

Ülevaade DRG-süsteemi ajaloost ja ülesehitusest



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

Trilin Habicht

Eesti Haigekassa tervishoiu-
ökonoomika spetsialist
Tartu Ülikooli majandusteaduskonna
doktorant

Ülevaate eesmärk on täpsemalt tutvustada DRG-süsteemi arengut ja loogikat ning tuua välja selle süsteemi kasutamise võimalusi. Eelmises samateemalises artiklis (vt *Lege Artis* nr 9, 2002) käsitlesime pikemalt erinevaid tasustamise mehhanisme, mida on võimalik kasutada. Samas toodi välja ka nende erinevused ravikulude riski jagamisel rahastaja ja teenuse osutaja vahel. On ilmne, et teenusepõhise tasustamise korral on ravikulude risk rahastaja kanda ning teise äärmuse – perioodipõhise tasu korral – jääb risk teenuse osutaja kanda. Juhupõhine tasustamine, mida käesolevas artiklis DRG-süsteemi näol põhjalikumalt käsitletakse, on süsteem, kus ravikulude risk jaotub teenuse rahastaja ning osutaja vahel.

Mis on DRG?

Lühend DRG tuleb ingliskeelsetest sõnadest *diagnosis related group*, mis eesti keelde tõlgituduna võiks olla “diagnoosiga seotud rühm”. Paraku on see eestikeelne nimetus küllaltki kohmakas. Samuti näitavad kogemused, et niisuguse nimetuse kasutamine tekitab segadust, sest paljudele seostub sõna “diag-

noos” ennekõike RHK-ga (rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooniga). Kuivõrd enamikus riikides, sõltumata riigikeelest, on kasutusele võetud termin DRG, siis oleme selguse mõttes seda teinud ka Eestis. Teatud mõttes on DRG oma olemuselt sarnane juba praegu tervishoiuteenuste loetelus olevate kompleksteenustega ning võibki öelda, et tegu on omamoodi kompleksteenuste süsteemiga.

Oluline on DRG-süsteemi puhul meeles pidada, et seda kasutatakse praegu veel põhiliselt statsionaarses aktiivravivis ja päevakirurgias. Juhupõhiseid süsteeme on välja töötatud ka teiste arstiabi liikide tarvis (ambulatoorne arstiabi), kuid need ei ole praegu veel maailmas nii levinud.

DRG-süsteemi väljatöötamine

DRG-süsteemi arendamisega alustati 1960. aastate lõpus Yale'i ülikoolis Ameerika Ühendriikides. Sellest pidi saama süsteem, mis võimaldaks jälgida haigla tegevust. Loomulikult ei ole haigla töö nii selge kui näiteks mõne tehase tootmisprotsess, kus on kindlad standardid ja suhteliselt lihtsalt määratletav ühe toote valmistamiseks vajalike materjalide ja tööjõu kulu. Haigla juhtidel oli aga vaja järjest täpsemalt mõõta ja hinnata haiglas toimuvat, nii saadigi idee vajaliku süsteemi väljatöötamiseks just tööstusettevõtetest. Teatud üldistustasemel võib haigla tegevust lähendada tootmisettevõttes toimuvale ja kuna juhtimisprobleemidki on neis ettevõtetes enamasti sarnased, siis saab tootmisettevõttes sobinud lahendusi kasutada ka haiglates. Juba XX sajandi alguses tuntu muret, et haiglates pööratakse sageli tähelepanu pigem teenuste osutamise kui patsientide ravimise protsessile. Saadi aru, et oleks vaja välja arendada mingisugune juhupõhine süsteem, mis võimaldaks haigla

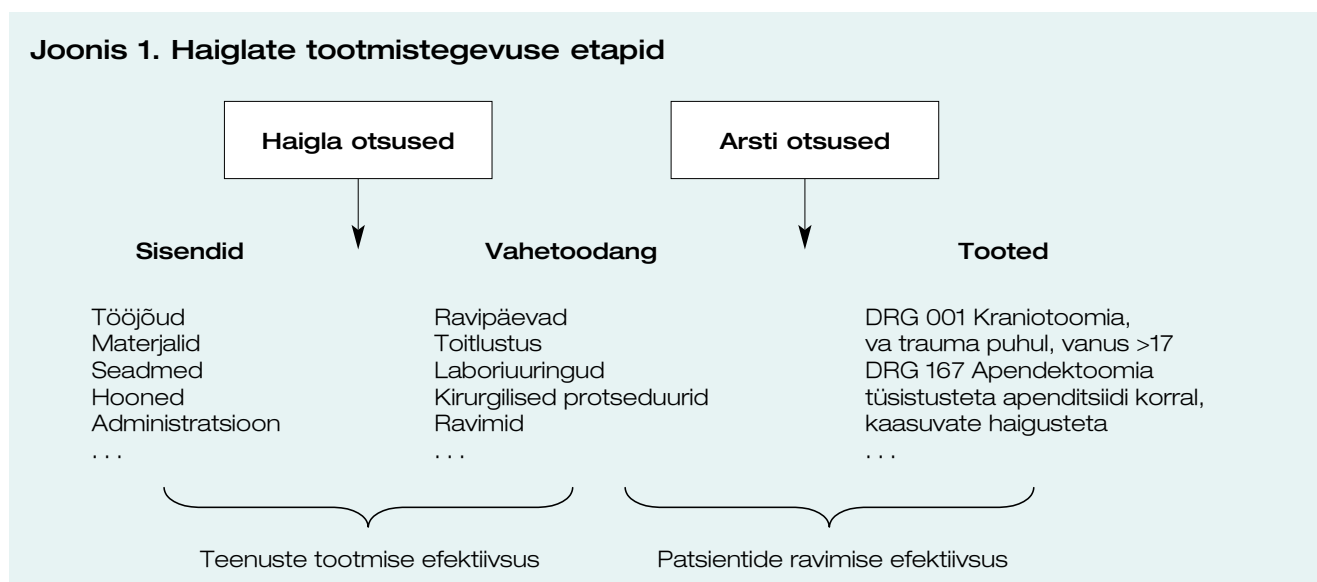
tegevust jälgida. Kuivõrd puudusid infotehnoloogilised vahendid, siis oli vasta-va süsteemi väljatöötamine ääretult keeruline, sest see vajas suure hulga patsientide kliiniliste andmete töötlemist ning esimeste reaalse tulemusteni jõuti alles 1969. aastal. Paralleelselt statistilise andmetöötlusega küsitleti ka arste ja lasti neil kirjeldada oma ravitegevuse olulisi elemente. Lisaks kliinilisele informatsioonile koguti ka kuluandmeid ja selle tulemusena töötati välja süsteem, mis võimaldab identifitseerida nii kliiniliselt kui ka ressursikulult sarnaseid patsientide rühmi. Loomulikult võib teatud tasemel pidada igat patsienti unikaalseks, kuid uue süsteemi väljatöötamisel oli eesmärk leida sarnasusi, mitte keskenduda erinevustele.

DRG-süsteemi paremaks mõistmiseks tuleb selgitada, mida mõistetakse haigla “toote” all. Haigla toodanguks peetakse üldjuhul ravijuhtu, mis omakorda koosneb üksikutest uuringutest, protseduuridest ja voodipäevadest. Terminite “toode” ja “tootmine” kasutamine haigla puhul võib olla taunitav, kuigi samas ollakse harjunud kõnelema “teenustest” ja “teenuste osutamist”. Selle lähenemise alusel on võimalik haigla tootmistegevus jagada kaheks etapiks (vt joonis 1). Esimeses etapis toimub teenuste ehk n-ö vahetoodangu tootmine, milleks kasutatakse eri sisendeid (materjalid, tööjõud jne). Selles etapis on tootmise efektiivsus (väikseimad sisendite kulud, mis on vajalikud teatud kindlal kvaliteeditasemel teenuste tootmiseks) põhiliselt määratletav haigla juhtimise kaudu. Mida odavamalt suudetakse mingit teenust toota, seda kasulikum on see raviasutusele. Praegu, mil Eestis domi-

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

¹ Sõna “toode” on otsetõlge ingliskeelsest terminist “product”, mida erialakirjanduses kasutatakse haigla tegevuse iseloomustamiseks.

Joonis 1. Haiglate tootmistegevuse etapid



neerib teenusepõhine rahastamine, ongi mõtet panna rõhku üksnes teenuste tootmise efektiivsuse parandamisele. Samas on teine väga oluline osa patsientide ravimise efektiivsus ehk millised vahetoodangud valib arst patsiendi ravimiseks. Teisiti öelduna tähendab see, et patsiendi ravimiseks valib raviarst vajalikud uuringud, protseduurid, voodipäevad. Praeguse tasustamise süsteemi korral, mis koosneb põhiliselt teenuse- ja voodipäevapõhistest tasudest, puudub ravisutusel suur huvi pöörata tähelepanu selle etapi efektiivsuse muutmisele, sest otsest rahalist kokkuhoidu see ei anna. Samas, kui keskendutakse üksnes teenustele, siis on oht, et unustatakse ära haigla põhiline eesmärk – haigete ravimine.

Nagu eespool mainitud, oli DRG-süsteemi vaja haigla tegevuse jälgimiseks. Ja eelnev jutt haigla toodangust oli selleks, et selgitada DRG-süsteemi peamist omapära. DRG-süsteem on patsientide klassifitseerimise süsteem, mis aitab määratleda haigla toodangu ehk selle, milliseid patsiente ravisutus ravib. Niisuguse süsteemi väljatöötamine oli küllaltki keeruline, sest ravimise protsess on väga spetsiifiline ja kõik patsiendid on täiesti unikaalsed. Probleem oli veel see, et alati ei saa ka patsiendi seisundit üheselt defineerida ja eri arstid ravivad ühesuguseid haigusi erinevalt. Vaatamata sel-

lele püüti ikkagi välja töötada süsteem, mis kirjeldaks võimalikult hästi haigla tegevust, kuid oleks samal ajal ka kergesti kasutatav. Selleks pidi loodav süsteem arvestama teatud kriteeriumidega.

a) **DRG-süsteemi aluseks olev informatsioon pidi olema kergesti kättesaadav rutiinselt kogutavatest andmetest.** Selliseks infoks on patsiendi vanus, sugu, põhidiagnoos ja kaasuvad diagnoosid ning teostatud kirurgiline protseduur.

b) **DRG-süsteemi rühmade arv peab olema piiratud.** Mida rohkem on rühmasid, seda vähem on igas rühmas ravi juhte ning seda raskem on teha sisukat võrdlust.

c) **Ühte rühma kuuluvad patsiendid peavad olema sarnase eeldatava ressursikuluga.** See ei tähenda, et ühte rühma kuuluvad patsiendid on kõik identse ressursikuluga. Pigem tähendab see, et ressursikulu varieeruvus on teada ja ennustatav.

d) **Ühte rühma kuuluvad patsiendid peavad olema kliiniliselt sarnased.** Kliiniline sarnasus määratakse DRG-süsteemis enamasti organsüsteemi, mitte etioloogia alusel. Kui haigus on seotud kindla organsüsteemiga ja tal on kindel etioloogia (näiteks pahaloomuline neerukasvaja), siis DRG-süsteem arvestab grupeerimisel organsüsteemi. Mõningatel juhtudel aga

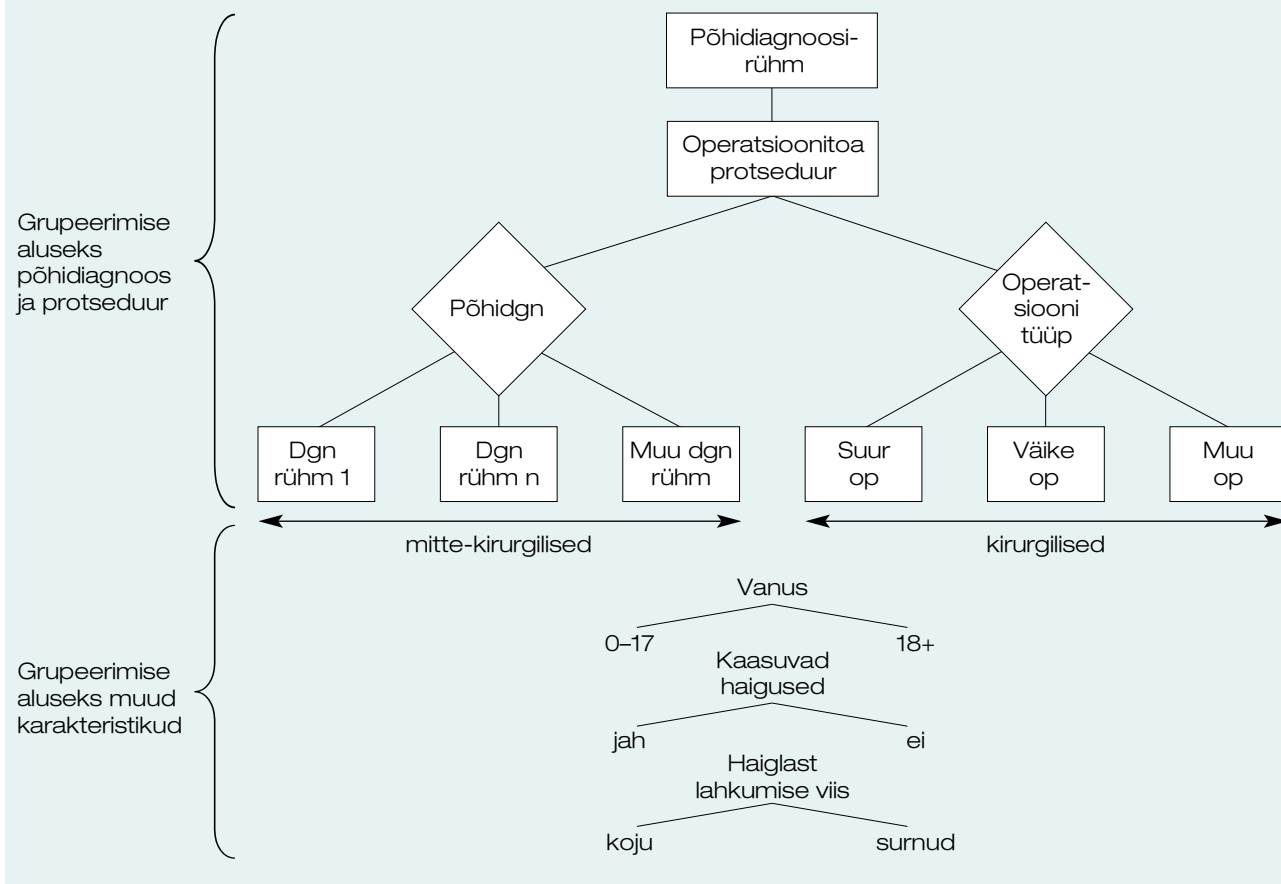
arvestatakse ka etioloogiat (näiteks infektsioonid, mis hõlmavad kogu organismi, nagu HIV).

DRG-süsteemi loogika

DRG-süsteemi väljatöötamisel pöörati tähelepanu kahele olulisele aspektile: ravi juhtude kliinilisele sarnasusele ja ressursikulude sarnasusele. Nendele kahele aspektile tugineb ka kogu DRG-süsteemi loogika. DRG grupeerimisloogika (ehk see, kuidas ravi juht satub ühte või teise rühma) on lihtsustatud kujul esitatud ka joonisel 2. Esmalt määratakse põhidiagnoosi alusel patsiendile põhidiagnoosirühm (*main diagnostic category*, MDC). Põhidiagnoosirühmadesse grupeerimine toimub kliinilist sarnasust silmas pidades, kliiniline sarnasus määratletakse enamasti organsüsteemi alusel. Näiteks on põhidiagnoosirühmad silmahaigustele, hingamiseldite haigustele jne. Põhidiagnoosirühmade hulk võib DRG-süsteemides olla erinev, kuid enamasti on see 25.

Järgnevalt võetakse grupeerimisloogikas arvesse seda, kas patsiendile on tehtud üldjuhul operatsioonituba vajav kirurgiline protseduur või mitte. Kirurgiliste protseduuridega juhud jaotatakse omakorda vastavalt operatsiooni ressursikulule, et tagada kulude osas võimalikult homogeensete rühmade tekkimine. Mittekirurgilised ravi-

Joonis 2. Rühmadesse grupeerimine



juhud grupeeritakse aga sarnast ressursikulu eeldavate põhidiagnooside alusel. Igas põhidiagnoosirühmas on tavaliselt ka üks kirurgiline ja üks mittekirurgiline rühm, mis on mõeldud "muudele haigustele" ja "muudele operatsioonidele". Need on vajalikud harva esinevate diagnooside ja operatsioonide grupeerimiseks.

Edasi toimub jagunemine muude patsiendi karakteristikute (vanus, kaasuvad diagnoosid) alusel, aga seda ainult juhul, kui need tegurid põhjustavad olulist erinevust ravijuhu ressursikulus. Kaasuvate diagnoosidena ei võta DRG-süsteemi loogika arvesse mitte kõiki diagnoose, vaid ainult neid, mille puhul on leitud, et need suurendavad ravijuhu ressursikulu. Suures osas on kaasuvate diagnooside loetelu kõigil juhtudel ühesugune, kuid sõltuvalt põhidiagnoosist on ka erinevusi.

Patsiendi vanust arvestatakse grupeerimisloogikas samuti juhtudel, kui vanus

tingib olulisi erinevusi ravijuhude ressursikulus. Enamasti on vanuse piiriks, mida arvesse võetakse, 17 aastat. Näiteks on eraldi rühmad kurgu- ja/või ninaneelumandli eemaldamise korral alla 17-aastastele ja üle 17-aastastele.

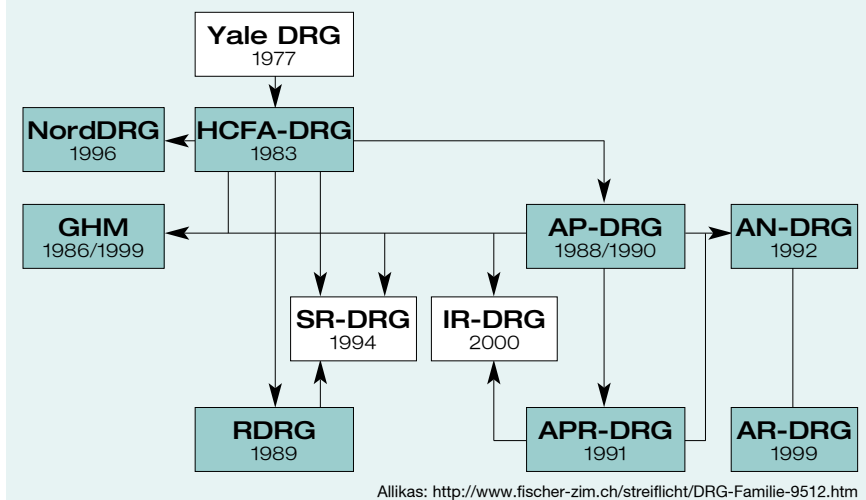
Kirjeldatud loogikat kasutades grupeerib vastav arvutiprogramm kõik ravijuhud rühmadesse. Kõige visuaalsemalt on DRG-süsteemi loogikat kirjeldanud põhjamaalased NordDRG näitel ning see on kättesaadav ka internetiaadressil [http://norddrdg.kuntaliitto.fi/manual_2003_EST].

DRG-süsteemi areng

Üks põhilisi väärtusi on, et DRG-süsteem töötati välja kui tasustamise vahend. Tegelikult loodi DRG-süsteem hoopiski haiglate juhtimiseks ja alles hiljem leiti, et sedasama põhimõtet saab kasutada ka tasustamiseks. Praktikas võeti DRG-süs-

teem esimest korda tasustamise alusena kasutusele 1983. aastal Ameerika Ühendriikides. Tänapäevaks on DRG-süsteemi rakendatud paljudes riikides, kuid oma ülesehituse loogika poolest toetuvad need kõik Ameerika Ühendriikides väljatöötatud süsteemile (vt joonis 3). Esialgselt HCFA-DRG (Health Care Financing Administration DRG) süsteemist on Ameerika Ühendriikides välja kasvanud RDRG (Refined DRG), AP-DRG (All Patient DRG), SDRG (Severity DRG) ja APR-DRG (All Patient Refined DRG), mis kõik üritavad rohkemal või vähemal määral arvesse võtta haiguse raskusastet, kuid vajavad seejuures tunduvalt spetsiifilisemat alginformatsiooni (sh patsiendi haiguse raskusastme määramine). Samas on ka pidevalt arenenud esialgne HCFA-DRG süsteem, mis on muutunud samuti mõningal määral detailsemaks. Tuntuimad muu maailma DRG-süsteemi edasiarendused on Austraalias kasutusel

Joonis 3. DRG-süsteemi areng



olevad AN-DRG (Australian National DRG) ja AR-DRG (Australian Refined DRG) ning Põhjamaades väljatöötatud NordDRG.

DRG-süsteemi hakati 1990-ndatel väga laialt kasutusele võtma kogu maailmas. Lisaks on osas riikides juurutatud DRG-süsteemiga analoogseid juhupõhiseid süsteeme. Need ei ole küll klassikalised DRG-süsteemid, kuid tegu on siiski suhteliselt sarnase põhimõttega patsientide klassifikaatoritega. Näiteks on Austrias välja töötatud LDF (Leistungsbezogene Diagnose-Fallgruppen) ja Inglismaal on kasutusel HBG (Health Benefit Groups) ja HRG (Health Resources Groups) süsteemid. Selliseid patsientide klassifikaatoreid nimetatakse üldisemalt ka *casemix*-süsteemideks.

See, kuidas üks või teine riik DRG-süsteemi kasutab, sõltub paljuski selle riigi teravishoiukorraldusest. Lisaks haiglaravijuhude rahastamisele võimaldab DRG-de süsteem veel:

- paremini analüüsida mingi piirkonna ravivajadusi (DRG kajastab tunduvalt paremini patsiendi ravivajadust kui ainult RHK või osutatud teenuste hulk eraldi, sest DRG võimaldab siduda kliinilise diagnoosi patsiendi oodatava ressursivajadusega);
- tegevusel põhinevat eelarve ja lepingute planeerimist;
- kulude ja kvaliteedi juhtimist, mis tagab

ressursside efektiivsema kasutamise teravishoiusüsteemis;

- võrdlevat analüüsi raviasutuste lõikes töökoormuse ning ravijuhude struktuuri (*casemix*) osas;
- võrrelda patsientide ravivajadusi ja ressursitarbimist rahvusvahelisel tasandil.

Kokkuvõte

Käesoleva ülevaate eesmärk oli ennekõike tutvustada DRG-süsteemi. Kokkuvõtteks tuleb rõhutada, et DRG-süsteem ei ole mitte ainult raviasutuste tasustamise vahend, vaid ka klassifikaator, mis võimaldab täpsemini määratleda raviasutuste tegevust. DRG-süsteemi kui klassifikaatori suurimaks plussiks peetakse, et see võimaldab ravijuhud klassifitseerida nii kliiniliselt kui ka ressursikulult sarnastesse rühmadesse. Järgnevates ajakirjanumbrites on kavas kirjutada juba täpsemalt Põhjamaade NordDRG-süsteemist ja sellest, kuidas plaanitakse Eestis DRG-süsteemi rakendada. **la**

Allikad

1. Habicht T, Palu T. Üleminek juhupõhisele aktiivravi rahastamisele haiglates. Eesti Arst 2001; Lisa 4: 9–13.
2. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization, Geneva 2000.
3. Fetter RB, Brand DA, Gamache D. DRGs. Their design and development. Health Administration Press, Michigan 1991.
4. Habicht T, Habicht J. Erinevad tasustamise süsteemid teravishoius. Lege Artis 2002; 9: 10–4.

Система DRG

Оплата каждого случая оказания услуги, что рассматривается в данной статье на примере DRG-системы, является таким типом оплаты, когда риск расходов разделяется между лицом, оплачивающим услугу, и лицом, оказывающим ее. Система DRG основывается на клинических данных и информации о расходах, что дает возможность идентифицировать сходные клинически и по ресурсоемкости группы пациентов. На основе диагноза для пациента определяется группа основных диагнозов. Так же берется во внимание проведена хирургическая процедура или нет. Хирургические вмешательства, в свою очередь, делятся соответственно ресурсоемкости операции. Не хирургические случаи группируются также на основе затраченных средств и основного диагноза. Далее идет разделение по другим характеристикам пациентов (возраст, сопутствующие диагнозы), но это только в случае, если эти факторы также приводят к значительным затратам во время лечения. Используя описанную методику компьютерная программа группирует все случаи в отдельные группы.

Система DRG позволяет:

- Лучше анализировать потребности разных округов
- Планировать бюджет и заключение договоров
- Регулировать расходы и качество, что помогает эффективнее использовать ресурсы
- Сравнить различные медицинские учреждения по рабочей нагрузке и типам случаев
- Сравнить потребность в лечении и затрате ресурсов в международном масштабе.