5,6	5,6	5,4	5,3

¹² v.a. esmane järelravi, psühhiaatria ja taastusravi

Lisa 2. Erandite osakaal (%) erialade¹³ lõikes 2005-2009

Eriala	2005	2006	2007	2008	2009
Hematoloogia	19%	30%	51%	65%	65%
Pediaatria	19%	35%	42%	43%	44%
Pulmonoloogia	19%	23%	25%	41%	43%
Onkoloogia	8%	22%	37%	42%	40%
Infektsioonhaigused	15%	28%	33%	35%	36%
Lastekirurgia	21%	28%	31%	31%	33%
Oftalmoloogia	4%	14%	12%	15%	33%
Näo- ja lõualuukirurgia	14%	62%	51%	22%	25%
Nefroloogia	12%	11%	16%	17%	17%
Kardiokirurgia	10%	13%	12%	14%	15%
Otorinolarüngoloogia	10%	16%	12%	13%	13%
Veresoontekirurgia	10%	12%	8%	11%	13%
Rindkerekirurgia	12%	15%	10%	10%	13%
Uroloogia	9%	9%	7%	10%	13%
Ortopeedia	10%	15%	11%	12%	12%
Kardioloogia	10%	12%	12%	12%	12%
Neuroloogia	9%	11%	16%	14%	12%
Üldkirurgia	7%	10%	9%	10%	10%
Gastroenteroloogia	12%	12%	8%	10%	10%
Sisehaigused	5%	5%	7%	9%	9%
Sünnitusabi ja günekoloogia	9%	17%	6%	8%	7%
Neurokirurgia	5%	9%	5%	8%	7%
Endokrinoloogia	6%	10%	7%	6%	6%
Reumatoloogia	7%	8%	9%	6%	6%
Dermatoveneroloogia	5%	6%	5%	4%	4%
Kutsehaigused	0%	0%	0%	1%	0%
Kokku	15%	22%	21%	23%	25%

¹³ v.a. esmane järelravi, psühhiaatria ja taastusravi, kus erandeid on 100%