



# DRG süsteemi ülevaade 2020

Eesti Haigekassa

# DRG süsteemi ja rahastamise meetodi mõju analüüs 2014.-2019. aasta raviarvete andmetel.

## Sisukord

I.	Sissejuhatus .....	2
II.	DRG põhise rahastamise süsteemi iseloomustavad näitajad .....	3
1.	Üldine taust aastal 2019. ....	3
2.	Tasustamise meetodite ülevaade eriarstiabis. ....	4
3.	Erandid DRG süsteemis .....	5
4.	Keskmine ravil viibimise kestus (ALOS) .....	9
5.	DRG põhise rahastamise ülevaade .....	10
6.	DRG süsteemi rahaline mõju. ....	12
7.	Ravijuhtude jaotus ravitüüpides. ....	15
8.	Kululiikide ( <i>material group</i> ) jaotus statsionaarses ja päevaravis .....	17
III.	DRG süsteemi iseloomustavad näitajad .....	18
9.	<i>Casemix index (CMI)</i> .....	18
10.	MDC ehk põhidiagnoosi kategooria kulude võrdlus. ....	19
11.	Suurima kulumõjuga DRG-d .....	20
12.	Enimkasutatavad DRG-d .....	22
13.	DRG-de homogeensus ja hajusus. ....	22
IV.	Kokkuvõtte ja järeldused .....	23

## I. Sissejuhatus

### DRG süsteemi rakendamise eesmärk.

DRG (*diagnosis related groups*) süsteemi kasutamise strateegiline eesmärk on aidata kaasa ravikindlustusvahendite kasutamise efektiivsuse suurendamisele ja läbipaistvusele. DRG-põhine rahastamine suurendab teenuseosutajate motivatsiooni raviprotsessi optimeerida, andes samas võimaluse oma tegevusi ja kulutusi analüüsida ning kontrollida. DRG kui üks Eestis kasutatav tasustamismeetod aitab suurendada ravitöös kulutavate ressursside kasutamise efektiivsust, soodustab tervishoiuteenuse osutajate huvi raviprotsessi kulutõhususe ja ravi järjepidevuse suurendamiseks.

Hästitoimivat DRG põhist rahastamissüsteemi on iseloomustatud järgmiselt: „Hea teenusepõhise ja DRG-põhise rahastamissüsteemi kombinatsioon peab rahuldama kahte tingimust:<sup>1</sup>

1. DRG-d peavad olema kulude jaotust silmas pidades võimalikult homogeensed ehk ühetaolised – vastasel juhul tekib olukord, kus tervishoiuteenuse pakkuja poolt realselt teenuse osutamiseks kantud kulud erinevad väga suures ulatuses tasust, mida ta lõpuks teenuse osutamise eest saab. See võib tekitada teenusepakkujate jaoks stiimuleid kasutada patsientide ravis odavamaid ja võimalik, et ka vähem tõhusaid meetodeid. Samuti loob see stiimuleid loobuda raskemate juhtumite ravimisest.

2. Erandite osakaal võiks olla võimalikult madal – DRG homogeensus on võimalik saavutada, luues terve hulga erandeid, mis tõstavad keskmisest oluliselt erinevad juhtumid DRG-põhisest rahastamisest välja ning võimaldavad neid rahastada teenusepõhise rahastamiskeemi abil. Suur hulk erandeid vähendab aga DRG-põhisest rahastamisest loodetavaid stiimuleid efektiivsuse tõstmiseks. Eeltoodust lähtuvalt oleks ideaalne rahastamismudel selline, kus DRG-rühma sisene kulu erinevus on küllaltki tagasihoidlik ning erandkorras teenusepõhiselt rahastatavaid juhtumeid on väga vähe.“

**Käesoleva analüüsi eesmärk** on anda ülevaade DRG süsteemiga seotud peamistest näitajatest aastatel 2014-2019 koos selgitustega andmete interpreteerimiseks, et hinnata DRG kui rahastamismeetodi kasutamise eesmärkide saavutamist.

Aruandes esitletavate näitajate 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 eesmärkidest, selle rakendamise kronoloogiast Eestis, NordDRG põhimõtetest, DRG grupeerumise loogikast ning tasustamise reeglitest ja varasematest aruannetest on võimalik saada haigekassa kodulehel:

<https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/tervishoiuteenuste-loetelu/drg>, ning rahvusvahelise teooria ja praktika kohta WHO avaldatud ülevaatest:

[https://www.who.int/publications/i/item/diagnosis-related-groups-\(drg\)-a-question-answer-guide-on-case-based-classification-and-payment-systems](https://www.who.int/publications/i/item/diagnosis-related-groups-(drg)-a-question-answer-guide-on-case-based-classification-and-payment-systems).

---

<sup>1</sup> [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/DRG/27.06.2016 - drg - raport.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/DRG/27.06.2016_-_drg_-_raport.pdf)

## II. DRG põhise rahastamise süsteemi iseloomustavad näitajad

### 1. Üldine taust aastal 2019.

Eesti Haigekassa eelarves moodustavad DRG põhiselt rahastatud ravijuhud märkimisväärse osa. Tabel 1 iseloomustab 2019.aasta eriarstiabi kulude jaotust erinevates raviteenuse tüüpides (ambulatoorne, statsionaarne, päevaravi, taastusravi), ravi rahastamise lepingutes kajastatud erialade kontodel (nt. sisehaiguste alla koondatakse kõik sisehaiguste kitsamad erialad nagu endokrinoloogia, kardioloogia jne. kokku).

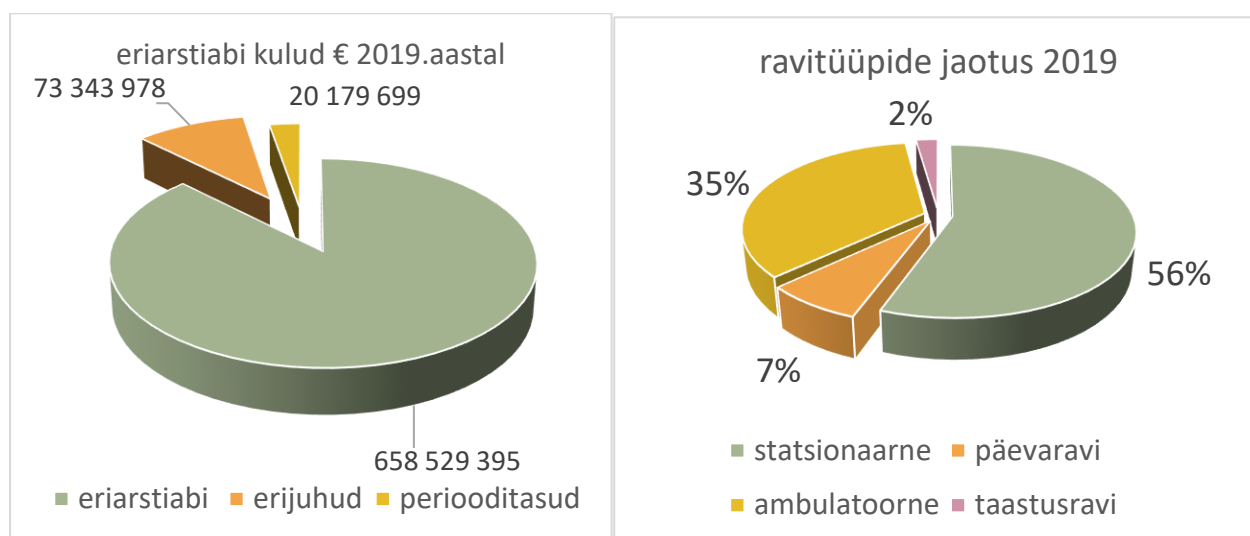
2019. aastal eriarstiabi kogukulud olid 752 053 073 €, millest statsionaarses ravis tasuti 418 425 663€, ambulatoorses ravis 261 433 255€, päevaravis/päevakirurgias 55 289 334 € ning taastusravis 16 904 821€. Periooditasude eest (kulud, mis ei kajastu patsientide raviarvetel ehk ravijuhtudel), mis tasutakse HVA haiglatele ööpäevaringse valmisoleku ja Hiiumaal lisaks ka periooditasuna, tasutud summa samal perioodil oli 20 179 699 € (Joonis 1). Erijuhtude alla näidatakse statsionaarses ravis: sünnitused, endoproteesimised, luuüdi transplantatsioon, organisiirdamised ja kuulmis-implantatsioonid. Päevaravis on erijuhtudena hemodialüüs ja katarakti operatsioonidega raviarved. Ambulatoorsete raviarvete erijuhtudeks loetakse viljatusravi ja peritoneaaldialüüsi ravijuhud. 2019. aastal oli erijuhtudena tasutud ravijuhtude summa kokku 66 152 295 €. Samuti loetakse erijuhtudeks statsionaarsed ülikallid ravijuhud, 2019.aastal 7191 683 €

Tabel 1. Eriarstiabi kulude jaotus 2019.aastal

<u>Raviteenuse tüüp</u>	KONTO	statsionaarne (2)	päevaravi (19)	ambulatoorne (1)	taastusravi (15) (16)	KOKKU
kirurgia		107 099 644	13 197 836	53 367 557	2 164	173 667 201
oftamoloogia		2 478 885	672 592	18 330 329		21 481 806
onkoloogia		45 880 905	4 293 237	53 077 682		103 251 824
günekoloogia		10 233 192	4 519 059	31 618 353	323	46 370 927
pediaatria		16 874 303	1 683 643	9 064 765	2 921	27 625 632
sisehaigused		138 954 548	8 121 201	81 453 633	1 206	228 530 588
Psühhiaatria		25 367 079	605 115	10 619 687		36 591 882
Esmane järelravi		4 091 211	0	0	9 618	4 100 829
Taastusravi		0	20 118	0	16 888 589	16 908 707
<b>ERARSTIABI KOKKU</b>		<b>350 979 766</b>	<b>33 112 802</b>	<b>257 532 006</b>	<b>16 904 821</b>	<b>658 529 395</b>
Ülikallid ravijuhud		7 191 683	0	0	0	7 191 683
Muud erijuhud kokku		40 074 514	22 176 532	3 901 249	0	66 152 295
<b>ERIJUHUD KOKKU</b>		<b>47 266 198</b>	<b>22 176 532</b>	<b>3 901 249</b>	<b>0</b>	<b>73 343 978</b>
kuutasud		2 793 565	0	0	0	2 793 565
valmisolekutasud		17 386 134	0	0	0	17 386 134
<b>PERIOODITASUD KOKKU</b>		<b>20 179 699</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20 179 699</b>
<b>KÕIK KOKKU</b>		<b>418 425 663</b>	<b>55 289 334</b>	<b>261 433 255</b>	<b>16 904 821</b>	<b>752 053 073</b>
DRG-sse grupeerunud arvete summa osakaal kogu eriarstiabi kulust		95,2%	50,8%	0,1%	56,3%	58,0%
DRG alusel (70/30) meetodil tasutud arvete summa osakaal kogu eriarstiabi kulust		53,6%	40,0%	0,0%	0,0%	32,8%

DRG põhise rahastamise põhireegli (meetod 70/30 ehk raviarve eest tasutakse 70% DRG hinnast, millesse raviarve grupeerub ja 30% raviarve teenusepõhisest summast) alusel tasuti kogu eriarstiabi summadest statsionaarses ravis (tüüp 2) 53,6% raviarvete summadest, päevaravis (tüüp 19) 40% raviarvete summadest ning kokku 33% kõikidest eriarstiabis esitatud raviarvete summadest (Tabel 1). Ambulatoorsed (tüüp 1) ja taastusravi tunnusega (tüübid 15 ja 16) raviarved DRG grupeerumisele ei kuulu, mistõttu nende tasumise osakaal DRG rahastamises on 0%. Kui hinnata kõikide DRG grupeerumisele läinud raviarvete tasu osakaalu eriarstiabi kuludest, siis tuleb arvesse võtta ka sisueranditena<sup>2</sup> ja hinnaeranditena<sup>3</sup> käsitletud arved, mille eest tasutakse teenusepõhiselt (s.t 70/30 meetodit tasu arvestamisel ei rakendata) ning sellisel juhul moodustasid DRG-sse grupeerunud arvete eest tasutud summad 58% kogu eriarstiabis tasutud summadest.

Joonis 1. Eriarstiabi kulud ja nende jaotus raviteenuse tüüpide lõikes 2019. aastal.



## 2. Tasustamismeetodite ülevaade eriarstiabis.

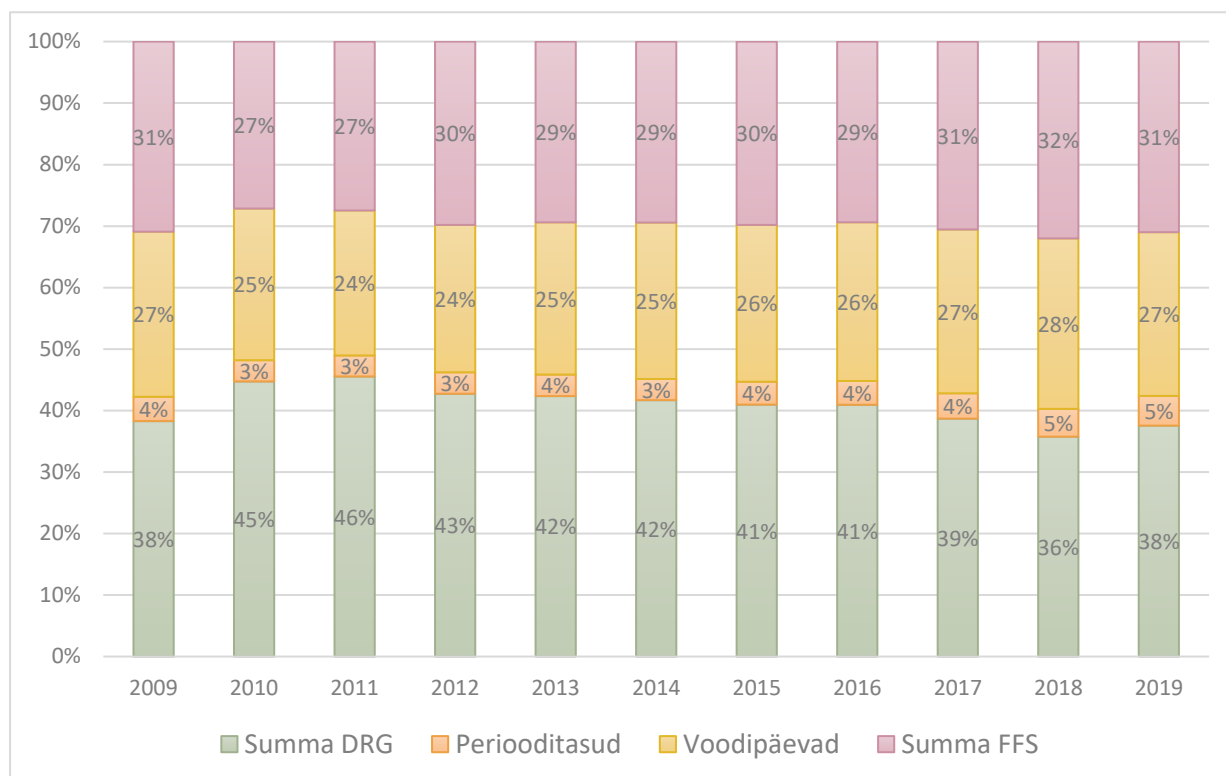
Eestis kombineeritakse eriarstiabis tervishoiuteenuste rahastamisel DRG-põhist rahastamismeetodit koos (voodi)päevatasu (*per diem*) ja teenusepõhise (FFS – *fee-for-service*) rahastamismeetodiga. Erinevad meetodid saavad eriarstiabi kuludes erineva osakaalu, sõltuvalt nende rakendamise reeglitest. Kui ambulatoorses ravis on kasutusel peamiselt teenusepõhine rahastamine, päevaravis DRG- ja teenusepõhine meetod, siis statsionaarse ravi eest tasumisel lisandub kahele eelnevalt nimetatule ka voodipäevatasu ning erinevad haiglatele makstavad periooditasud (eriarstide valveringid, EMO valvetasu) (Joonis 2).

Voodipäevatasu osakaal on perioodil 2009-2019 püsinud väikese kõikumisega (24% aastal 2011 kuni 27% aastal 2019), samas DRG osakaal tasutud summadest on olnud pidevas vähenemises alates 46%-st aastal 2011 kuni 36%-ni 2018.aastal. 2019.aastal on DRG-põhise tasustamise osakaal taas tõusnud. Vastavuses nende liikumistega on liikunud ka teenusepõhiste summade osakaal). Tasustamismeetodite osakaalude muutused on suures osas tingitud DRG erandite osakaalu muutusest aastate jooksul.

<sup>2</sup> DRG sisuerand: raviarve, mis seotud kliiniliste eripärade, ravikäsitluse erinevusega või tervishoiukorralduslike iseärasustega (näiteks elundisiirdamised, keemiaravi, väga kallid operatsiooni lisavahendid, teatud tingimuste suunatud patientide raviarved, teatud erialade raviarved jms.)

<sup>3</sup> DRG hinnaerand: raviarve, millel teenuste summa on väiksem või suurem kui vastavad kehtestatud DRG hinnapiirid TTL-is.

Joonis 2. Tasustamismeetodite osakaalud statsionaarses ravis aastatel 2009-2019

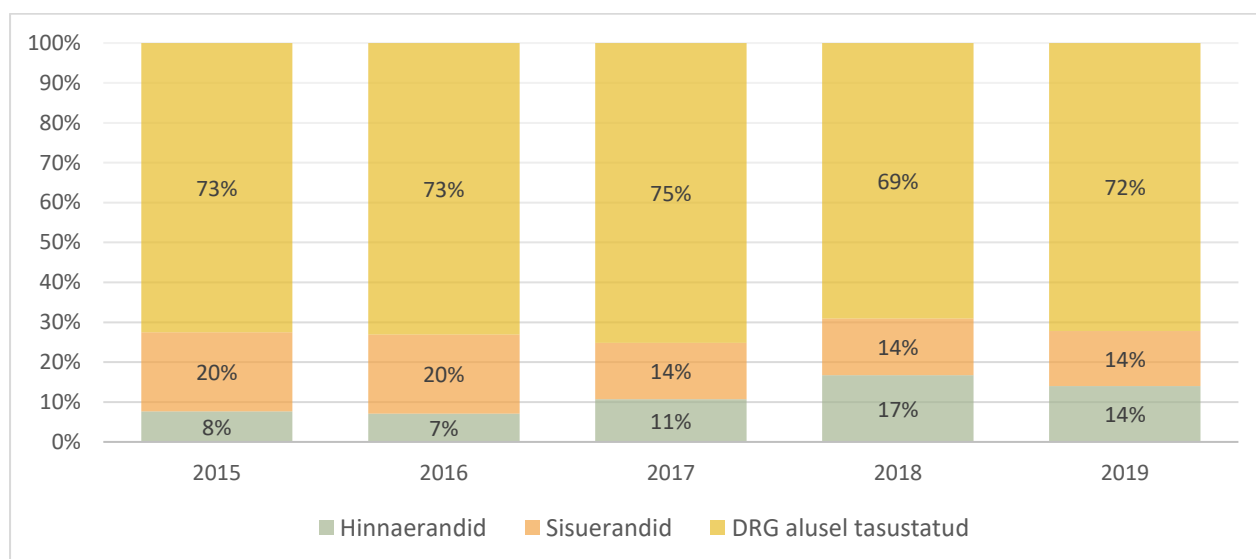


### 3. Erandid DRG süsteemis

DRG-süsteemi rakendamist iseloomustavad erandid, mis rahvusvahelises käsitluses on reeglina seotud kas keskmise ravil viibimise kestusega või ressursikuluga. Eestis on DRG erandite määramisel aluseks raviarve teenusepõhine maksumus kui ka kliiniliselt (teatud erialad, diagnoosid vm) või tervishoiukorralduslikult (nt. suunamised haiglate vahel) eripärased raviarved. Juhul kui mingisse DRG-sse grupeerunud raviarve maksumus jääb väljapoole selle DRG jaoks arvutatud alumist või ülemist hinnapiiri, siis ei rakendata selle raviarve puhul mitte DRG-, vaid teenusepõhist tasustamist. Selliseid arveid nimetatakse hinnaeranditeks (*cost outliers*). Kõik muud DRG-süsteemi sattunud kliiniliselt määratletud, kuid DRG-põhiselt mittetasustatavad juhud (inglise keelses kirjanduses kasutatakse ka terminit *exemptions*) on igas riigis määratletud erinevalt ning rahvusvahelist võrdlust nende osas reeglina ei tehta, kuna need tulenevad iga riigi tervishoiukorralduslikest iseärasustest ja enamasti pole eri riikide vahel võrreldavad.

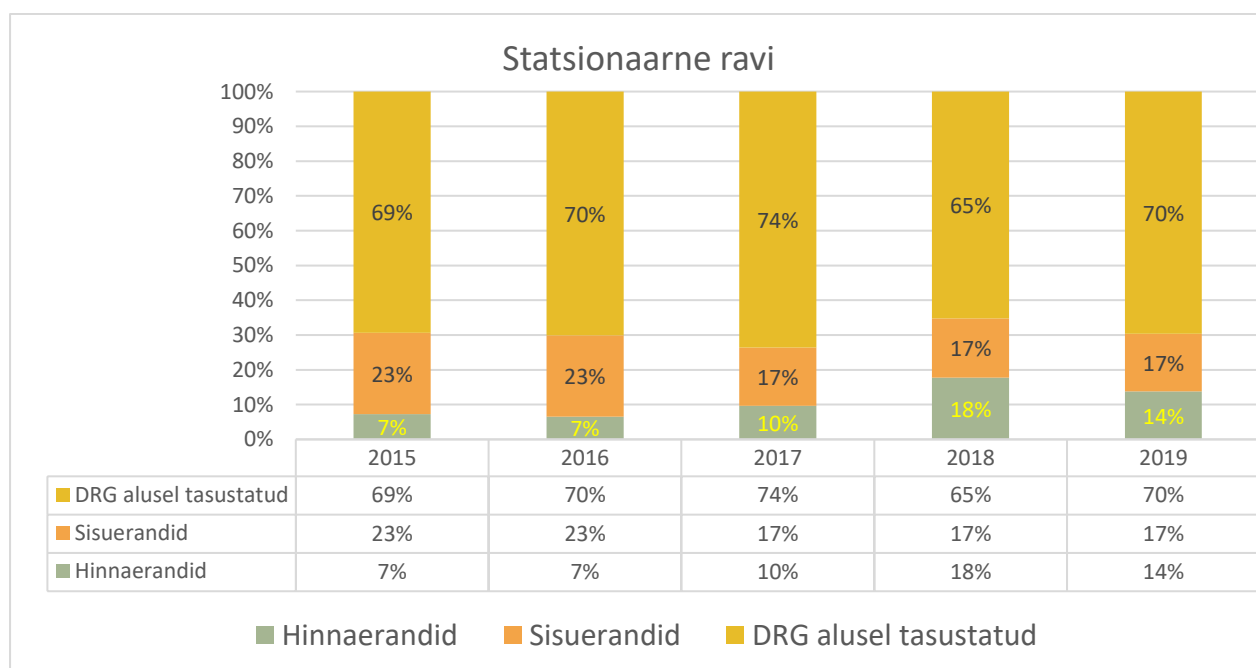
Suur hinnaerandite osakaal võib viidata kodeerimisprobleemidele, mille tulemusel primaarsete klassifikaatorite abil kodeeritud ravijuht on tegeliku olukorraga võrreldes kodeeritud raskemaks (ülekodeerimine ehk *upcoding*) või kergemaks (alakodeerimine ehk *downcoding*). Kodeerimisprobleem võib ka ilmuda juhul, kui on tegemist ravijuhu sisule mittevastavate diagnoosi või protseduuri koodide kasutamisega – sel juhul on tegemist valesti kodeerimisega. Hinnaerandite osakaal võib kasvada ka juhul, kui ravijuhu käigus osutatakse liialt vähe või liialt palju (põhjendamata) tervishoiuteenuseid, mis ei ole vastavuses primaarsete klassifikaatoritega väljendatud haiguse kulu ja raskusega.

Joonis 3. DRG-sse grupeerunud raviarved ja erandite osakaalud, kõik ravitüübid.



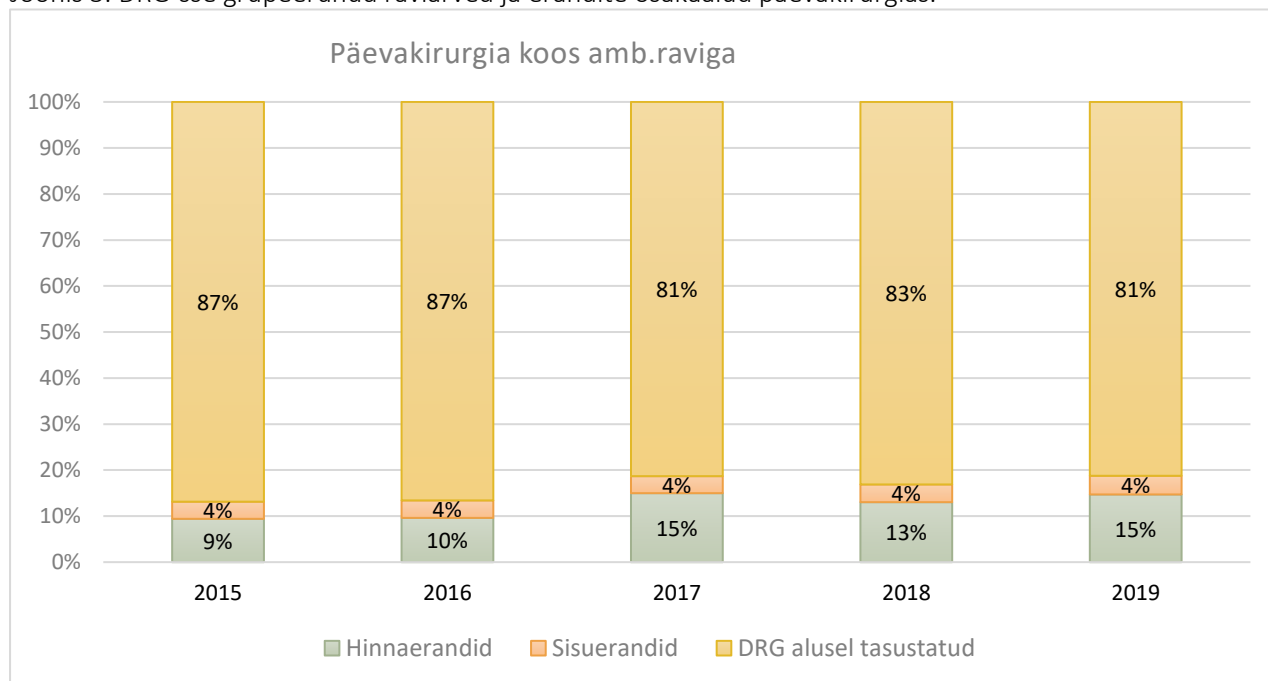
Hinnaeranditega raviarvete osakaalu mõningane kasv vaadeldaval perioodil võib viidata nii raviarvetele teenuste märkimise praktika muutumisele kui ka suurema ravivajadusega raviepisoodidele. Raviarvete märgitud paljude teenuste summa tõttu osutuvad sellised juhud DRG hinnapiirist väljaspool olevaiks ning tasutakse teenuste põhiselt (Joonis 2, 3). Hinnaeranditega raviarvete osakaalu tõusu 2018. aastal on põhjendanud sellel aastal DRG piirhindade arvutamiseks rakendunud uus meetodika, mille kohaselt iga üksiku DRG hinnaarvutusest eemaldatakse 5% odavamaid ja 10% keskmisest kallimaid raviarveid. Uue meetodika kitsamad hinnapiirid võivad anda motivatsiooni muuta teenuste raviarvele märkimist. Statsionaarse ravi eraldivaates on hinnaerandite osakaal järginud 2018. aasta reeglite muudatust ning järgneval aastal kohanemist süsteemi muutusega (Joonis 4).

Joonis 4. DRG-sse grupeerunud raviarvete ja erandite osakaalud, statsionaarne ravi.



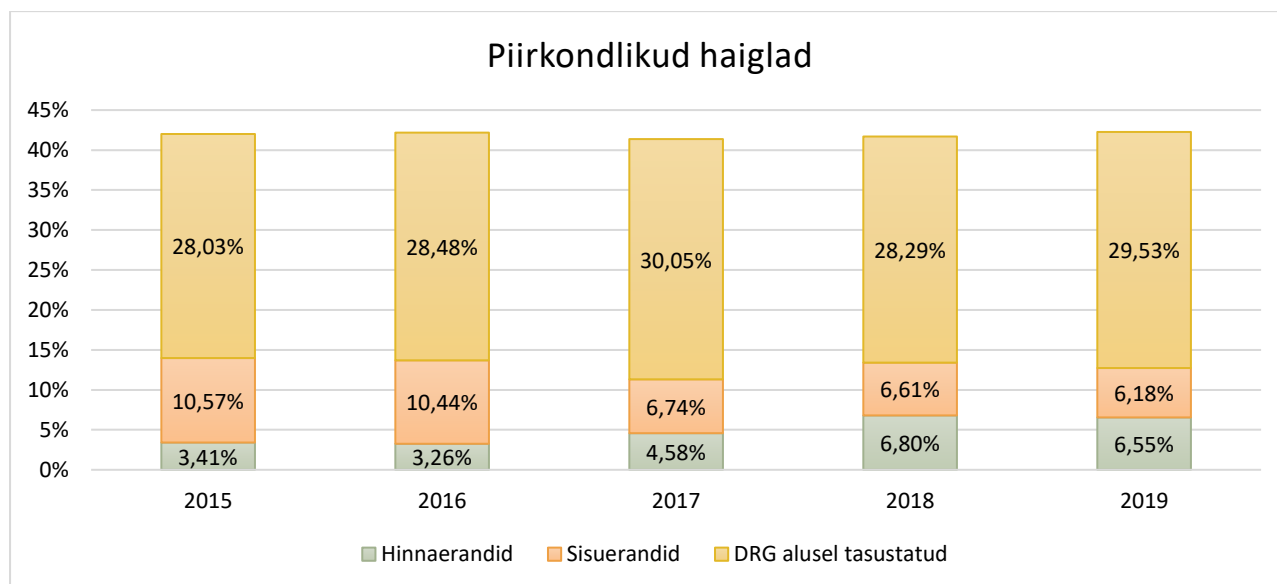
Päevakirurgias on hinnaeranditega raviarvete osakaal vaid 4% (Joonis 5), sest tegemist on reeglina plaanilise raviga ja ravitegevus/protseduur on vastavas DRG-s sarnane, mis ei põhjusta kõikumisi FFS hinnas ja DRG hinnapiiride ületamist. Lisaks on neil juhtudel päevakirurgia päevatasu sama sõltumata erialast (tasutakse juhul, kui haige viibib asutuses üle 4 tunni).

Joonis 5. DRG-sse grupeerunud raviarved ja erandite osakaalud päevakirurgias.



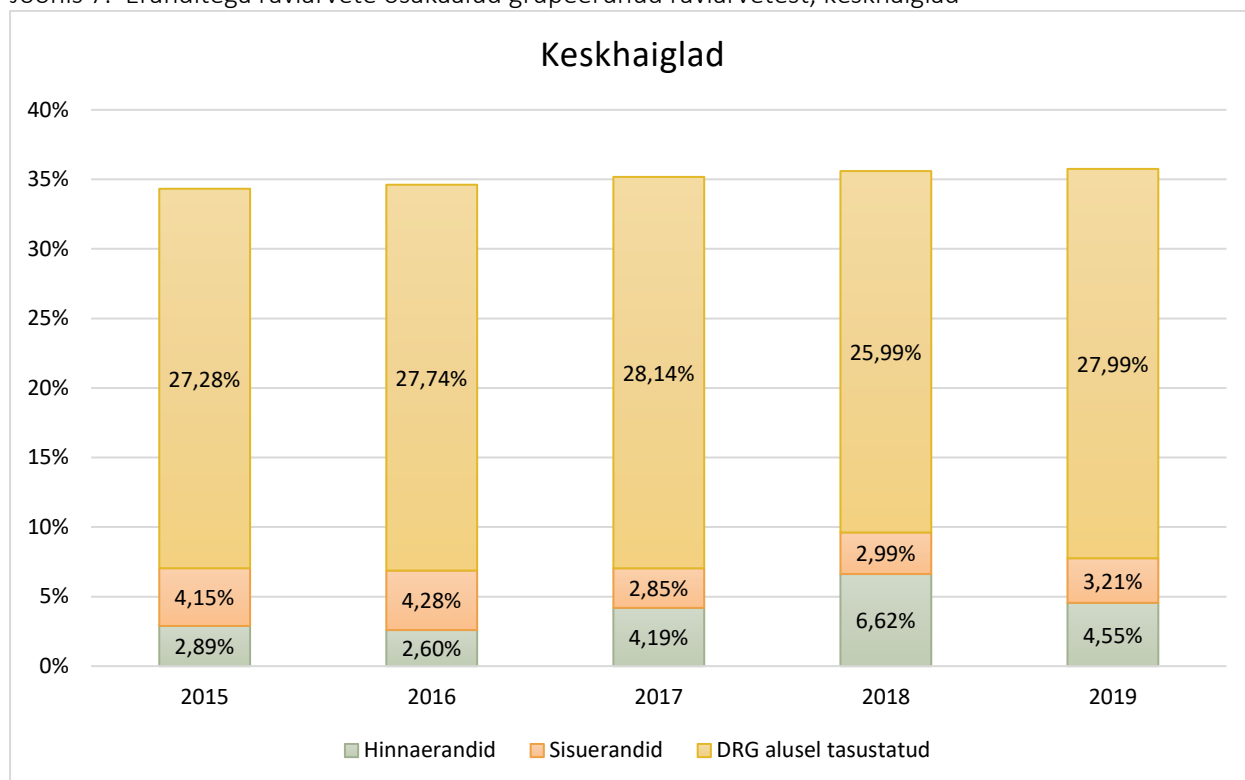
Eranditega raviarvete osakaal on suurem piirkondlikes haiglates, kus tehakse kõige keerukamaid uuringuid ja sekkumisi paljude kaasuvate haigustega patsientidele, kelle ravi on enamasti keskmisest pikem ning kulukam (Joonis 6). Haiglate ja nende patsientide erinevused tulevad hästi esile, kui võrrelda arvetel olevatest teenustest kujunevaid kulude erisusi ja ka erandite osakaalusid piirkondlikes haiglates, keskhaiglates, üldhaiglates ja muudes raviasutustes (Joonised 6, 7, 8, 9).

Joonis 6. Eranditega raviarvete osakaalud grupeerunud raviarvetest, piirkondlikud haiglad

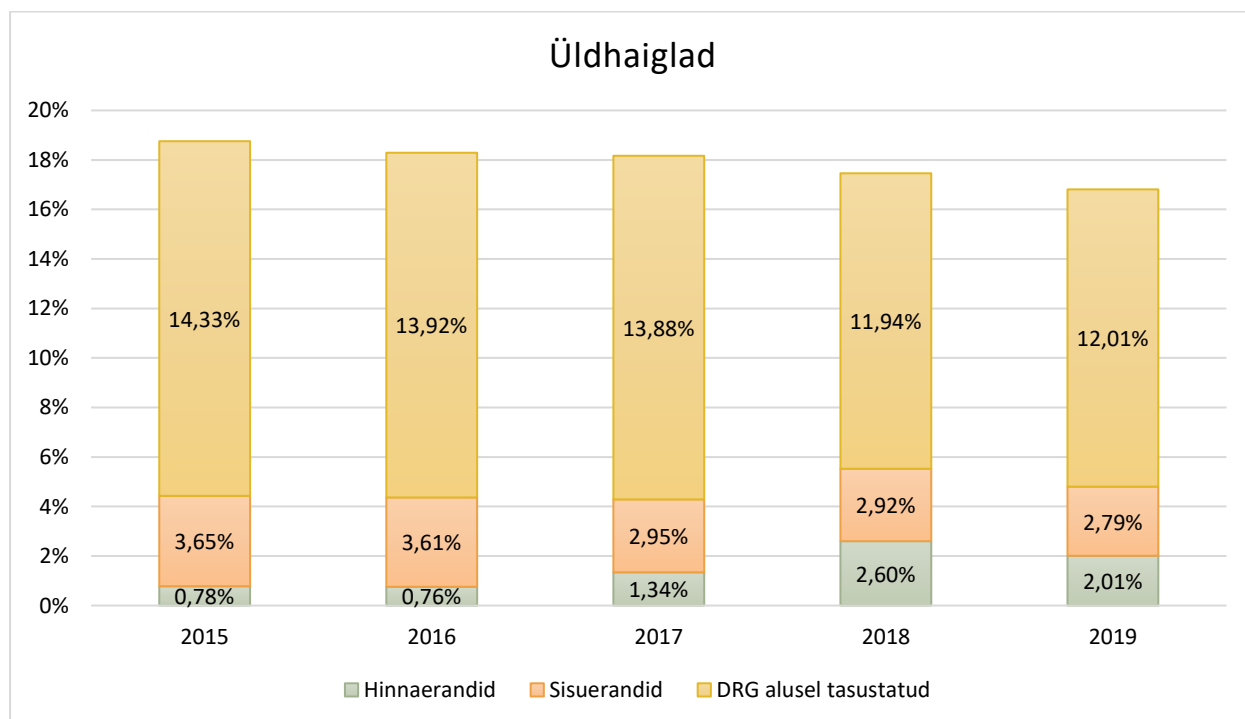




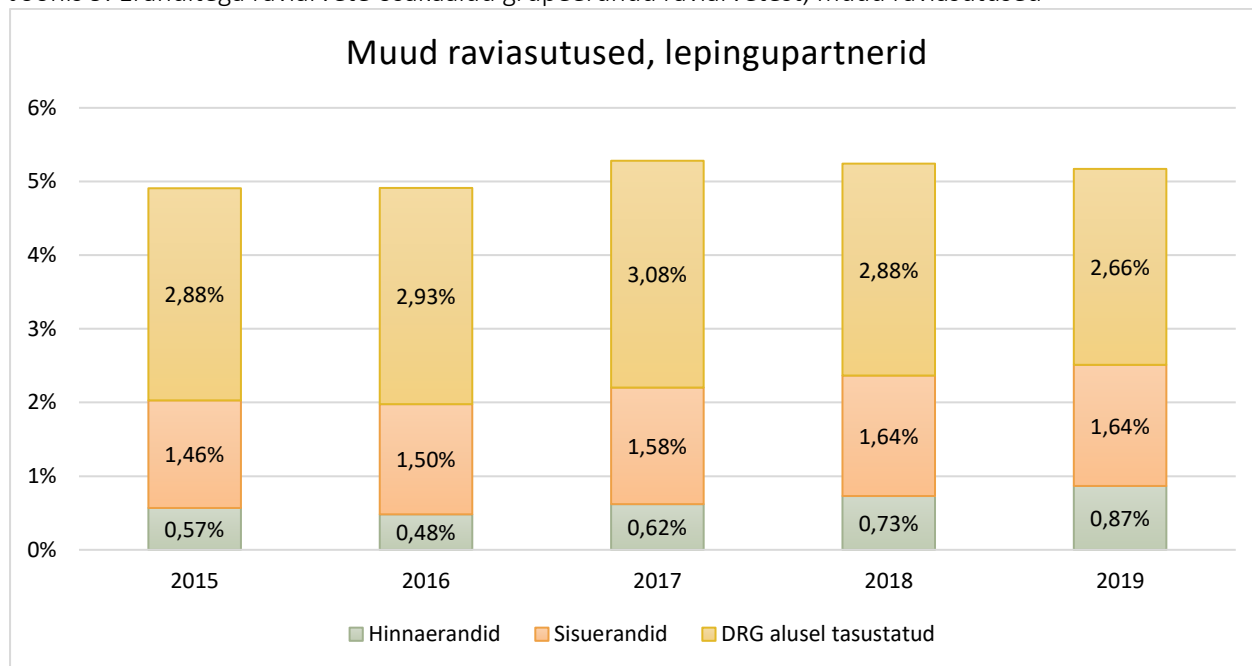
Joonis 7. Eranditega raviarvete osakaalud grupeerunud raviarvetest, keskhaiglad



Joonis 8. Eranditega raviarvete osakaalud grupeerunud raviarvetest, üldhaiglad



Joonis 9. Eranditega raviarvete osakaalud grupeerunud raviarvetest, muud raviasutused



#### 4. Keskmine ravil viibimise kestus (ALOS<sup>4</sup>)

Keskmine ravil viibimise kestus ehk ALOS (ingl.k. *average length of stay*) on rahvusvaheliselt kogutav ja võrreldav tervisesüsteemi efektiivsuse indikaator. Eeldatakse, et juhul kui kõik muud tingimused ravil olles on võrdsed, siis lühem haiglas viibimise aeg säästab ravikuluseid ja motiveerib tervishoiuteenuse osutajaid osutama ravi päevaravis või ambulatoorselt. ALOS näitab patsiendi keskmist statsionaarsel ravil viibimise kestust. ALOS esitatakse aktiivravi raviarvete andmete põhjal (analüüsist välja on jäetud taastusravi, psühhiaatria ja esmase järelravi erialade kontodel esitatud raviarved).

ALOSi leidmiseks jagatakse vaadeldava perioodi statsionaarsed ravipäevad sama perioodi ravijuhtude arvuga ning tulemus väljendatakse päevades (Joonis 10, tabel 2). Eesti keskmine ravil viibimise kestus päevades aastatel 2005 kuni 2019 on veidi lühenenud 5,8-lt päevalt aastal 2005 5,3 päevani aastaks 2019. Kõige suurem on muutus olnud erihaiglates, (muud raviasutused ehk haigekassa lepingupartnerid): 7,1 päevalt 4,5 päevani, mis võib viidata suundumusele, et nendes asutustes tegeletakse enam plaanilise raviga, kus tüsistuste tekke oht madalam. Tegemist võib olla ka asutuste tegevusprofiili muutumisega (näiteks erialalise tegevuse vahetus). Keskmine voodipäevade arv on vähenenud üsna jõudsalt ka keskhaiglates (5,1 vs 4,3 päeva). Samas, üldhaiglates on keskmine voodipäeva muudatus olnud vaid 0,1 päeva, mis võib olla tingitud perearstiabis krooniliste patsientide paremast jälgimisest, mistõttu ravile satuvad vaid pikemat ravi vajavad patsiendid. Üldhaiglates on haiglas viibimise keskmine kestus kõige pikem: 8,1 -7,9 päeva.

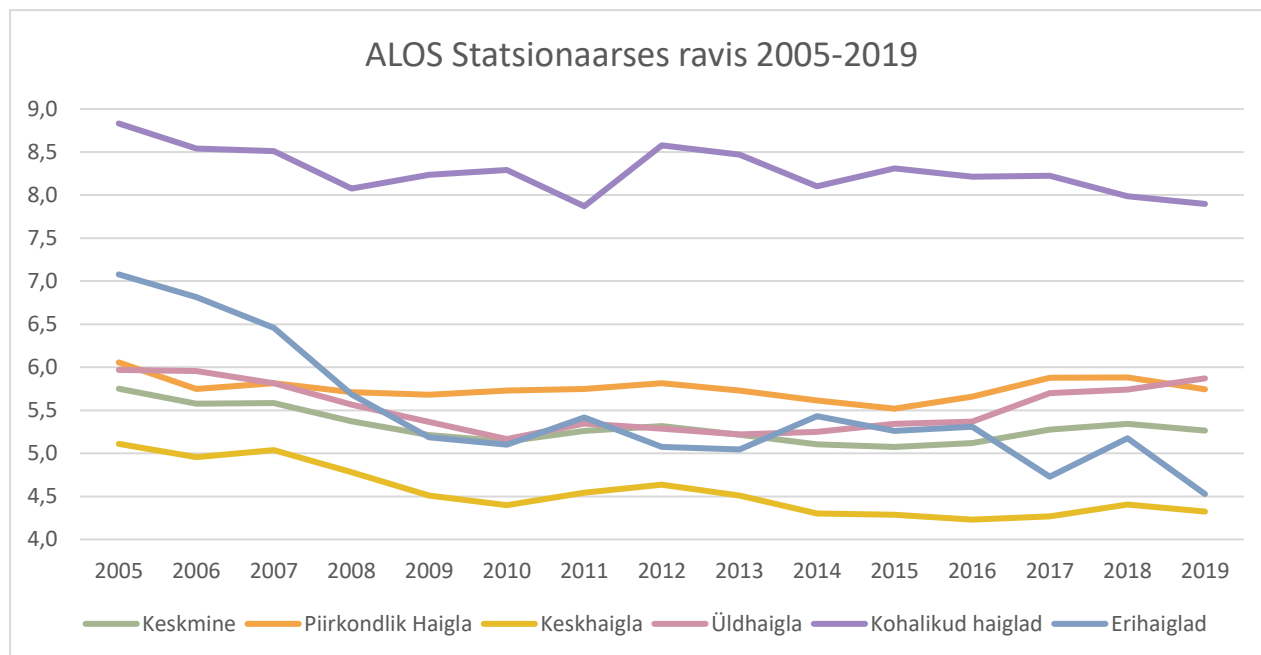
Tabel 2. Keskmine ravil viibimise kestus päevades aastatel 2005 kuni 2019

Aasta	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Eesti keskmine</b>	5,8	5,6	5,6	5,4	5,2	5,1	5,3	5,3	5,2	5,1	5,1	5,1	5,3	5,3	5,3
Piirkondlik Haigla	6,1	5,7	5,8	5,7	5,7	5,7	5,7	5,8	5,7	5,6	5,5	5,7	5,9	5,9	5,7
Keskhaigla	5,1	5,0	5,0	4,8	4,5	4,4	4,5	4,6	4,5	4,3	4,3	4,2	4,3	4,4	4,3
Üldhaigla	6,0	6,0	5,8	5,6	5,4	5,2	5,3	5,3	5,2	5,2	5,3	5,4	5,7	5,7	5,9
Kohalikud haiglad	8,8	8,5	8,5	8,1	8,2	8,3	7,9	8,6	8,5	8,1	8,3	8,2	8,2	8,0	7,9

<sup>4</sup> <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>

Erihaiglad	7,1	6,8	6,5	5,7	5,2	5,1	5,4	5,1	5,0	5,4	5,3	5,3	4,7	5,2	4,5
------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Joonis 10. Keskmine ravil viibimise kestus päevades (ALOS) aastatel 2005 kuni 2019



## 5. DRG põhise rahastamise ülevaade

DRG põhise rahastamise rakendamise protsessis eristatakse kahte etappi:

I. ravivariete DRG-sse grupeerimine ehk kliiniliselt tunnustelt sarnaste ravijuhtude määratlemine gruppidesse.

II. DRG põhine rahastamine ehk raviarve summa arvutamine vastavalt seatud reeglitele (kokku liidetakse 70% DRG piirhinnast ja 30% raviarvel olevate teenuste summast).

Aastatel 2015-2019 on grupeerunud raviarvete osakaal statsionaarses ravis 99,8% - s.t. et DRG grupi saavad praktiliselt kõik haigekassasse saadetud eriarstiabi raviarved. Ülejäänud 0,2% moodustavad need raviarved, millele on märgitud kindlad sihtotstarbelised ja konkreetsete patsientide raviga mitteseotud komplekstasud nagu periooditasud, valvetasud ja valmisolekutasud, mida üldise kokkuleppena rahastatakse väljaspool DRG süsteemi ja mida edasises analüüsis ei käsitleta.

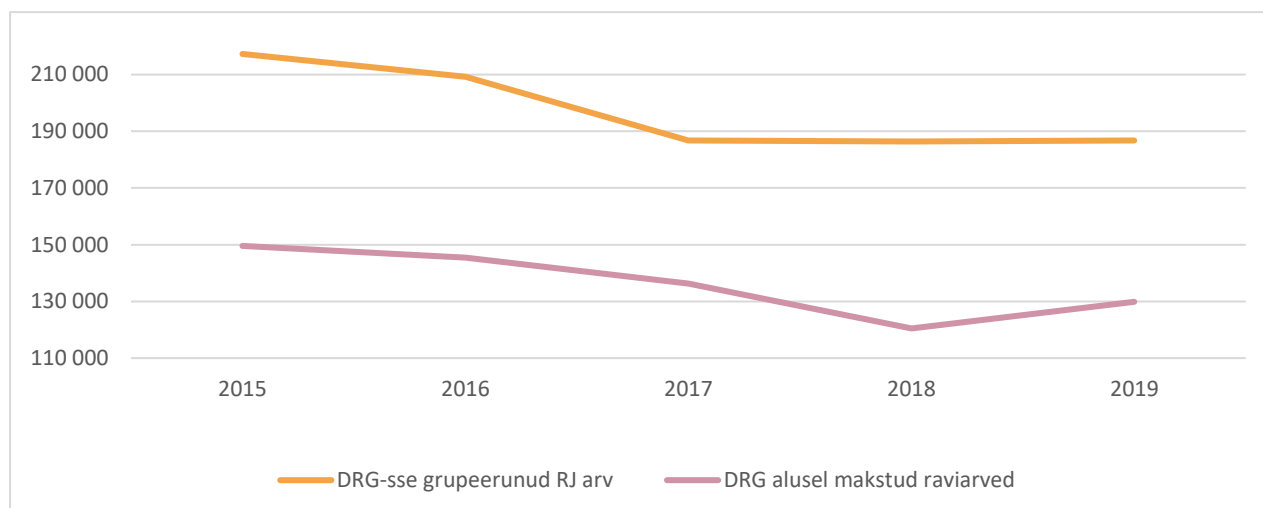
Tabel 3. DRG-sse grupeerunud ravijuhtude jaotus statsionaarses ravis.

Aasta	Kõik statsionaarsed RJ	DRG-sse grupeerunud RJ	Grupeerunud RJ osakaal kõikidest statsionaarsetest RJ	DRG alusel makstud RJ	DRG alusel makstud RJ osakaal kõikidest DRG grupeerunud RJ
<b>Keskmine</b>					<b>69%</b>
2015	217 653	217 271	99,8%	149 562	69%
2016	209 563	209 199	99,8%	145 443	70%
2017	187 076	186 712	99,8%	136 237	73%
2018	186 750	186 395	99,8%	120 466	65%

2019	187 093	186 731	99,8%	129 812	70%
------	---------	---------	-------	---------	-----

Vaadeldavatel aastatel tasuti statsionaarsetest grupeerunud raviarvetest DRG põhise 70/30 reegli järgi keskmiselt 69% arvetel olnud kogusummast. 70/30 reegli järgi tasutud summa osakaal vähenes 2018. aastal, kui muudeti DRG hinnaarvutuse meetodikat, mis viis mõnevõrra enam arveid tasumisele hinnaeranditena teenusepõhiselt. 2019. aastaks on süsteemis toimunud kohandumine uute reeglitega ning DRG põhiselt tasustatud raviarvete summa osakaal on taastunud 70%-ni (Tabel 3, joonis 11).

Joonis 11. Grupeerunud ravijuhtude jaotus statsionaarses ravis

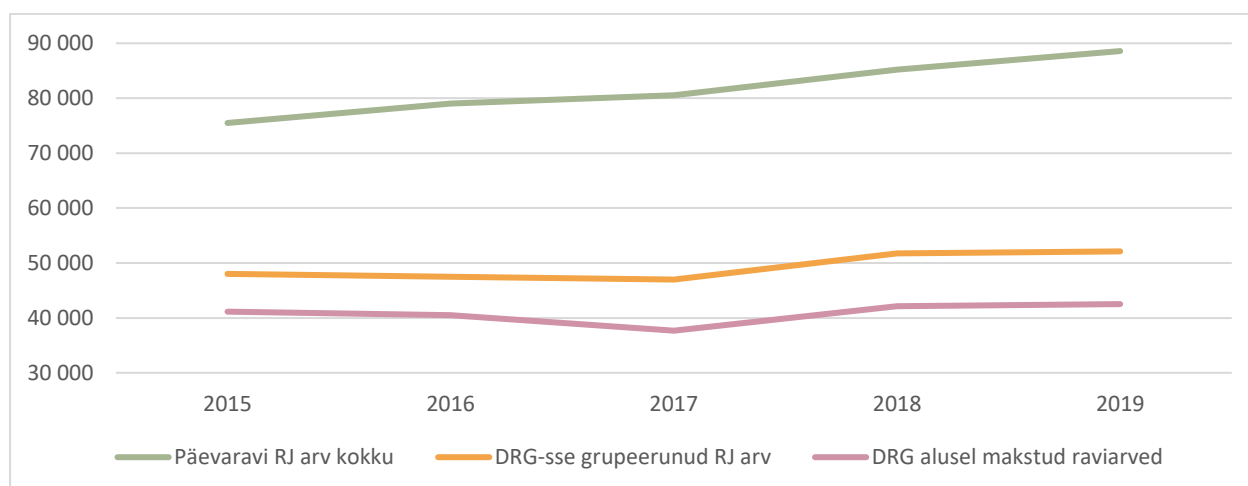


Päevaravis (päevakirurgia teenuste osas) grupeerus vaadeldavate aastate raviarvetest keskmiselt 60% ning DRG põhise 70/30 meetodi järgi tasumisele läks neist keskmiselt 83%. DRG-sse grupeerimisele satuvad ainult need päevaravi arved, millele on märgitud päevakirurgia teenuse kood. Päevaravis läbiviidud mittekirurgilise tegevusega (näiteks hemodialüüsi seanss, intravenoosne keemiaravi) raviarve grupeerumisele ei kuulu. DRG hinnaarvutuse meetodika muutus päevaravis mõju ei avaldanud, sest tegemist on sarnase tegevuse ja kuludega ravijuhtudega, millele piiride muutus olulist mõju ei avaldanud (Tabel 4, joonis 12).

Tabel 4. DRG-sse grupeerunud ravijuhtude jaotus päevaravis:

Aasta	Kõik päevaravi RJ	DRG-sse grupeerunud RJ	Grupeerunud RJ osakaal kõikidest RJ	DRG alusel makstud RJ	DRG alusel makstud RJ osakaal kõikidest grupeerunud RJ
<b>keskmine</b>					<b>83%</b>
2015	75 490	47 989	63,6%	41 117	86%
2016	79 012	47 493	60,1%	40 519	85%
2017	80 514	46 981	58,4%	37 673	80%
2018	85 210	51 737	60,7%	42 114	81%
2019	88 585	52 108	58,8%	42 513	82%

Joonis 12. Grupeerunud ravijuhtude jaotus päevaravis



## 6. DRG süsteemi rahaline mõju.

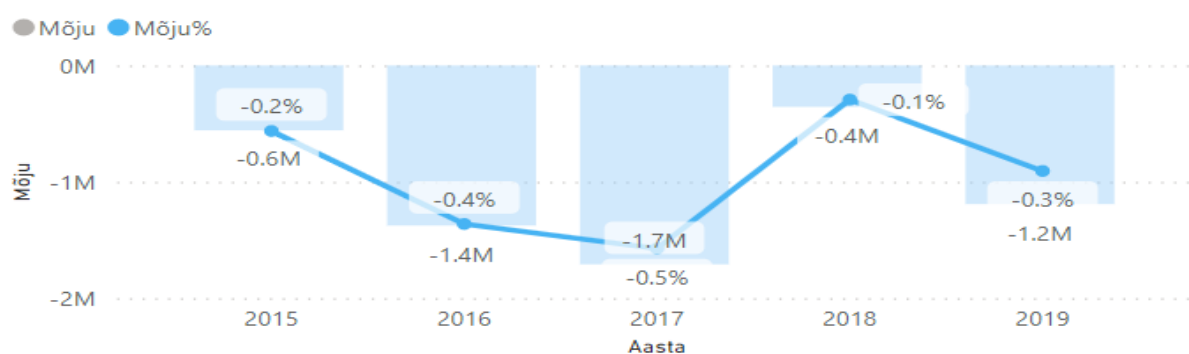
DRG süsteemi rakendamise üheks eesmärgiks oli tervishoiuteenuse osutajates motivatsiooni tekitamine ravikindlustusvahendite efektiivsemaks kasutuseks. Selle aluseks on ravijuhu eest osaliselt fikseeritud hinnaga tasumine, mis peaks suurendama teenuseosutajate huvi hoida ravijuhu tegelikud kulud fikseeritud DRG piirhinnast madalamad. Rahaliste vahendite efektiivse kasutamise mõõtmise üheks võimaluseks on kasutada DRG rahalise mõju näitajat.

**DRG rahaline mõju näitab**, kui palju erineks DRG osakaaluga 0,7 (ehk 70%) tasutud ravijuhtude maksumus samade ravijuhtude 100% teenusepõhisest maksumusest.

- **DRG negatiivne** mõju näitab, et toimunud on muutus tervishoiuteenuste kasutamises ning teenuseosutajad osutavad suhteliselt rohkem ja kallimaid teenuseid ning DRG põhisel rahastamisega on teenuseosutaja saanud vähem rahalisi ressursse võrreldes olukorraga, kui tasumiseks oleks kasutatud 100% teenusepõhise rahastamist (Joonis 13).
- **DRG positiivne** mõju näitab, et teenuseosutajad on kasutanud rahalisi vahendeid suhteliselt efektiivsemalt ning DRG põhisel rahastamisega on teenuseosutaja saanud rohkem rahalisi ressursse võrreldes olukorraga, kui tasumiseks oleks kasutatud 100% teenusepõhise rahastamist.

Mõju hindamisel arvestatakse ainult neid ravijuhte, mille eest tasumisel on rakendatud DRG osakaalu 0,7. Andmete interpreteerimisel tuleb arvestada asjaoluga, et tegu on hüpoteetilise olukorraga, millele kehtib eeldus, et ainult teenusepõhisel rahastamisel oleks teenuste struktuur olnud täpselt sama.

Joonis 13.DRG rahaline mõju\* aastatel 2015- 2019



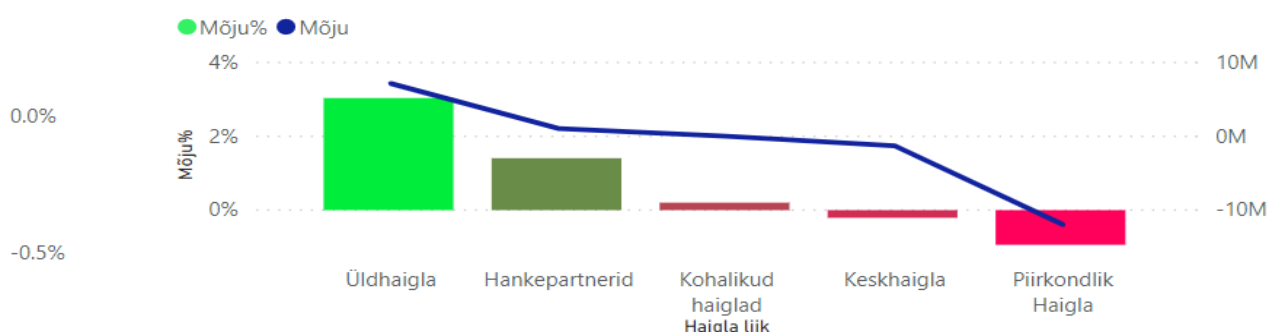
Aasta	RJ	FFS SUMMA	MAKSTUD SUMMA	Mõju	Mõju%
2015	272,768	329,587,636	329,030,627	-557,008	-0.2%
2016	263,761	336,552,097	335,176,551	-1,375,546	-0.4%
2017	240,374	362,266,251	360,556,796	-1,709,456	-0.5%
2018	245,037	403,843,714	403,488,158	-355,556	-0.1%
2019	245,983	437,897,672	436,706,202	-1,191,469	-0.3%
<b>KOKKU</b>	<b>1,267,923</b>	<b>1,870,147,370</b>	<b>1,864,958,335</b>	<b>-5,189,035</b>	<b>-0.3%</b>

\*Joonisel 13 on DRG mõju summad kahvatusinistes tulpadena ja sinise joonega mõju protsendina.

Kõigil analüüsitud aastatel on DRG mõju olnud negatiivne, näidates olulist negatiivse mõju vähenemist aastal 2018, kui rakendus uus DRG hinnaarvutuse meetodika. Aasta hiljem, 2019.aastal on negatiivse mõjuulatus taastumas varasemate aastatega võrreldes. Rahastaja vaates saab kinnitada, et DRG põhise rahastamise süsteemi eesmärk, kasutada ravikindlustuse vahendeid efektiivselt ja motiveerida asutusi jälgima kulusid raviprotsessis, toimib. Kui vaadeldavatel aastatel oleks DRG põhise rahastuse asemel rakendatud teenusepõhist rahastamist (FFS) ning kõik muud tingimused oleksid olnud samaväärsed, oleks kulud haigekassale kokku olnud üle 5 miljoni euro suuremad.

DRG rahaline mõju on haigla liigiti üsna erinev, olles arvutuslikult suurima negatiivse mõjuga piirkondlikes haiglates. Viie aasta keskmine mõju on -0,9 %, kokku üle 11 miljoni euro võrreldes ravairvel märgitud teenuste summaga). Selline leid võib olla seletatav asjaoluga, et piirkondlikes haiglates tehakse kõige keerukaimaid ja seetõttu kulukamaid raviprotseduure Samas üldhaiglates, kus ravil viibivate patsientide uuringud ja protseduurid on pigem vähem kulukad ja suhteliselt lihtsamad, on DRG rahaline mõju positiivne ehk teenuseosutaja on saanud rohkem rahalisi ressursse teenusepõhise rahastamisega võrreldes (Joonis 14).

Joonis 14. DRG rahaline mõju haigla liigiti aastatel 2014-2019

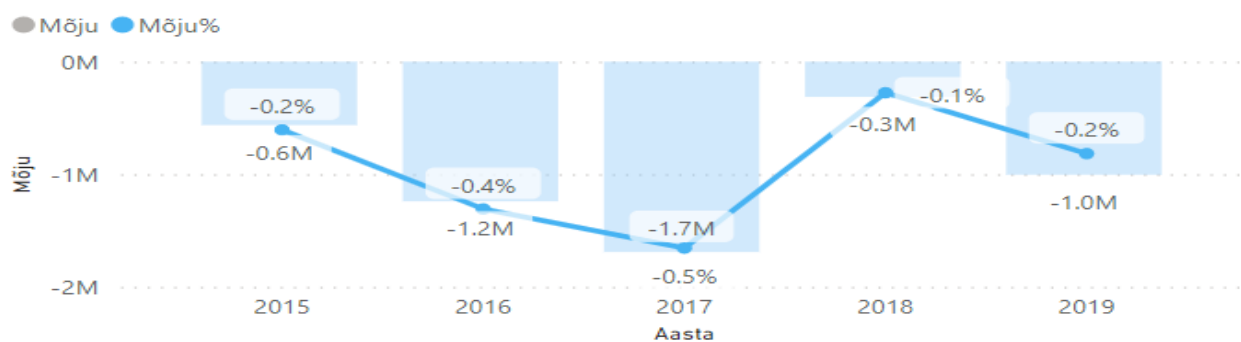


Haigla liik	RJ	FFS SUMMA	MAKSTUD SUMMA	Mõju	Mõju %
⊕ Piirkondlik Haigla	598,086	1,273,549,544	1,261,592,272	-11,957,272	-0.9%
⊕ Keskhaigla	506,032	625,492,709	624,199,826	-1,292,883	-0.2%
⊕ Üldhaigla	249,889	235,289,461	242,437,112	7,147,651	3.0%
⊕ Hankepartnerid	78,622	74,966,923	76,021,881	1,054,958	1.4%
⊕ Kohalikud haiglad	10,275	10,659,279	10,680,874	21,595	0.2%
<b>KOKKU</b>	<b>1,442,904</b>	<b>2,219,957,916</b>	<b>2,214,931,966</b>	<b>-5,025,950</b>	<b>-0.2%</b>

\*Joonisel 14 on rahalise mõju summad tulpades ja mõju % tumesinisena joonena.

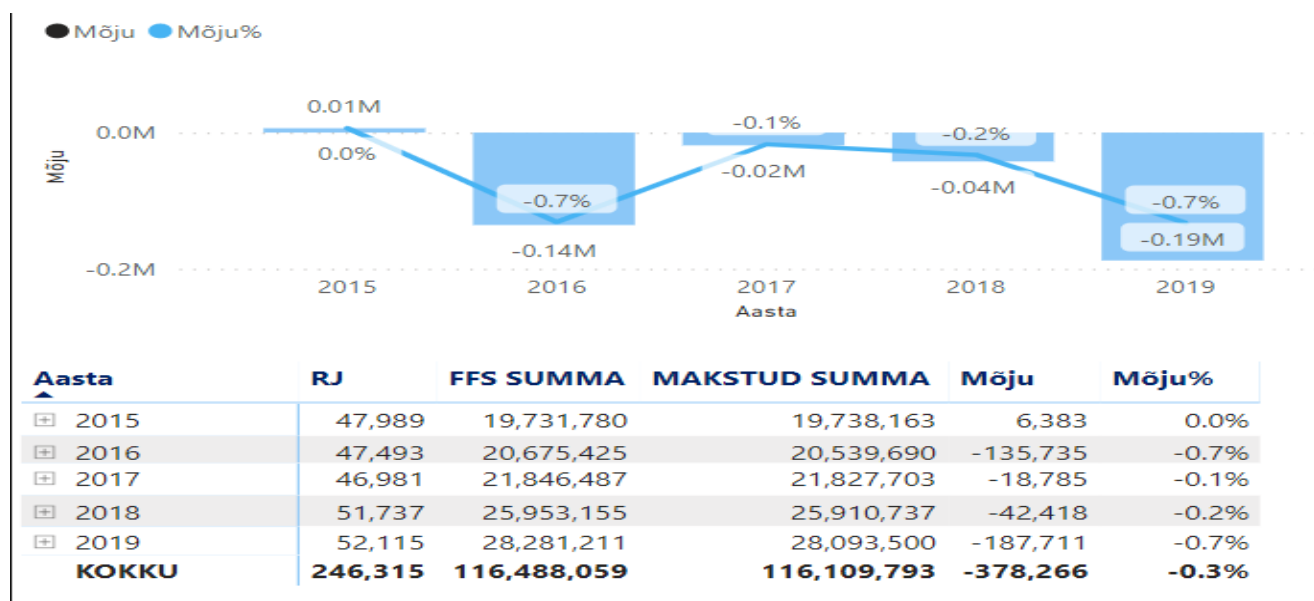
DRG rahaline mõju statsionaarses ja päevaravis on aastate vältel muutunud siis, kui alates 2018. aastast rakendati uus DRG hinnaarvutamise meetoodika. Uues arvutusmeetoodika kohaselt satub enam arveid hinnapiiridest välja ning tasutakse teenusepõhiselt, mistõttu DRG mõju aastatel 2018 ja 2019 vähenes. Asutuste vaates oli olid tasutud summad pigem sarnased teenusepõhistele summadele: DRG põhise rahastamise rakendamise vaates oli tegemist DRG rahalise mõju vähenemisega (Joonised 15, 16).

Joonis 15 DRG rahaline mõju statsionaarses ravis aastatel 2014-2019.



Aasta	RJ	FFS SUMMA	MAKSTUD SUMMA	Mõju	Mõju%
⊕ 2015	224,779	309,855,856	309,292,464	-563,391	-0.2%
⊕ 2016	216,268	315,876,672	314,636,861	-1,239,811	-0.4%
⊕ 2017	193,393	340,419,764	338,729,093	-1,690,671	-0.5%
⊕ 2018	193,300	377,890,558	377,577,421	-313,138	-0.1%
⊕ 2019	193,868	409,616,460	408,612,702	-1,003,758	-0.2%
<b>KOKKU</b>	<b>1,021,608</b>	<b>1,753,659,311</b>	<b>1,748,848,542</b>	<b>-4,810,769</b>	<b>-0.3%</b>

Joonis 16.. DRG mõju\* päevaravis aastatel 2014-2019

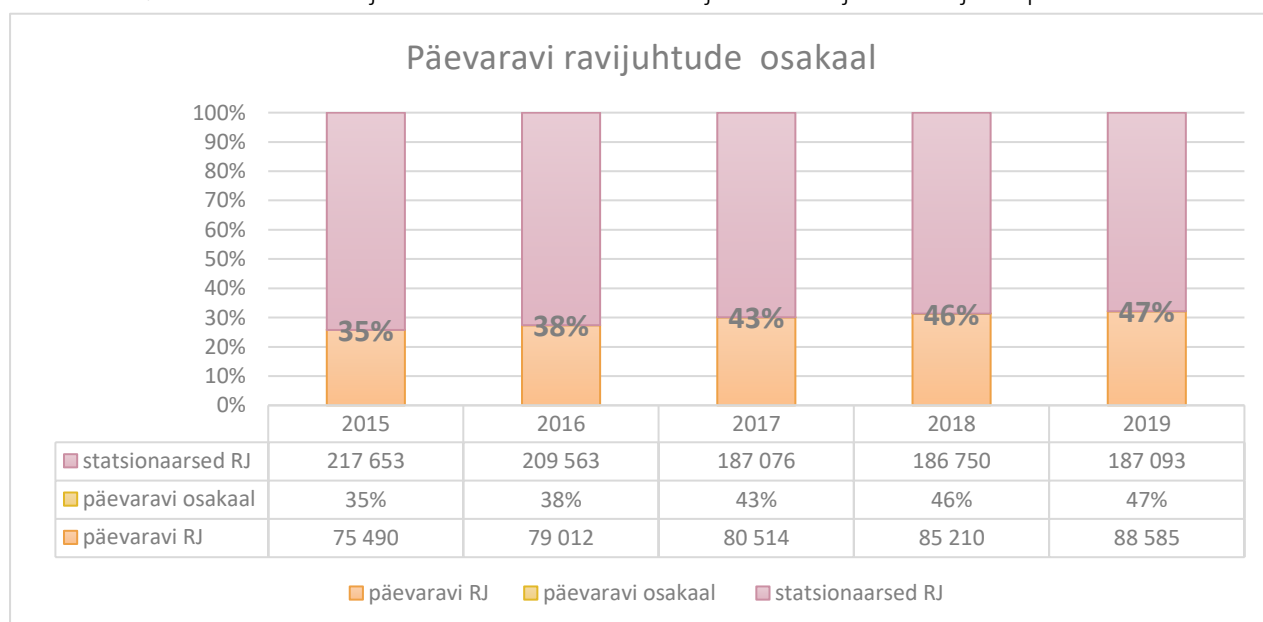


\*Joonisel 16 on DRG mõju summad päevaravis tulpadena ja mõju % joonena.

## 7. Ravijuhtude jaotus raviteenuse tüüpide lõikes.

Patsientide ravi võib toimuda lähtudes terviseseisundist ja kaasvatatest haigustest erinevates ravitüüpides: ambulatoorne, statsionaarne, päevaravi. Kergekujulisema põhihaiguse kuluga inimesele võib teha operatsiooni päevaravis, samas sarnase haigusega ning mitme tõsise kaasuva seisundiga patsiendile tuleb sama protseduur teha statsionaaris. Päevaravis läbiviidud ravijuhtude lisandumist põhjustab uute innovatiivsete ravimeetodite kasutuselevõtt, sest vähem invasiivne sekkumine vähendab statsionaarsele ravi vajadust. (Joonis 17). Muutunud ravitaktika puhul satuvad haiglaravile n.ö. keerukamad ja ressursimahukamad (kulukamad) ravijuhud, millele puhul tekib enam hinnaeranditeks liigituvaid raviarveid ning selle võrra väiksemaks jääb DRG põhiselt rahastatud ravijuhtude osakaal nii arvuliselt kui ka summades (Joonised 18, 19).

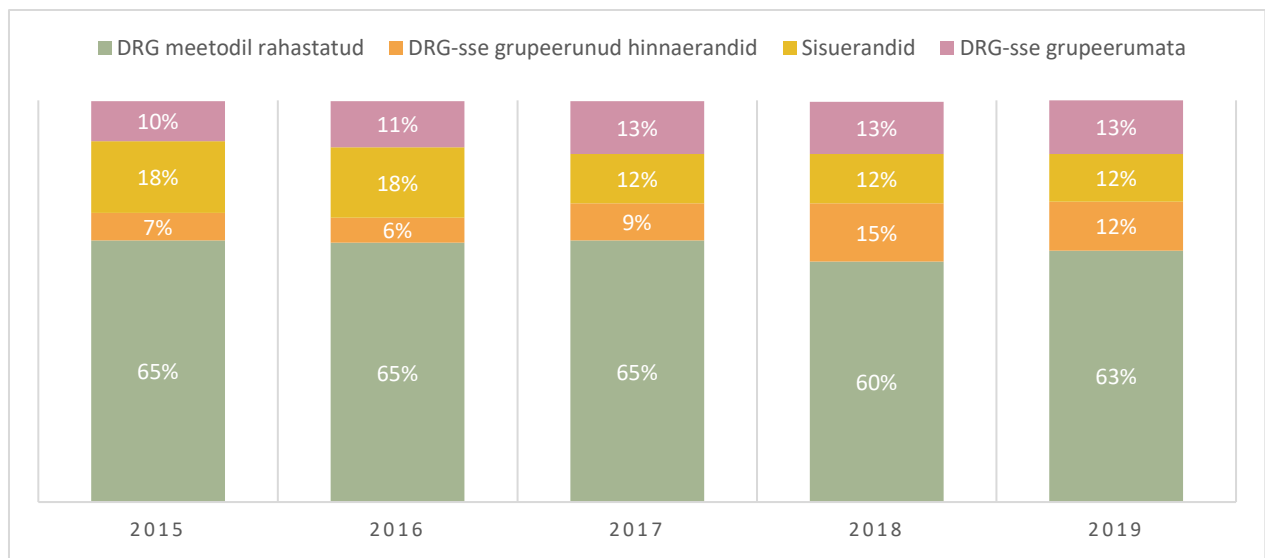
Joonis 17. Päevaravi ja statsionaarsete ravijuhtude jaotus ja päevaravi osakaal





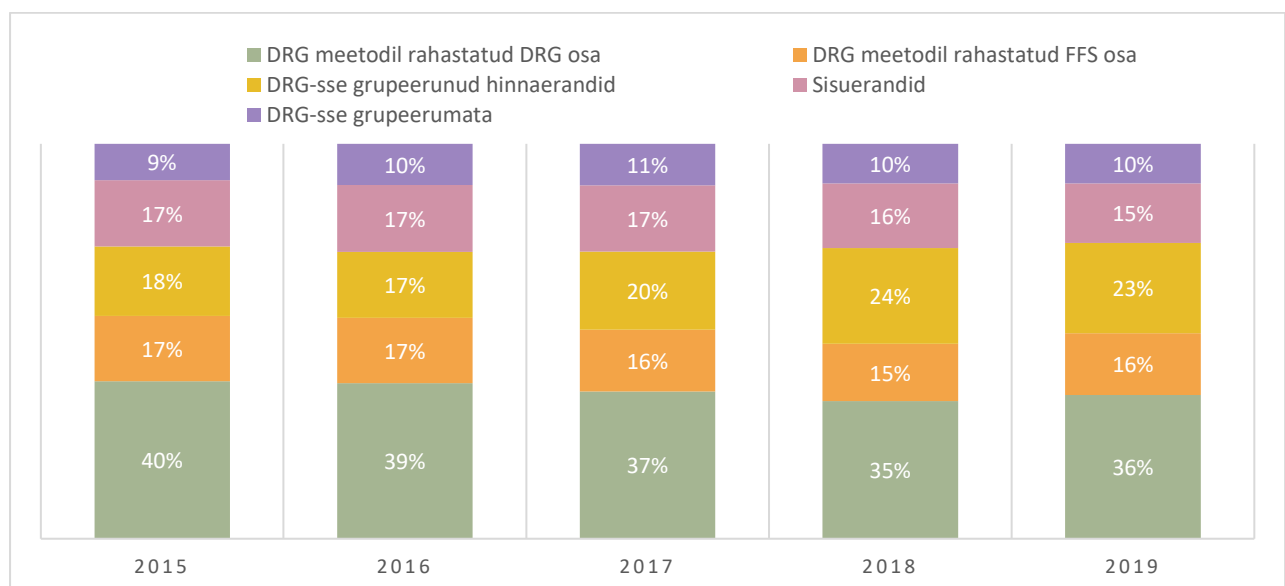
Perioodil 2015-2017 on statsionaarses ravis grupeerunud raviarvetest DRG põhiselt tasutud 65% arvetest, 2018.aastal oli selliste arvete osakaal vähenenud 60%-le. Muudatus on tingitud 2018. aastal rakendunud DRG piirhinna ja hinnapiiride arvutamise uues meetodikast, milles DRG hinnapiirideks loetakse DRG rühma arvestuslikud 5 protsentiili ja 90 protsentiili väärtused. DRG põhise rahastuse saanud arvete osakaal on taastunud 63%-ni aastaks 2019, mis viitab süsteemi kohanemisele uute hindade ja piiridega (Joonis 18).

Joonis 18. DRG-sse grupeerunud ravijuhtude tasustamise osakaalud statsionaarses ja päevaravis



Statsionaarses ravis on DRG-põhiselt tasutud arvete osakaal olnud vähenev, alates 2015. aasta 40%-st kuni 2019. aasta 36%-ni (Joonis 19). Hinnaeranditena käsitletud ja tasutud raviarvete osakaal on ajas kasvanud 18%-lt 2015. aastal kuni 24%-ni 2018. aastal ja on 23%-ni 2019. aastal. Sisuerandite osakaal on vaadeldud ajaperioodil veidi vähenenud, samas sisuerandite loetelu oluliselt muutunud ei ole.

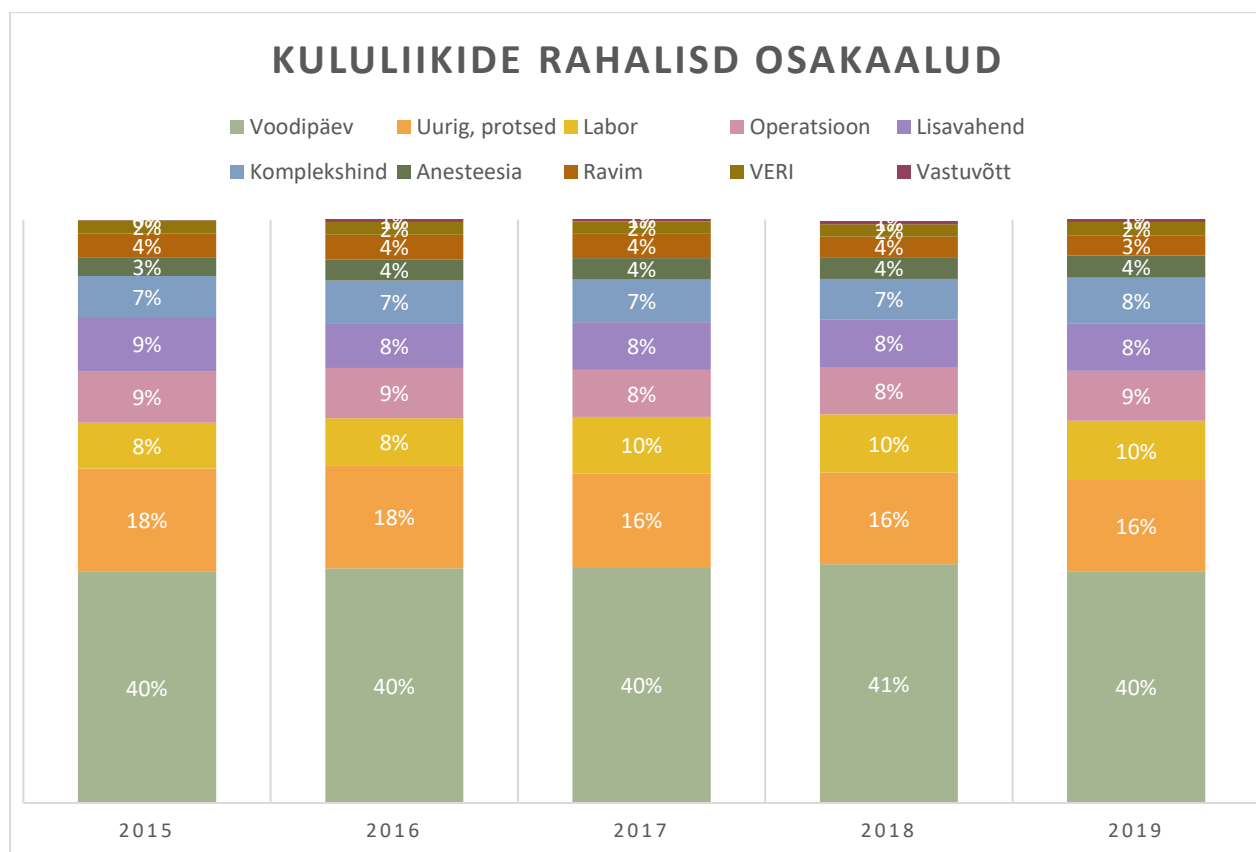
Joonis 19. Tasustamismeetodite osakaalud statsionaarse ja päevaravi ravikuludest



## 8. Kululiikide (material group) jaotus statsionaarses ja päevaravis

Üsna ootuspäraselt on suurim kululiik statsionaarsetel raviarvetel voodipäeva kulud, järgnevad uuringute ja protseduuride kulud ning kolmandana laboratoorsete uuringute kulud (Joonis 19). Kõikide kululiikide kogumaksumused on ajas kasvanud kooskõlas töötasude kasvu riiklike kokkulepetega (töötasud on arvestatud teenuste hindadesse ühe kulukomponendina), samas proportsioonid kululiikide omavahelises jaotuses on jäänud aastatega samaks. Absoluutväärtuses on kasvanud kulud ravimitele ja operatsioonide/protseduuride lisavahenditele, millede areng on kiire ja hinnad ajas kasvavad koos nende innovatiivse arenguga.

Joonis 20. Kululiikide osakaalud suuremats teenusgruppides.



Hinnates kululiikide proportsioone ja nende mõju ravijuhtude rahastamisele, on eelkõige oluline voodipäevade kasutuse jälgimine ja analüüsimine (vt. ka ALOS joonisel 10 ja tabelis2), sest võrreldes muude teenusgruppidega moodustab voodipäevade eest makstav tasu suure osa eriarstiabi eest tasutavates kogukuludest.

### III. DRG süsteemi iseloomustavad näitajad

#### 9. Casemix index (CMI)

Rahvusvahelise analüüsivahendina on DRG süsteemide hindamisel kasutusel *Casemix Index* (lühendina CMI), mis annab võimaluse nii siseriiklikuks kui ka riikide vaheliseks võrdluseks. CMI arvutamise eelduseks on DRG kaalude olemasolu. Igal DRG-l on oma kaal, mis väljendab antud DRG suhtelist ressursimahukust võrreldes keskmise ravijuhuga.

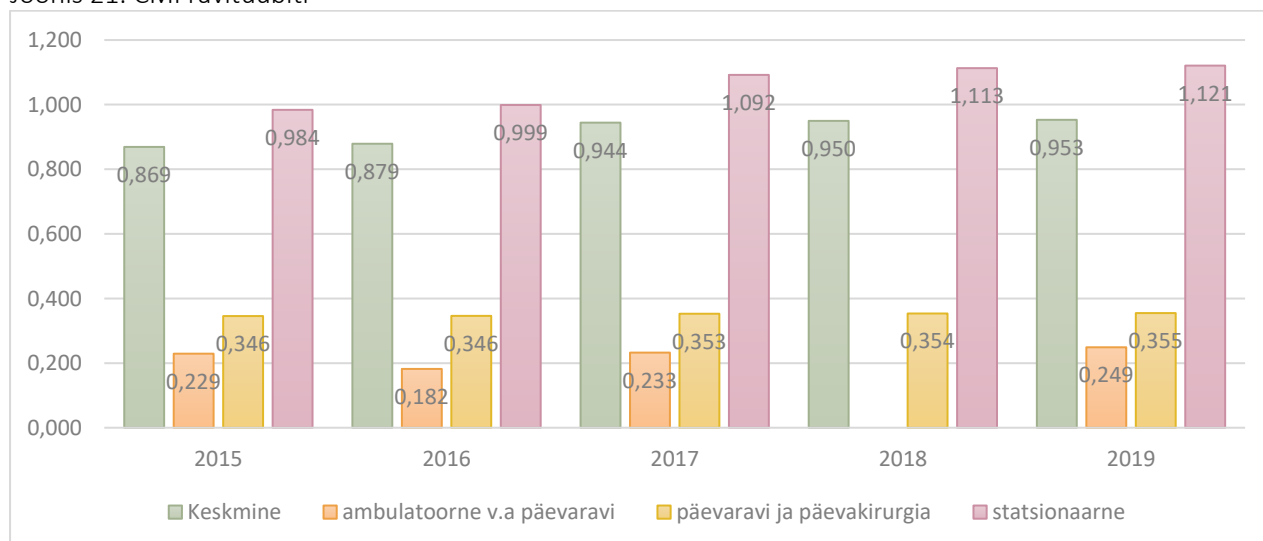
CMI väljendab vaadeldavate ravijuhtude ehk casemix'i keskmist kaalu, tinglikult võib seda nimetada keskmiseks raskusastmeks või keskmiseks ressursimahukuseks. CMI arvutamisel võetakse arvesse kõikide DRG-sse grupeerunud ravijuhtude DRG kaalud, need summeeritakse ning jagatakse ravijuhtude arvuga. CMI >1 viitab suhteliselt keerukamatele (suurema kaaluga) juhtudele, CMI <1 aga suhteliselt kergematele (väiksema kaaluga) juhtudele. See, millisesse DRG gruppi üks või teine ravijuht satub, sõltub olulisel määral raviarve kodeerimise korrektsusest ning primaarsete klassifikaatorite reeglipärasest kasutamisest. Rahvusvaheliselt kasutatakse kiiret CMI muutust (eeldades, et elimineeritud on tervishoiukorralduslikud mõjud) kui indikaatorit ravijuhtude kodeerimise praktika muutumisest, lähtudes teadmisest, et meditsiini tehnoloogilised muutused ei saa toimuda lühikese perioodi jooksul. Ravijuhtude kodeerimistavade muutumine võib toimuda ka lühikese aja jooksul.

Keerukamate ja lihtsamate ravijuhtude jagunemine ravitüüpide vahel on näha tabelis 5 ja joonisel 21. Statsionaarses ravis on ravijuhud mille CMI on lähedane 1-le või üle selle (0,984- 1,121), päevaravis aga ravijuhud, mille CMI on oluliselt alla 1 (0,346-0,355). Ambulatoorse ravi ja päevaravi CMI muutus vaadeldaval perioodil on vähene, siiski suunaga kulukuse kasvu suunas. Sarnaselt joonistel 18 ja 19 näidatud statsionaarsete ravijuhtude kulukusega seotud rahastamise osakaaludega on ka ravi kulukust/keerukust väljendav CMI ajas kasvanud.

Tabel 5. CMI ravitüübiti

	2015	2016	2017	2018	2019
Keskmine	0,869	0,879	0,944	0,950	0,953
ambulatoorne v.a päevaravi	0,229	0,182	0,233		0,249
päevakirurgia	0,346	0,346	0,353	0,354	0,355
statsionaarne	0,984	0,999	1,092	1,113	1,121

Joonis 21. CMI ravitüübiti

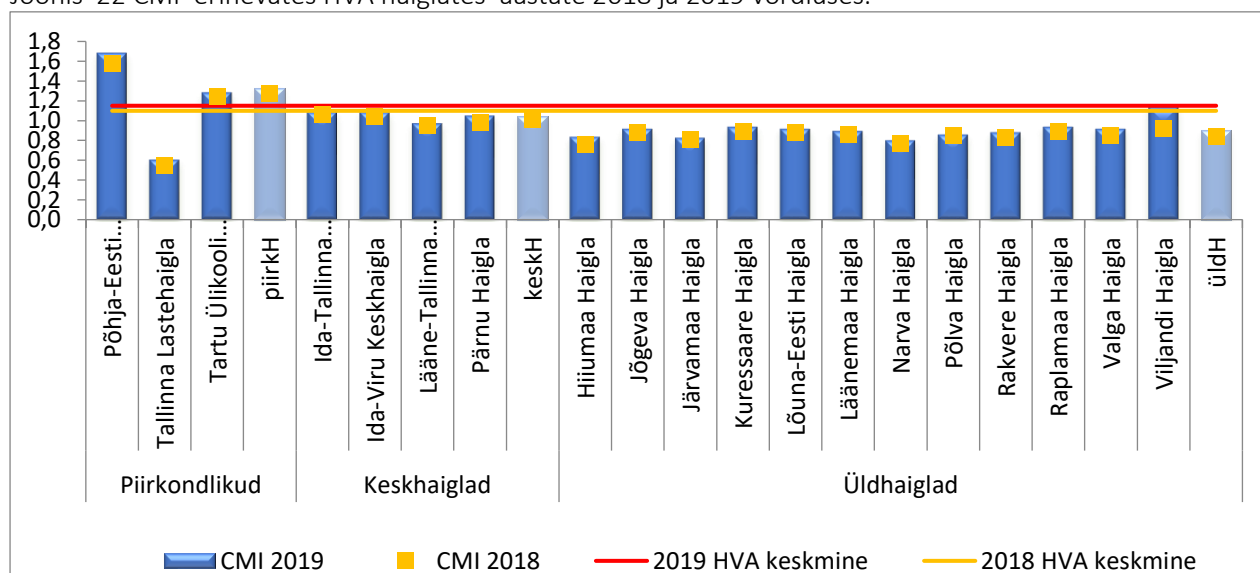


CMI peegeldab hästi ka ravijuhtude erinevat keerukust sõltuvalt haiglaliigist, kus piirkondlike haiglate CMI on suurem kui 1 ja kohalikes haiglates veidi alla 0,8. Keskhaiglate ja kohalike haiglate CMI on suhteliselt sarnane (2019. aastal 0,84-0,83 vastavalt CMI ehk ravijuhtude keerukuse/kulukuse kasv on täheldatav kõikide haiglaliikides (tabel 6, joonis 22).

Tabel 6. CMI haiglaliikides teenuse tüüpides

CMI ravitüübid 2, 19, 1 erandid kaasatud	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Keskmine</b>	<b>0,869</b>	<b>0,879</b>	<b>0,944</b>	<b>0,950</b>	<b>0,953</b>
Piirkondlik Haigla	1,024	1,038	1,141	1,148	1,148
Keskhaigla	0,785	0,788	0,839	0,844	0,843
Üldhaigla	0,720	0,731	0,770	0,774	0,779
Kohalikud haiglad	0,805	0,817	0,817	0,831	0,832
Erihaiglad	0,844	0,835	0,843	0,807	0,958

Joonis 22 CMI erinevates HVA haiglates aastate 2018 ja 2019 võrdluses.

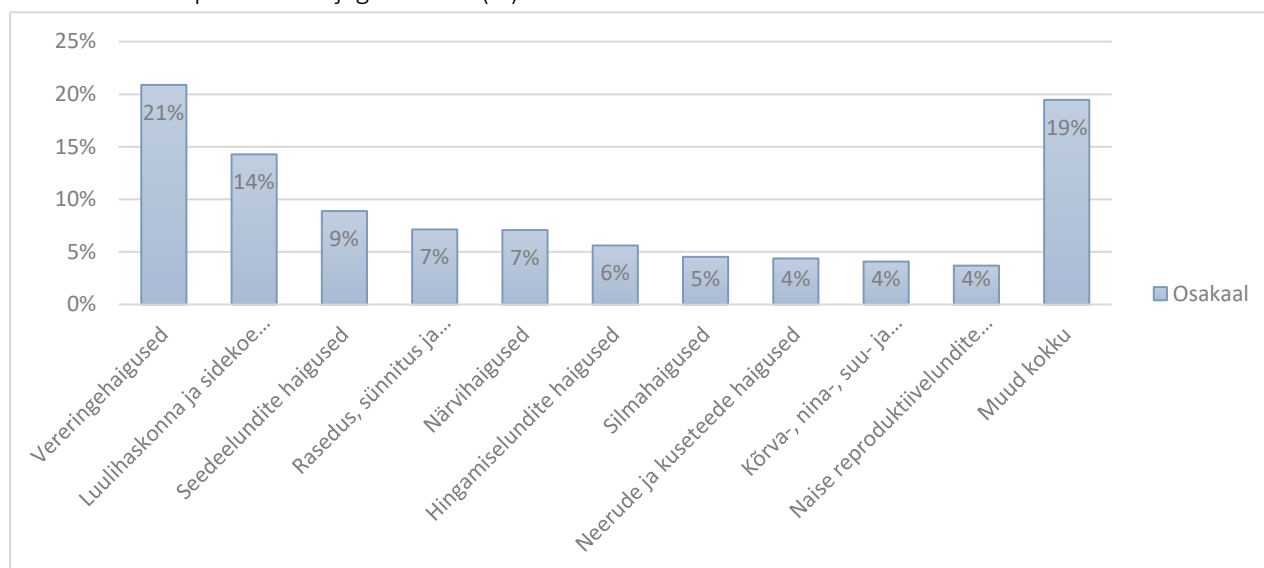


## 10. MDC ehk põhidiagnoosi kategooria kulude võrdlus.

Ravijuhtude põhidiagnoosi kategooriatesse (MDC- *major diagnostic category*) jaotumine põhineb peamiselt nende eeldataval kliinilisel sarnasusel vastavas organsüsteemis. Osal MDC-dest on kliiniline sarnasus seotud ka haiguste etioloogiaga või organismi haaratusega. MDC-de alusel kulude hindamine annab ülevaate, millise valdkonna patoloogiaga haiguste raviks on DRG-põhist tasustamise meetodit kõige rohkem kasutatud. Samas tuleb silmas pidada, et MDC-d on erineva DRG-de rühmade arvuga ning ei ole absoluutarvudes seega võrreldavad.

2019.a. Eestis kasutatud DRG grupeerimisloogikas oli 26 erinevat põhidiagnoosi kategooriat. MDC-de lõikes on suuremad kulud läbi aastate seotud vereringehaigustega, mis on seotud nende haiguste esinemissagedusega populatsioonis ning milleledele kulub üle viiendiku DRG põhise meetodil tasutud vahenditest. 14% DRG alusel tasutud vahenditest on kasutatud luu-lihaskonna ja sidekoe haiguste raviks, 9% seedeelundite patoloogiaga seotud haiguste raviks ning 7% raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodil tehtud raviarvete kulutustega (Joonis 23).

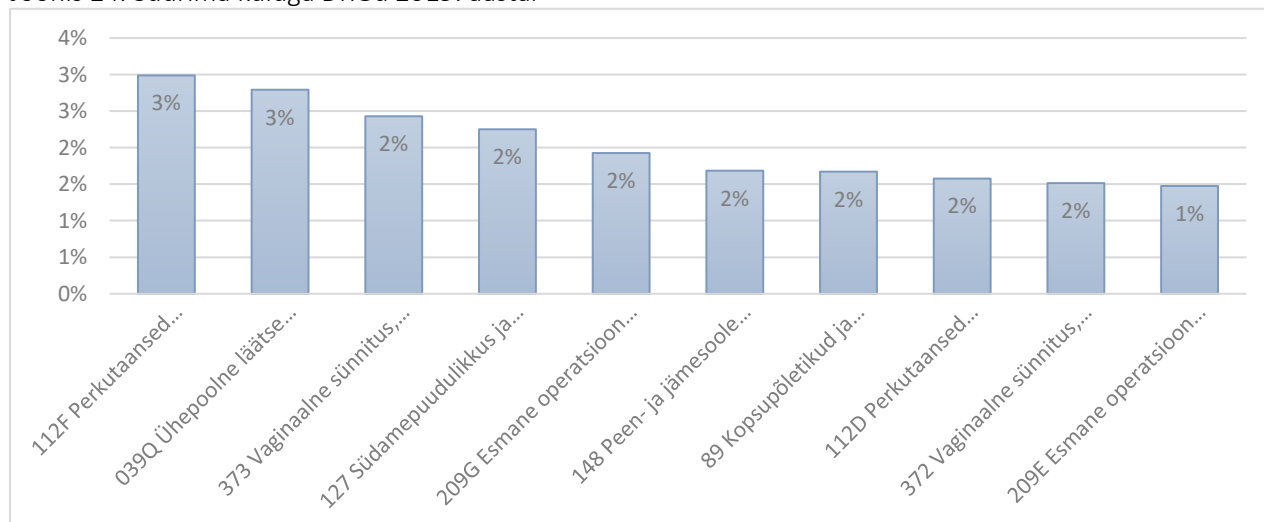
Joonis 23. DRG-põhise kulu jagunemine (%) MDC alusel 2019.aastal



## 11. Suurima kuluga DRG-d

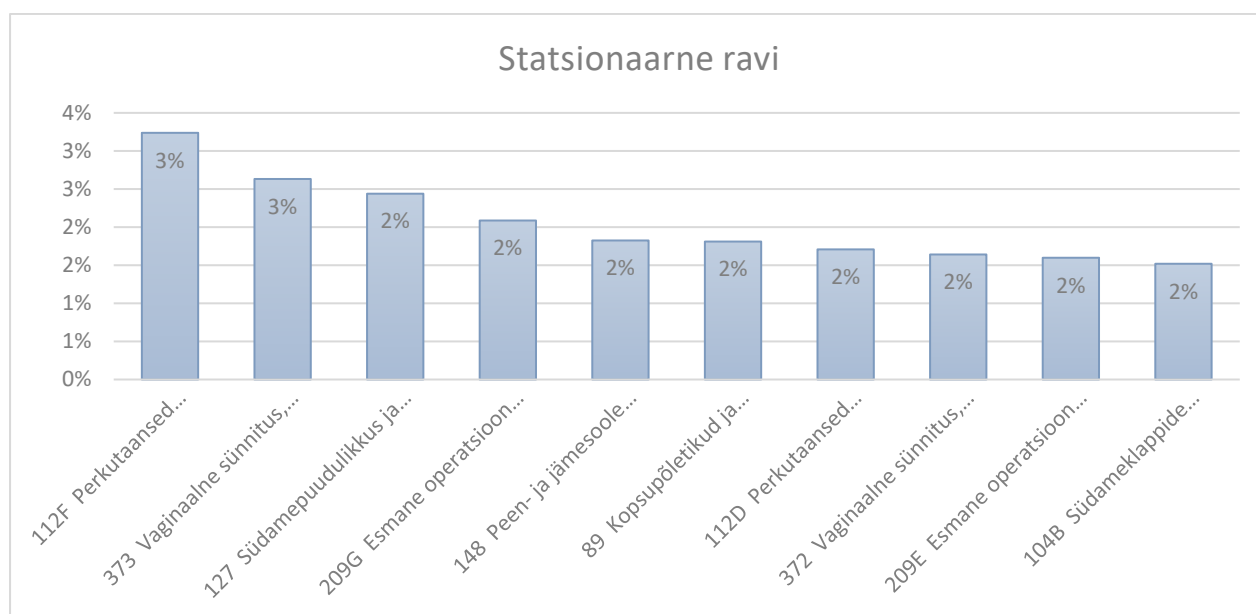
Suurima kuluga DRG-de analüüsimisel võetakse arvesse nii DRG-desse grupeerunud ja DRG alusel rahastatud kui hinnaeranditena tasutud päevaravi ja statsionaarsete ravijuhtude maksumused (välja on jäetud sisueranditega ravijuhud) kõikide teenuseosutajate arvetel 2019.aastal. Aruandes esitatakse kümme suurima kogukuluga DRGd, millele kulub suhteliselt rohkem ravikindlustusvahendeid. Kümme suurima kuluga DRGs väljamakstud summad moodustavad 20% kõikidest DRG kuludest (Joonis 24).

Joonis 24. Suurima kuluga DRGd 2019. aastal



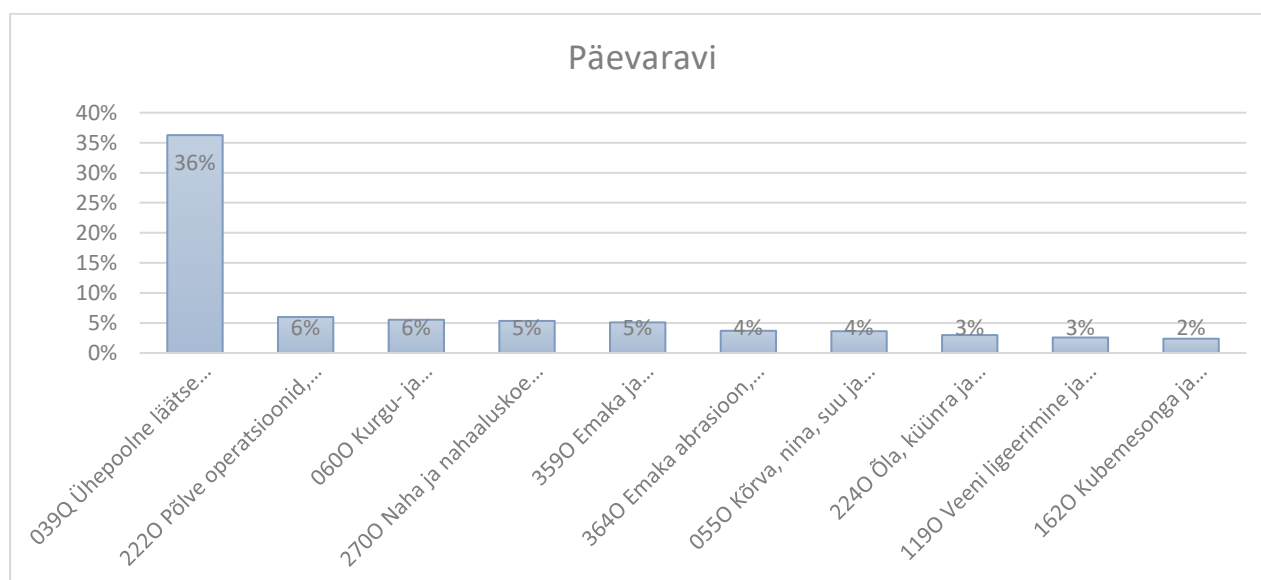
Suurim kulu osakaaluga (3%) on DRG rühm 112F „Perkutaansed kardiovaskulaarsed operatsioonid ägeda müokardi infarktiga, kaasuvate haigustega“. Kümne suurima kuluga DRG grupi kulude osakaal 2019.aastal statsionaarses ravis (arvestatud kõik teenusepakkujad kokku, ilma sisueranditeta) kokku moodustas 21% kõikidest statsionaarsete raviarvete kogukuludest. Esimese kümne suurima kulu osakaaluga DRG grupi seas on veel sünnituse DRG-d (373 ja 372) ning puusa- ja põlveliigese endoproteesimise operatsioonide grupid (209G ja 209E) grupeeruvad ravijuhud (Joonis 25).

Joonis 25. Suurima kuluga DRG gruppide kulude osakaal statsionaarses ravis 2019. aastal



Päevakirurgia ravijuhud grupeerusid kokku 108-sse DRG-sse. Päevakirurgias moodustasid kümne arvukama ravijuhuga DRG grupi eest tasutud summa kokku 74% kogu päevakirurgias tasutud summast, neist kõige suurema osakaalu andis DRG grupp 39Q „Ühepoolne läätse operatsioon, lühike ravi“, milles peamise kulu moodustab katarakti operatsioon (Joonis 26).

Joonis 26. Arvukamate DRG gruppide kulude osakaalud päevakirurgias 2019. aastal



Hinnates grupeerunud ravijuhtude arvu ja nende kulusid, siis kõige olulisema kulumõjuga DRG gruppide (vastavalt suurimad 10, 20 ja 30) kulud moodustavad läbi kõikide vaadeldud aastate üsna sarnase osakaalu nii rahaliselt kui ka arvuliselt (Tabelid 7 ja 8). 30 kõige kulukama DRG grupi rahaline osa moodustab kogukuludest ligilähedaselt 43% (41-45% erinevatel aastatel).

Tabel 7. Kulumõjukate DRG gruppide rahaline osakaal DRG kuludest statsionaarses ravis 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019 keskmine
Top 10	25%	23%	23%	21%	23%	22%
Top 20	37%	34%	35%	33%	35%	35%
Top 30	45%	43%	43%	41%	43%	43%

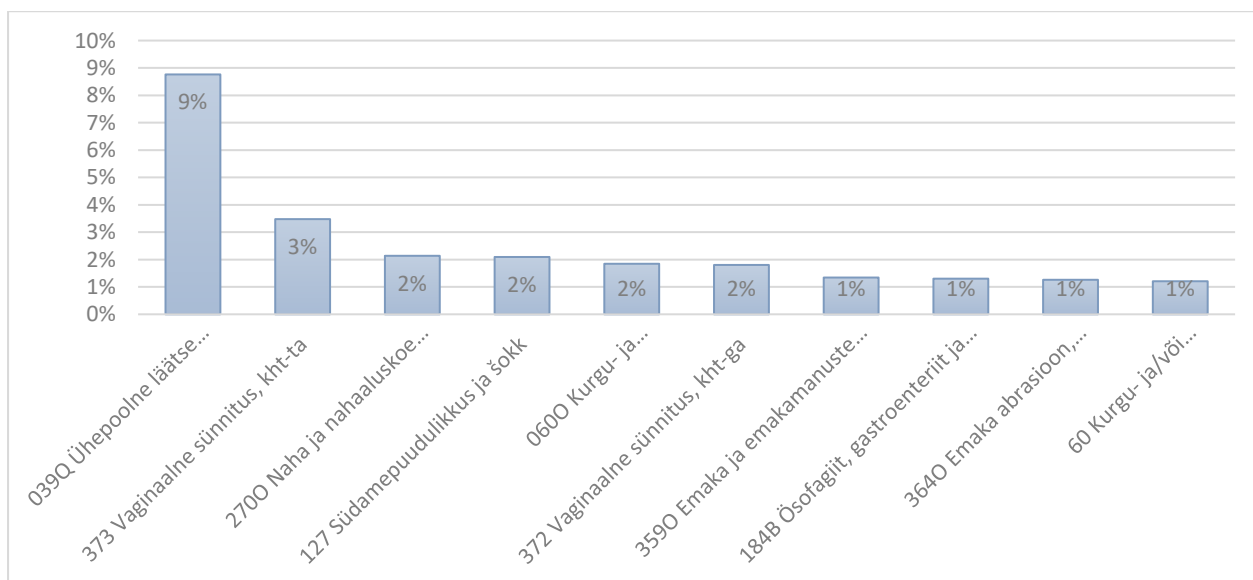
## 12. Enimkasutatavad DRG-d

Kasutuskordade alusel DRG gruppide esitamisel võetakse arvesse kõik grupeerunud ravijuhud. Aruandes esitatakse kümne suurima ravijuhtude osakaaluga DRG grupid. Kasutuskordade alusel DRG-de jälgimine annab ülevaate, millise kliinilise sisuga ravijuhte esineb suhteliselt rohkem ning kas ja kuidas varieeruvad DRG-d erinevates haiglaliikides, asutustes ja teenuse tüüpides.

Tabel 8. Kulumõjukate DRG gruppide arvuline osakaal statsionaarses ravis 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019 keskmine
Top 10	25%	25%	20%	20%	19%	22%
Top 20	34%	34%	28%	28%	28%	30%
Top 30	40%	40%	35%	34%	34%	37%

Joonis 27. Enimkasutatavad DRG rühmad kasutuse alusel, kõik teenuseosutajad kokku



## 13. DRG-de homogeensus ja hajuvus.

Rühma hajuvuse iseloomustamiseks kasutab kirjeldav statistika karakteristikut, mille nimetus on **variatsioonikordaja (tähis VI)**. Variatsioonikordaja avaldub vaadeldava kogumi (DRG rühmas olevate raviarvete) standardhälbe ja aritmeetilise keskmise suhtena. Mida suurem on variatsioonikordaja väärtus, seda suurem on vaadeldava rühma hajuvus. Mida väiksem on variatsioonikordaja, seda ühtlasem on

vaadeldav kogum. Kui variatsioonkordaja on umbes 50%, siis on rühm normaalse hajuvusega (keskmine kirjeldab tegelikku tüüpilist väärtust), kui VI on tunduvalt üle 50% siis on rühm hajuv, kui VI on tunduvalt alla 50% siis väga vähe hajuv e. homogeenne (Tabel 9).

Tabel 9. DRG-de hajuvuse näitajad 2017-2019

	Variatsiooni kordaja (VI)	2017		2018		2019	
		DRG-de arv	Osa-kaal	DRG-de arv	Osa-kaal	DRG-de arv	Osa-kaal
<b>Kokku</b>		<b>621</b>	<b>100%</b>	<b>633</b>	<b>100%</b>	<b>690</b>	<b>100%</b>
normaalse hajuvusega e. homogeenne kogum	0 - 50%	262	42%	179	28%	239	35%
suhteliselt homogeenne kogum	50 - 75%	131	21%	162	26%	153	22%
pigem hajuv kogum	75 - 100%	85	14%	122	19%	110	16%
hajuv kogum	100 - 150%	86	14%	118	19%	111	16%
väga hajuv kogum	üle 150%	45	7%	41	6%	49	7%

Tabelis 9 on DRG süsteemis olevate gruppide hajuvuse näidud kolme aasta võrdluses. Normaalse hajuvusega ehk homogeenseid gruppe on umbes üks kolmandik, suhteliselt homogeenseid veel ligi viiendik ja ülejäänud neljandik gruppe (kokku ligi 150 gruppi) on hajuvad või väga hajuvad. Selline gruppide jaotus on üsna mõisteta kui arvestada Eesti patsientide suhteliselt väikest koguarvu ja nende haigusseisundite jagunemist ligi 800 erineva DRG grupi vahel. Sellises süsteemis tekib üsna suurel hulgal väikese ravijuhtude arvuga DRG gruppe, millesse sattunud raviarved võivad oma maksumuselt erineda väga suurtes piirides.

#### IV. Kokkuvõtte ja järeldused

DRG süsteem kui rahvusvaheline ja laialt kasutusel olev tööriist haiglate töö kirjeldamiseks täidab oma eesmärgi ka Eestis, andes võimaluse läbipaistvalt iseloomustada ja analüüsida statsionaarses ja päevakirurgias toimuvat ravitegevust nii läbi haigusseisundite, sekkumiste kui ka kulude.

Kokkuvõttes saab DRG süsteemi toimimise kohta öelda:

1. DRG-sse grupeerub 99,8% statsionaarsetest raviarvetest
2. Päevaravi ravijuhtude osakaal on olnud ajas kasvav (35%lt 47%ni)
3. DRG põhiselt tasutud ravijuhtude osakaal eriarstiabi kuludest statsionaarses ravis on püsinud 70% piires
4. Peamiste rahastamismeetodite osakaalud pole aastate võrdluses oluliselt muutunud (DRG/voodipäev/ FFS/ periooditasud)
5. DRG rahaline mõju on püsinud negatiivne (-0,3 kuni -0,1%) kinnitades asjaolu, et DRG põhise rahastamise rakendamisel on teenuseosutajatele tasutud vähem võrreldes olukorraga kui tasumiseks oleks kasutatud 100% teenusepõhise rahastamist
6. Keskmine voodipäevade arv püsib Euroopa Liidu riikidega võrreldaval tasemel (5-7,5 päeva)
7. Teenuste kulude/kulugruppide struktuur raviarvetel pole oluliselt muutunud
8. Hinnaeranditega arvete osakaal ajas on kasvanud, mille üheks põhjuseks on DRG hinnaarvutamise meetodika muutus 2018. aastal. Välistada ei saa keerukamate ravijuhtudest tingitud muutusi ning raviarvete kodeerimise praktikate muudatusi (*upcoding*, *downcoding*).
9. DRG süsteem sisaldab palju hajuvaid väikese ravijuhtude arvuga DRG gruppe, millede kliinilise sisu ja tekkimise põhjuste analüüs vajab andmeanalüütiliste algoritmide ja inimsilma koostööd. Vajadusel tuleb hinnata grupeerimisloogika muutmise vajadust ja selle kohandamist.



## Ettepanekud:

- a) Analüüsida DRG põhise rahastamise meetodi täiendamise ja/või muutmise erinevaid võimalusi (näiteks 100% DRG põhise rahastamise rakendamine päevakirurgias või nende statsionaarsete teenuste korral kus on olemas ravijuhendit seisundite ravimiseks)
- b) Hinnata erinevate võimalike muudatuste mõju erinevatele asutustele läbi rahastamisreeglite muutmissettepanekute simulatsiooni
- c) Rutiinsena on vajalik käivitada raviarvete DRG grupipõhine sisuline analüüs nii kodeerimise kvaliteedi jälgimiseks kui grupeerimise loogika ja -reeglite toimimise hindamiseks ja vajadusel muutmiseks. Kõrvalekallete ja vigade kaardistamisel testida andmekaeve ja algoritmide kasutamist
- d) DRG süsteemi funktsioneerimisega seotud indikaatorite (*dashboard*) väljatöötamine ja disainimine ning huvitatud osapooltele avalikustamine.