



Ligoninių apmokėjimo problemos ir jų galimi sprendimai

Valstybinės ligonių kasos prie SAM
pranešimas

Vilnius, 2014-10-14



Pranešimo planas

I. Bendroji dalis:

1. Ligoninių finansavimą įtakojuojantys veiksniai
2. Centralizuotų pirkimų optimizavimas
3. DRG vieta ligoninių finansavime

II. Specialioji dalis. Ligoninių pastabų bei pasiūlymų dėl DRG apžvalga ir VLK vertinimai bei pasiūlymai



I. BENDROJI DALIS.

1. LIGONINIŲ FINANSAVIMĄ ĮTAKOJANTYS VEIKSNIAI



PSDF lėšų paskirstymas pagal TLK

PSDF išteklių paskirstymas TLK pagal formules

Planuojant lėšas atsižvelgiama į praėjusio laikotarpio faktinį paslaugų vartojimą ir šiuos kriterijus:

- gyventojų skaičių;
- gyventojų amžių (14 amžiaus grupių);
- gyventojų lytį;

Vilniaus TLK

Kauno TLK

Klaipėdos TLK

Šiaulių TLK

Panevėžio TLK

TLK paskirsto lėšas ASPĮ:

- atsižvelgiant į visų paslaugų faktinį vartojimą;
- mažinant vartojimo netolygumus.

ASPĮ

ASPĮ

ASPĮ

ASPĮ

ASPĮ

ASPĮ

ASPĮ

ASPĮ

ASPĮ

ASPĮ

ASPĮ

Tai padėjo užtikrinti paslaugų prieinamumo skirtumą ir vartojimo netolygumų tarp skirtingų Lietuvos regionų mažėjimą.



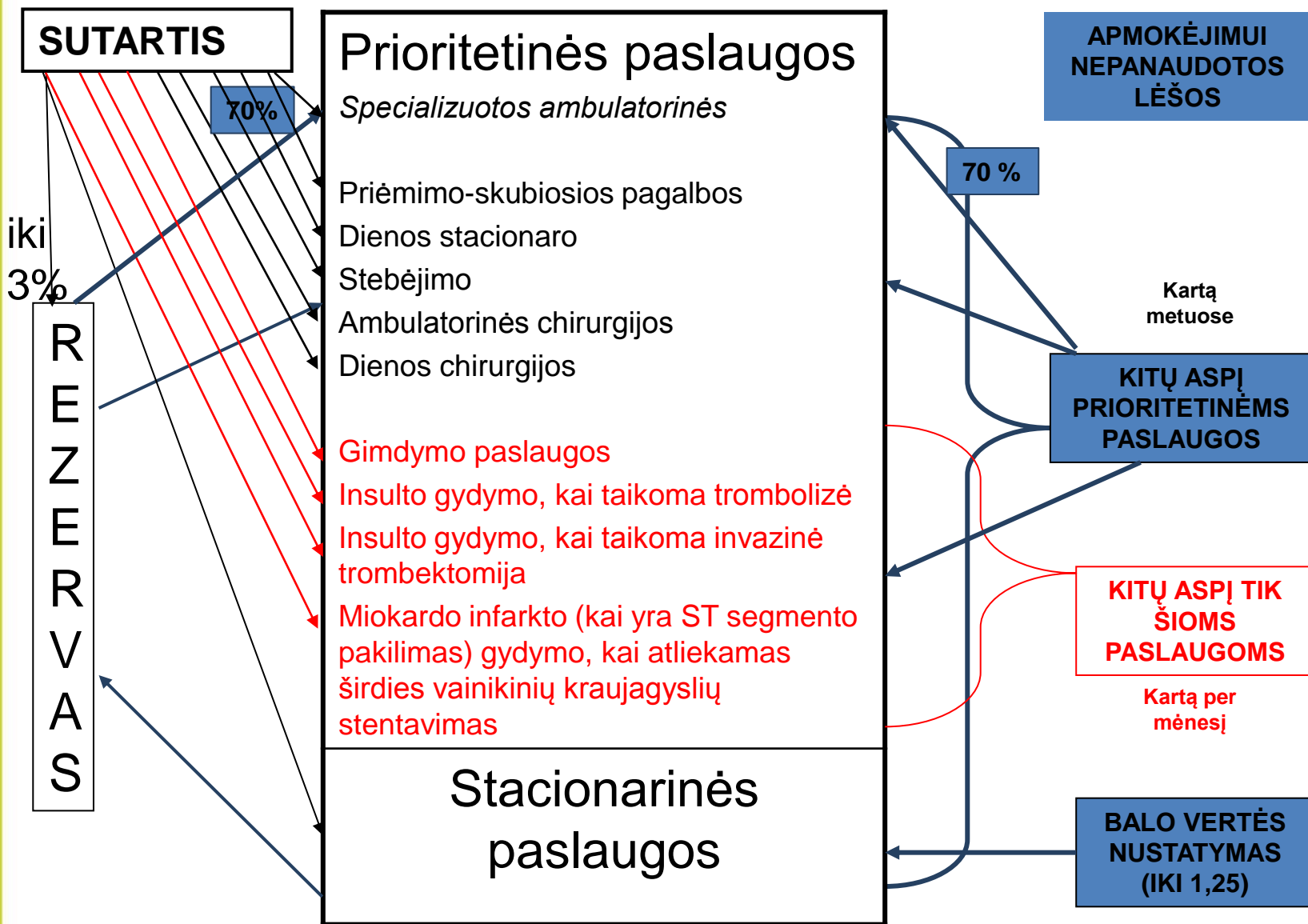
STACIONARINIŲ PASLAUGŲ SUTARTINIŲ SUMŲ APSKAIČIAVIMO TVARKA

- Gimdymo, insulto gydymo, kai taikoma trombolizė, insulto gydymo, kai taikoma invazinė trombektomija, miokardo infarkto (kai yra ST segmento pakilimas) gydymo, kai atliekamas širdies vainikinių kraujagyslių stentavimas paslaugų kiekis ir suma joms apmokėti planuojami pagal faktinį suteiktų paslaugų kiekį nustatytais kainomis
- sutartinė suma kitoms stacionarinėms paslaugoms planuojama pagal praėjusių metų sutartinę sumą
- planuojamas suteikti stacionarinių paslaugų skaičius nustatomas atsižvelgiant į esamą ir planuojamą pasiekti hospitalizacijos rodiklį
- jei yra perteklinė hospitalizacija, planuojamas suteikti paslaugų kiekis mažinamas tik tuo atveju, jei ASPĮ teikiamos paslaugos yra nesudėtingas, jas daugumoje atvejų galima teikti kitomis paslaugų teikimo formomis (ne stacionare)
- apskaičiuota sutartinė suma perskaičiuojama skirtam tų metų TLK biudžetui
- apskaičiuota sutartinė suma gali būti koreguojama ASPĮ ir TLK derybų metu



PASLAUGŲ APMOKĖJIMO SCHEMA

ASPĮ paslaugos





STACIONARINIŲ PASLAUGŲ APMOKĖJIMO 2014 M. AKTUALIJOS

Nuo 2014 m. mokama už faktiškai suteiktą paslaugų kiekį faktinėmis aktyviojo gydymo atvejo kainomis (balais), kurių vieno balo vertė yra lygi 0,93 lito, šių paslaugų:

- gimdymo;
- insulto gydymo, kai taikoma trombolizė;
- insulto gydymo, kai taikoma invazinė trombektomija;
- miokardo infarkto (kai yra ST segmento pakilimas) gydymo, kai atliekamas širdies vainikinių kraujagyslių stentavimas.



Vilniaus TLK veiklos zonos balo vertės, pagal kurias apmokėtos stacionarinės paslaugos (veiklos zonos įstaigos) 2014 metų I pusmetis

ASPĮ pavadinimas	2014 m. I pusmečio balo vertė
VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	0,92
VšĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė	0,95
VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos	0,98
VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika	1,47
VšĮ Vilniaus universiteto Onkologijos institutas	0,98
VšĮ Vilniaus gimdymo namai	1,26
LR VRM medicinos centras	0,90
VšĮ Alytaus apskrities St. Kudirkos ligoninė	0,97
VšĮ Ukmergės ligoninė	0,95
VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė	0,87
VšĮ Druskininkų ligoninė	1,08
VšĮ Elektrėnų ligoninė	1,18
VšĮ Lazdijų ligoninė	1,01
VšĮ Šalčininkų rajono ligoninė	0,88
VšĮ Širvintų ligoninė	0,82
VšĮ Švenčionių rajono ligoninė	1,00
VšĮ Trakų ligoninė	0,99
VšĮ Varėnos ligoninė	1,05
VšĮ Alytaus apskrities tuberkuliozės ligoninė	1,20
VšĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė	1,06
VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras	0,90
UAB "Kardiolita"	1,21
UAB "Socialiniai ir sveikatos projektai"	0,93



Kauno TLK veiklos zonos balo vertės, pagal kurias apmokėtos stacionarinės paslaugos (veiklos zonos įstaigos) 2014 metų I pusmetis

ASPĮ pavadinimas	2014 m. I pusmečio balo vertė
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos	0,94
VšĮ Kauno klinikinė ligoninė	0,88
VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė	0,88
VšĮ Jonavos ligoninė	1,01
VšĮ Kėdainių ligoninė	0,92
VšĮ Marijampolės ligoninė	1,03
VšĮ Kaišiadorių ligoninė	0,83
VšĮ Kalvarijos ligoninė	1,32
VšĮ Kazlų Rūdos ligoninė	0,88
VšĮ Prienų ligoninė	1,06
VšĮ Raseinių ligoninė	0,94
VšĮ Šakių ligoninė	0,94
VšĮ Vilkaviškio ligoninė	0,90



Klaipėdos TLK veiklos zonos balo vertės, pagal kurias apmokėtos stacionarinės paslaugos (veiklos zonos įstaigos) 2014 metų I pusmetis

ASPĮ pavadinimas	2014 m. I pusmečio balo vertė
VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė	0,84
VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė	0,93
VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė	0,86
VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė	0,97
VšĮ Tauragės ligoninė	1,01
VšĮ Gargždų ligoninė	0,93
VšĮ Jurbarko ligoninė	0,91
VšĮ Kretingos ligoninė	1,00
VšĮ Šilalės rajono ligoninė	0,78
VšĮ Šilutės ligoninė	0,94



Šiaulių TLK veiklos zonos balo vertės, pagal kurias apmokėtos stacionarinės paslaugos (veiklos zonos įstaigos) 2014 metų I pusmetis

ASPI pavadinimas	2014 m. I pusmečio balo vertė
VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	0,95
VšĮ Mažeikių ligoninė	0,98
VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	0,94
VšĮ Joniškio ligoninė	1,03
VšĮ Kelmės ligoninė	0,89
VšĮ Kuršėnų ligoninė	0,91
VšĮ N.Akmenės ligoninė	0,81
VšĮ Pakruojo ligoninė	0,86
VšĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninė	0,96
VšĮ Radviliškio ligoninė	0,96



Panevėžio TLK veiklos zonos balo vertės, pagal kurias apmokėtos stacionarinės paslaugos (veiklos zonos įstaigos) 2014 metų I pusmetis

ASPI pavadinimas	2014 m. I pusmečio balo vertė
VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	0,82
VšĮ Utenos ligoninė	0,85
VšĮ Anykščių rajono savivaldybės ligoninė	1,01
VšĮ Biržų ligoninė	0,95
VšĮ "Ignalinos rajono ligoninė"	0,90
VšĮ Kupiškio ligoninė	0,86
VšĮ Molėtų ligoninė	0,89
VšĮ Pasvalio ligoninė	0,90
VšĮ Rokiškio rajono ligoninė	0,92
VšĮ Visagino ligoninė	0,77
Zarasų rajono savivaldybės VšĮ Zarasų ligoninė	0,92
VšĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninė	0,83



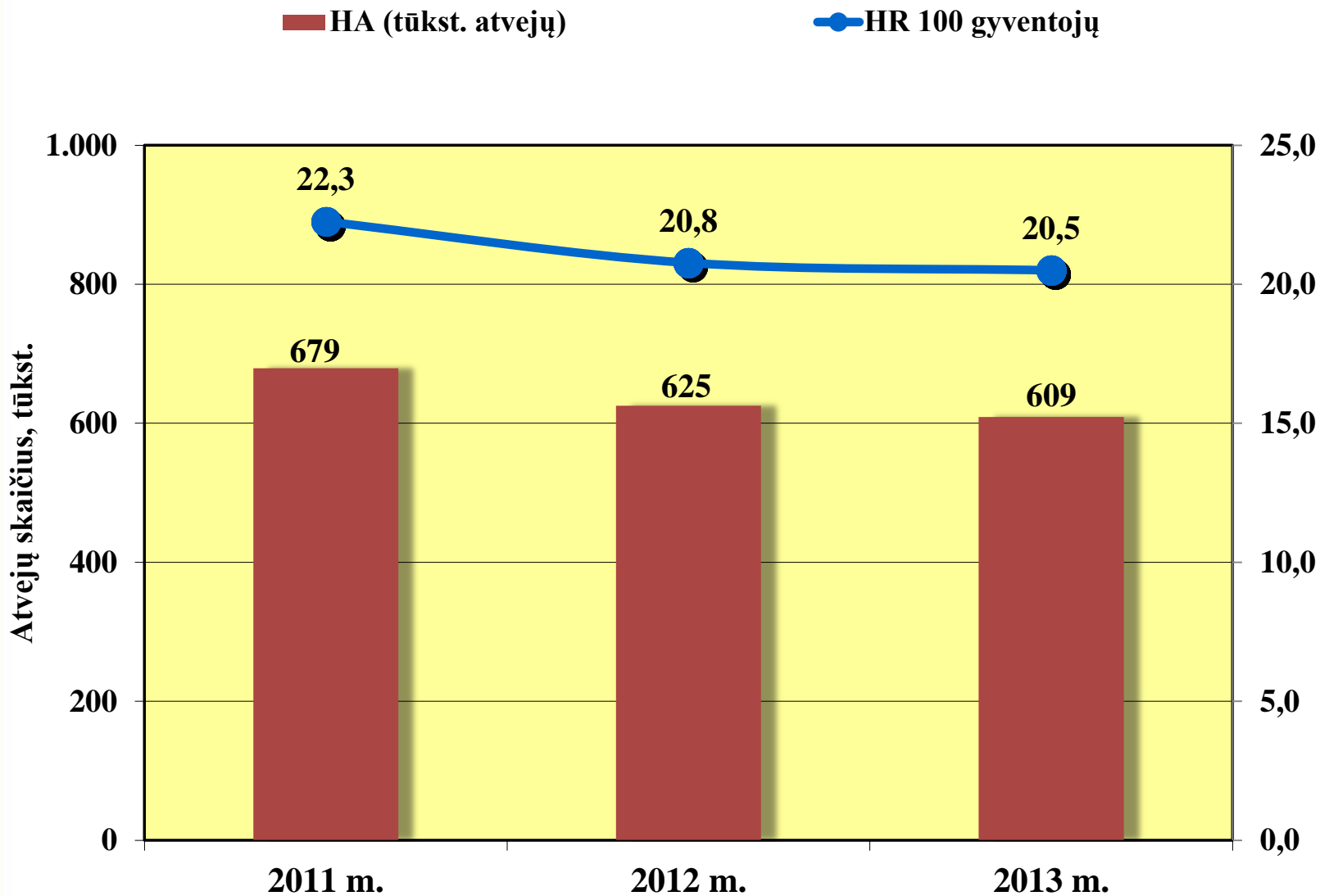
ES ŠALIŲ AKTYVAUS GYDYMO HOSPITALIZACIJOS RODIKLIAI, 2011 M.

ES Šalis	Aktyvaus gydymo (acute care) hospitalizacijos rodiklis / 100
Austrija	25,84 (I)
Belgija	16,7 (2010 m.)
Kroatija	15,48
Čekija	19,03
Estija	15,81
Prancūzija	16,45 (2010 m.)
Vokietija	22,33 (III)
Vengrija	17,46
Latvija	15,42
Lietuva	22,46 (II)
Olandija	11,52 (2010 m.)
Norvegija	17,53 (2010 m.)
Lenkija	15,86
Slovėnija	16,07
Ispanija	11,09
Švedija	15,51
Jungtinė Karalystė	13,31
ES vidurkis	15,79
ES narių nuo 2004 m. vidurkis	17,54

Šaltinis: PSO duomenų bazė adresu: <http://data.euro.who.int/hfad/b/tables/tableB.php?w=1920&h=1080>



Hospitalizacijos atvejų skaičius 100 gyventojų 2011 m. – 2013 m.

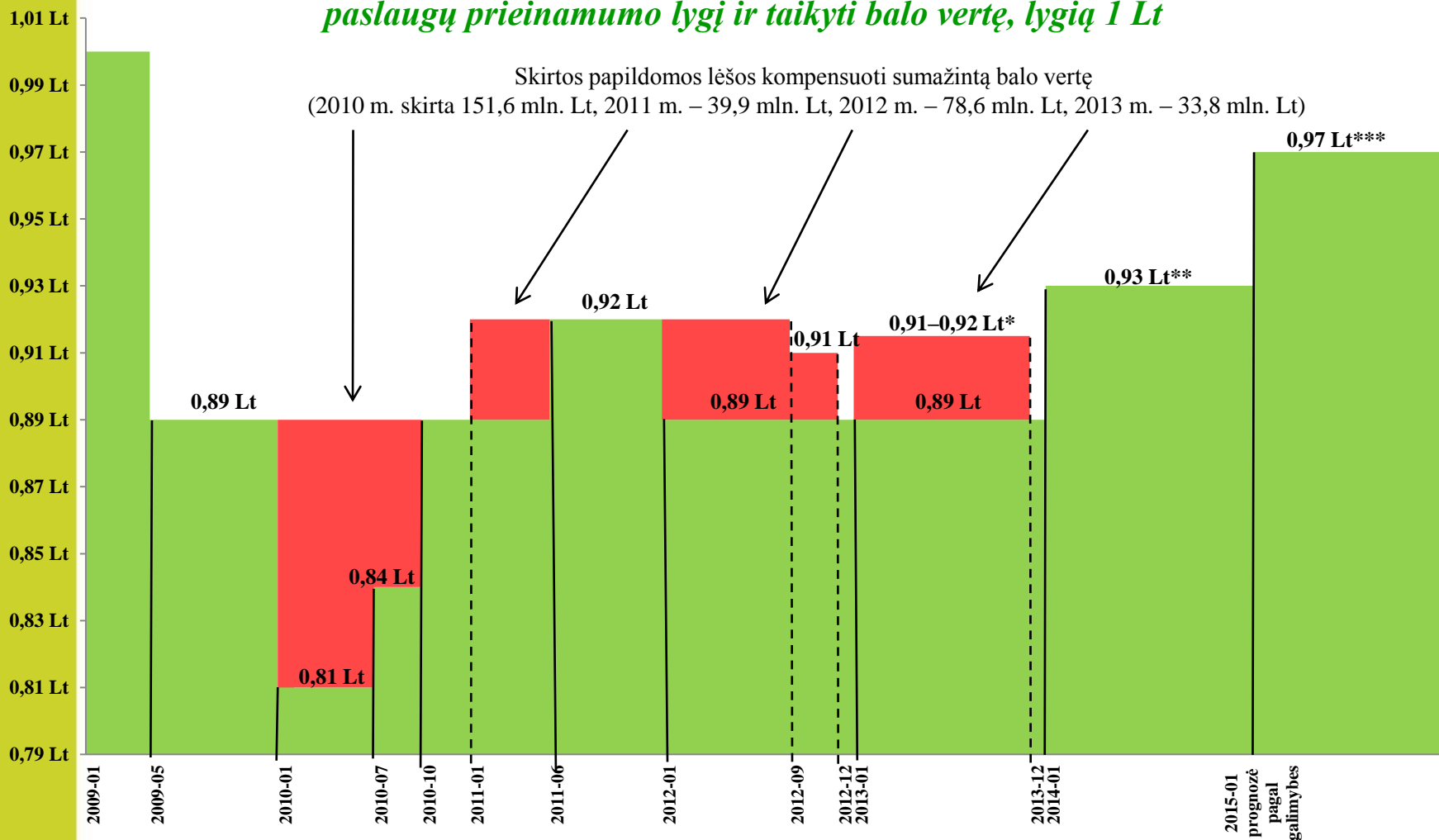




Mažiausia patvirtinta bazinių kainų balo vertė 2009–2015 m.

(PSDF biudžeto 01, 03, 05 išlaidų straipsniai)

2009–2014 m. sveikatos sektorius negavo virš 1 mlrd. Lt, siekiant išlaikyti tą patį paslaugų prieinamumo lygį ir taikyti balo vertę, lygią 1 Lt

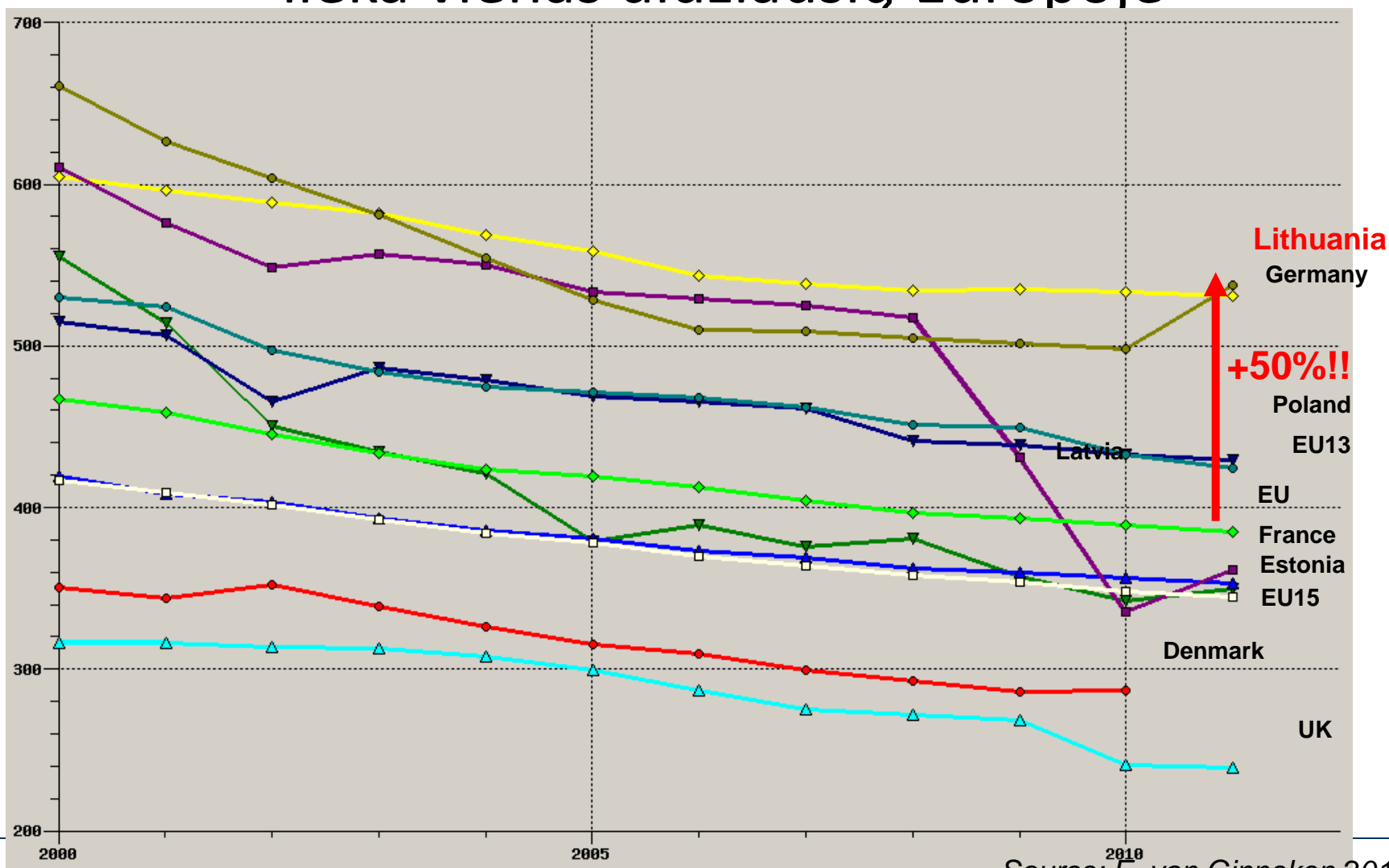


* Tik viešųjų ASPI suteiktų stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, vaikų medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų ir paslaugų, teikiamų pagal sveikatos programas ir apmokamų bazinėmis kainomis (išskyrus žmogaus organų ir audinių transplantacijos paslaugas).

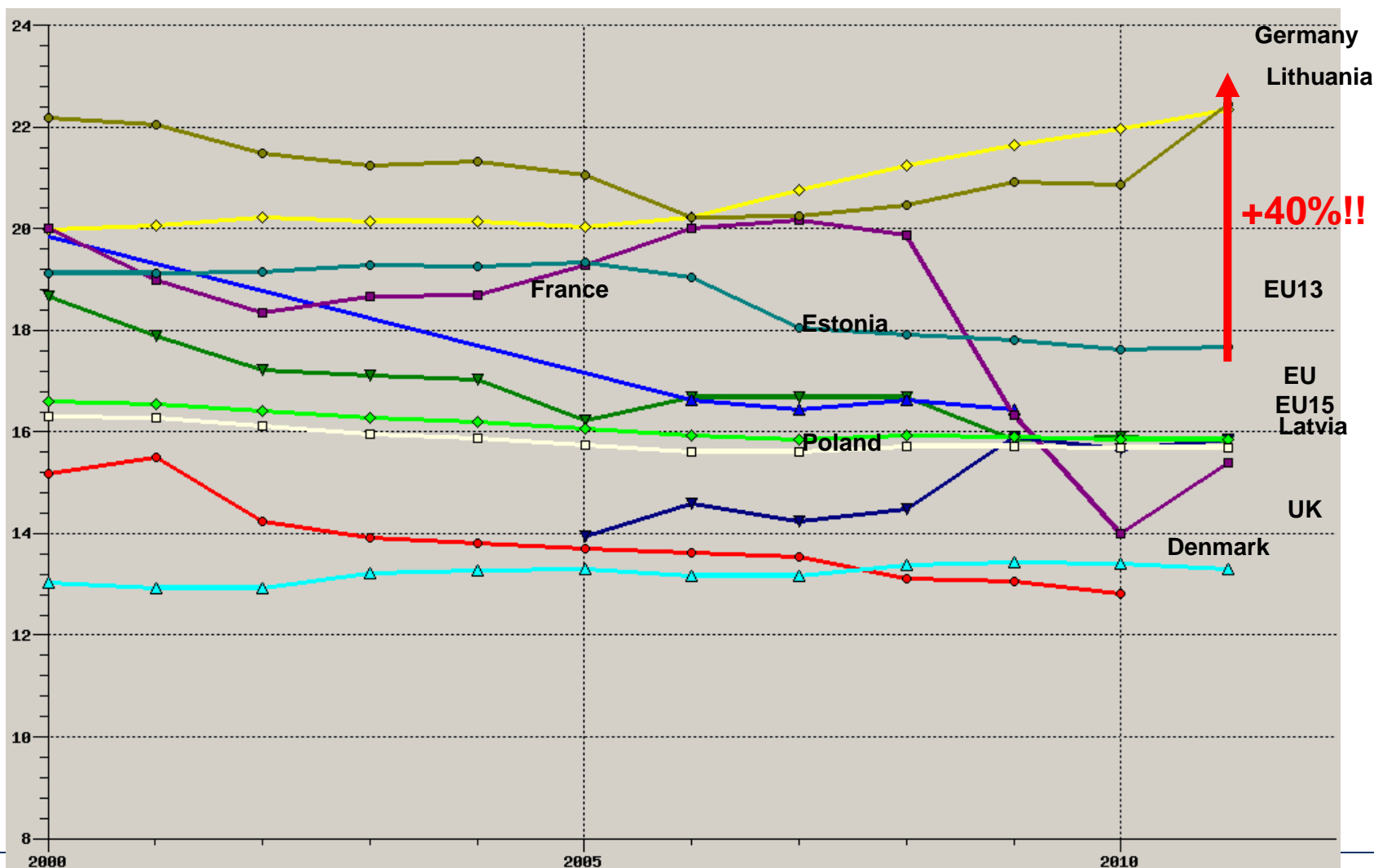
** Išskyrus kai kurias medicininės rehabilitacijos paslaugas (jų balo vertė – 0,91 Lt) bei dantų protezavimo paslaugas (jų balo vertė – 0,89 Lt).

*** Nuo 2015-01-01 bazinės kainos bus perskaičiuotos pagal oficialų euro ir lito kursą, o jų balo vertės bus nustatytos eurais. Numatoma, kad mažiausia teisės aktais nustatyta balo vertė turėtų sudaryti 0,97 euro.

Tačiau: aktyvaus gydymo lovų skaičiaus rodiklis lieka vienas didžiausių Europoje



Aktyvaus gydymo atvejų skaičius auga nuo 2006





VLK atliktų ligoninių efektyvumo analizių išvados

- Nors pagal vidutinę aktyviojo gydymo atvejų trukmę esame ties ES vidurkiu, tačiau dar kiek atsiliegame nuo pažangesnių bei kai kurių kaimyninių šalių
- Vidutinė gydymo trukmė atliekant klubo sąnario endoprotezavimo operacijas labai skirtinga (nuo 7 iki 17 dienų); ypač dideli skirtumai respublikos ir regiono lygmens ligoninių tarpe
- Nemaža galimybė padidinti efektyvumą – padidinti bent penkių paprastų planinių chirurginių operacijų atlikimą dienos chirurgijos sąlygomis (kataraktos, adenoidų, išvaržų, kojų venų, laparoskopinės tulžies pūslės operacijos)
- Kita galimybė – sutrumpinti paciento buvimo laiką gydymo įstaigoje, planinę operaciją atliekant hospitalizavimo dieną
- Be to, per 2013 metus buvo 36 tūkst. atvejų, kai pacientai ligoninėse praleido 1 lovadienį: 15 tūkst. buvo išrašyti tą pačią dieną, o 21 tūkst. kitą dieną po paguldymo – akivaizdus potencialas dienos paslaugoms



Pagrindiniai VLK pasiūlymai dėl ligoninių veiklos efektyvinimo ir atitinkamai finansinių rezultatų gerinimo

- Hospitalizavimo mažinimas, dienos paslaugos vietoje stacionarinių
- Stacionarinės priežiūros efektyvinimas:
 - Planinė operacija tą pačią dieną
- Ligoninių tinklo ir ligoninių lovų skaičiaus optimizavimas

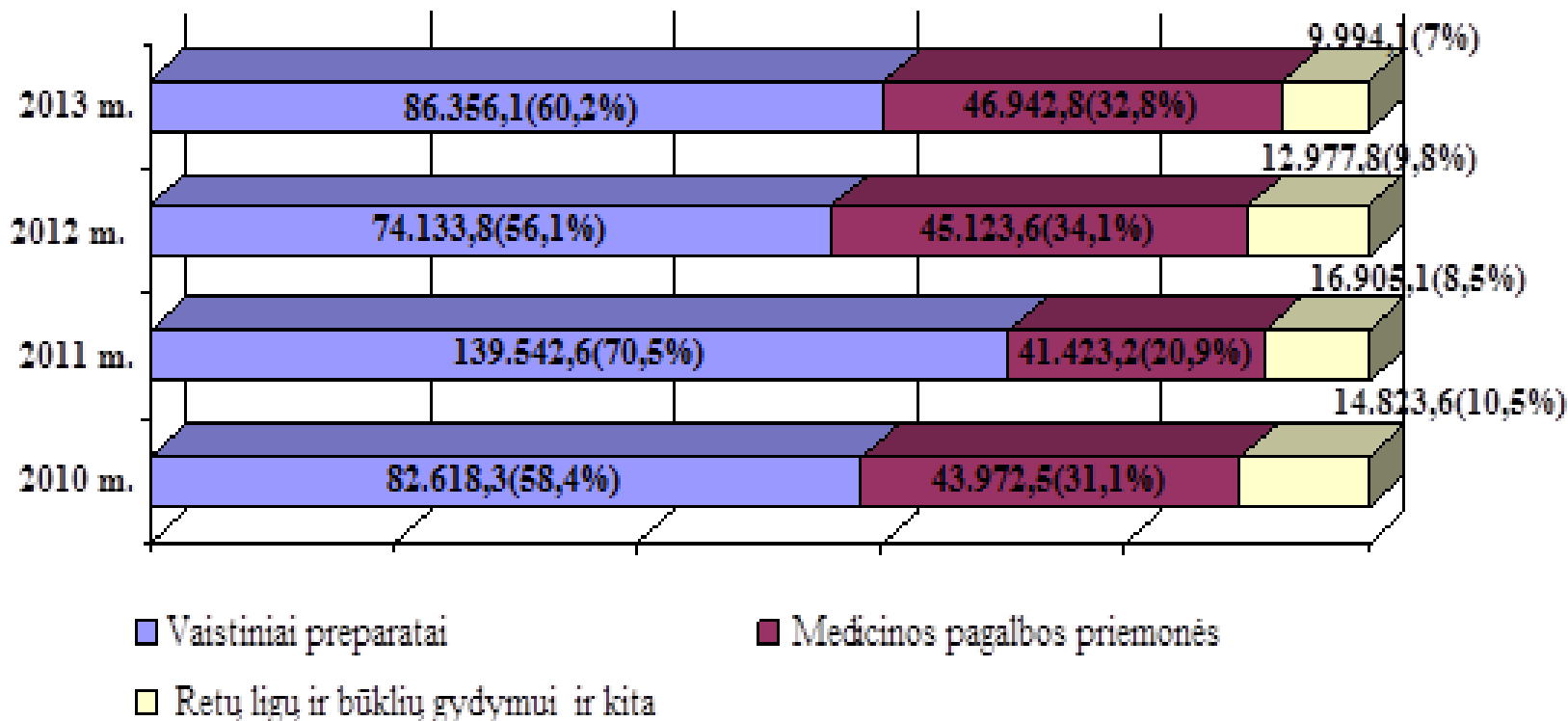


2. CENTRALIZUOTŲ PIRKIMŲ OPTIMIZAVIMAS



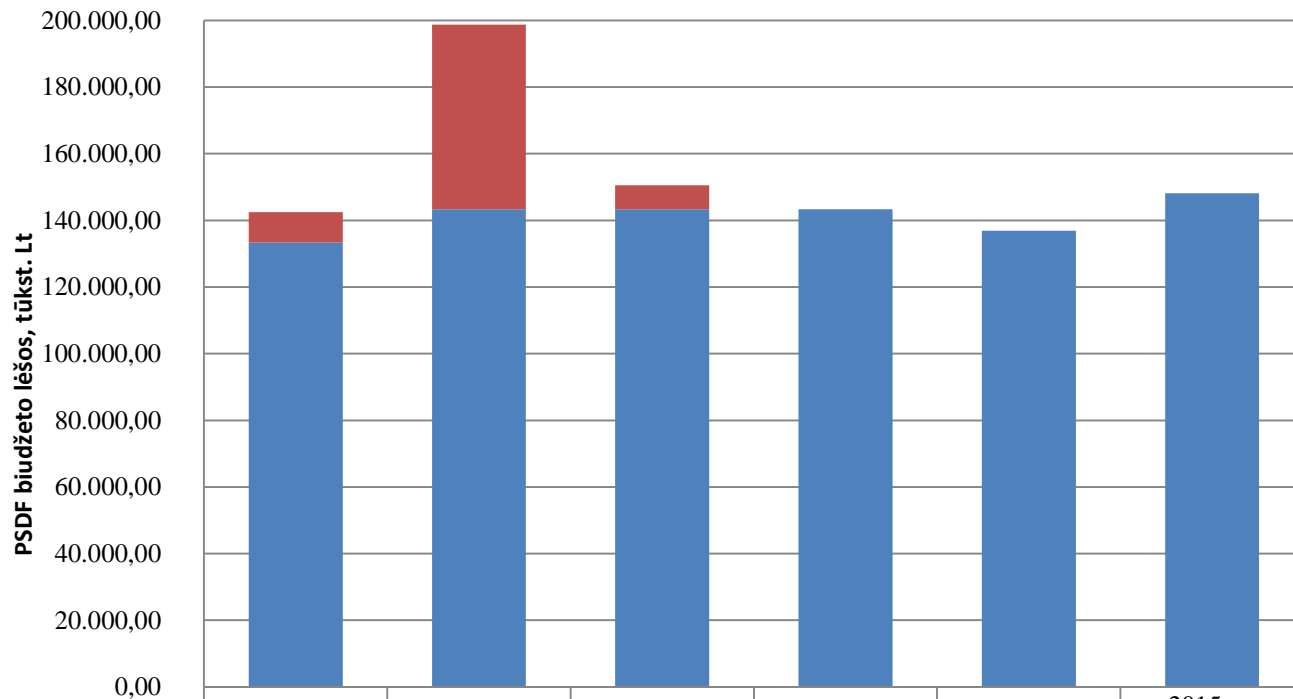
PSDF lėšų, skirtų centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP apmokėti, pasiskirstymas

Centralizuotai įsigytų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidų apmokėtų iš PSDF biudžeto struktūra





PSDF biudžeto lėšų, skirtų centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP, dinamika 2010 m. - 2015 m.



■ PSDF biudžeto rezervo lėšos, tūkst. Lt

■ PSDF biudžeto lėšos, tūkst. Lt

2010 m.

2011 m.

2012 m.

2013 m.

2014 m.

2015 m.
prognozė

9.210,00

55.400,00

7.193,00

133.291,00

143.291,00

143.291,00

143.291,00

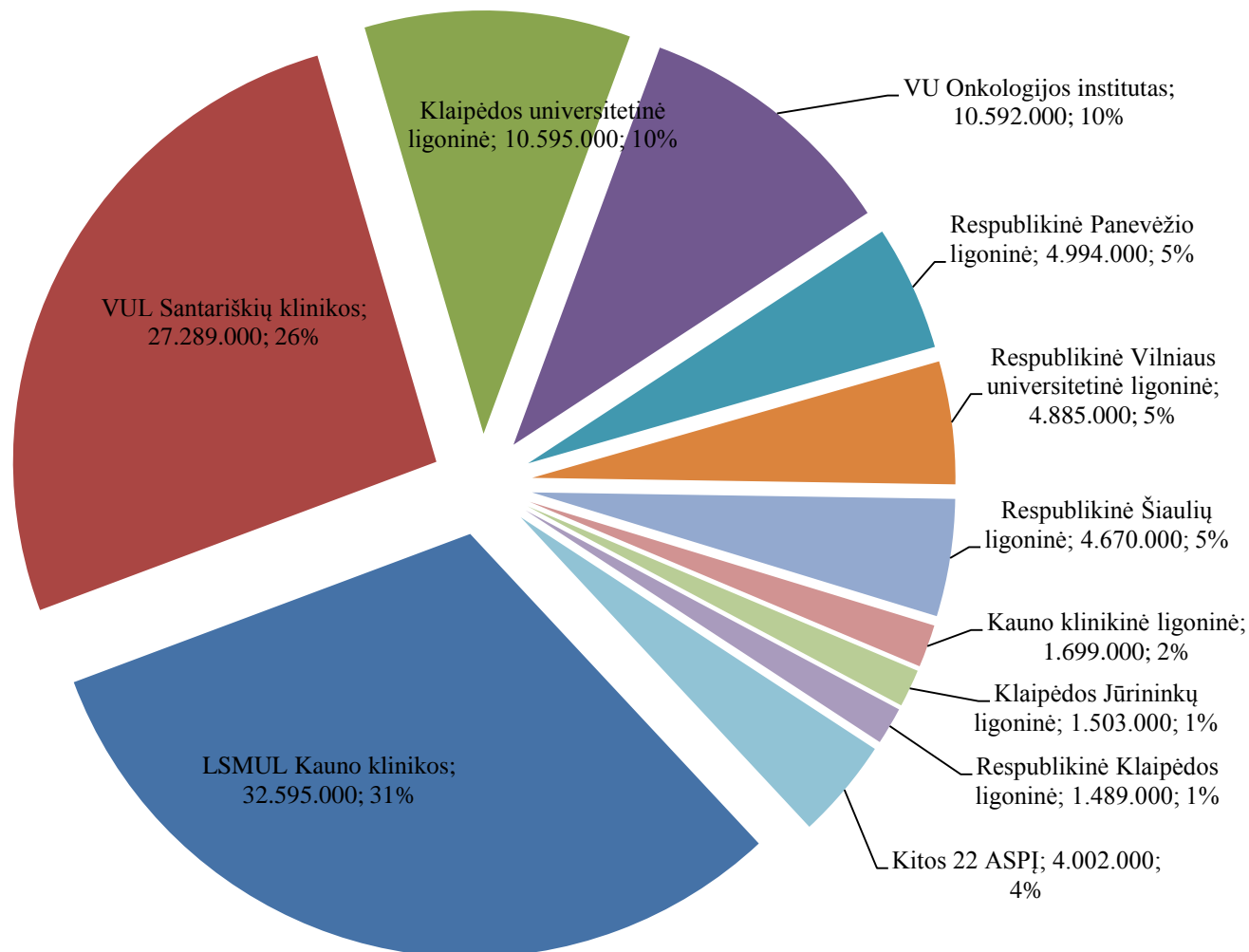
136.873,00

148.118,00



Lėšų centralizuotai apmokamiems stacionare naudojamiems vaistams ir MPP pasiskirstymas pagal gydymo įstaigas 2013 m.

Stacionariniams vaistams ir MPP – 104.313.000 Lt (be vaistų ir MPP ambulatoriniam gydymui bei retoms ligoms gydyti)





Centralizuotai apmokami vaistai. Pagrindinės veiklos kryptys 2013 m. - 2015 m.

- 1. Monopoliniai vaistai. Derybos.
- 2. Įtraukimo/išbraukimo iš sąrašo kriterijai:
 - 2.1. Vaistams
 - 2.2. MPP
- 3. Pastovus, o ne kasmetinis sąrašas.
- 4. Panaudojimo kontrolė.



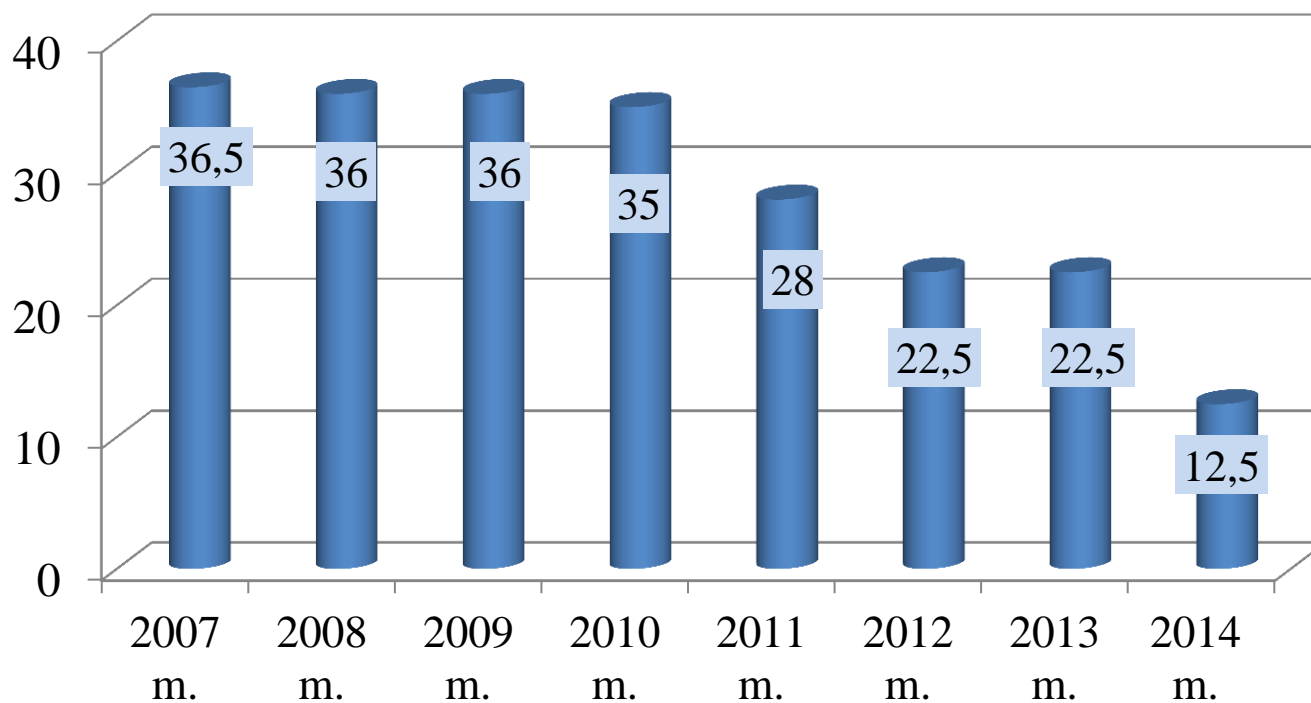
Centralizuotai apmokami vaistai 2013 m. – 2014 m.

Vaistai	Vaistų sąrašė skaičius 2013 m.	Vaistų sąrašė skaičius 2014 m.	Komentaras
Stacionare vartojami konkurenciniai vaistai	2	3	-
Stacionare vartojami monopoliniai vaistai	13	12	-
Pigūs stacionare vartojami vaistai	5	0	Įskaičiuojama į aktyviojo gydymo paslaugų kainą
Vaistai, skirti ambulatoriniam gydymui	8	1	Perkelta/perkeliamą į kompensuojamųjų vaistų sąrašą



Vaistai, turintys konkurenciją. TNF inhibitorių reumatoidiniam artritui gydyti kainų dinamika 2007 - 2014 m.

■ Paciento, sergančio reumatoidiniu artritu vienerių metų gydymo kaina, tūkst. Lt



2011 m. naujiems pacientams gydyti skirti vaistai pradėti pirkti užtikrinant gamintojų konkurenciją kiekvienai ligai gydyti skirtiems vaistams.



Centralizuotai apmokami monopoliniai vaistai.

Derybos 2013 m. – 2014 m.

Igyvendinant Šešioliktosios Vyriausybės 2012-2016 metų programos, kuriai pritarta LRS 2012-12-13 nutarimu Nr. XII-51, 282 priemonę, SAM 2013-05-13 įsakymu Nr. V-505 sudaryta Tarpinstitucinė derybų dėl centralizuotai iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų vaistinių preparatų kainų nustatymo komisija (toliau – Komisija).

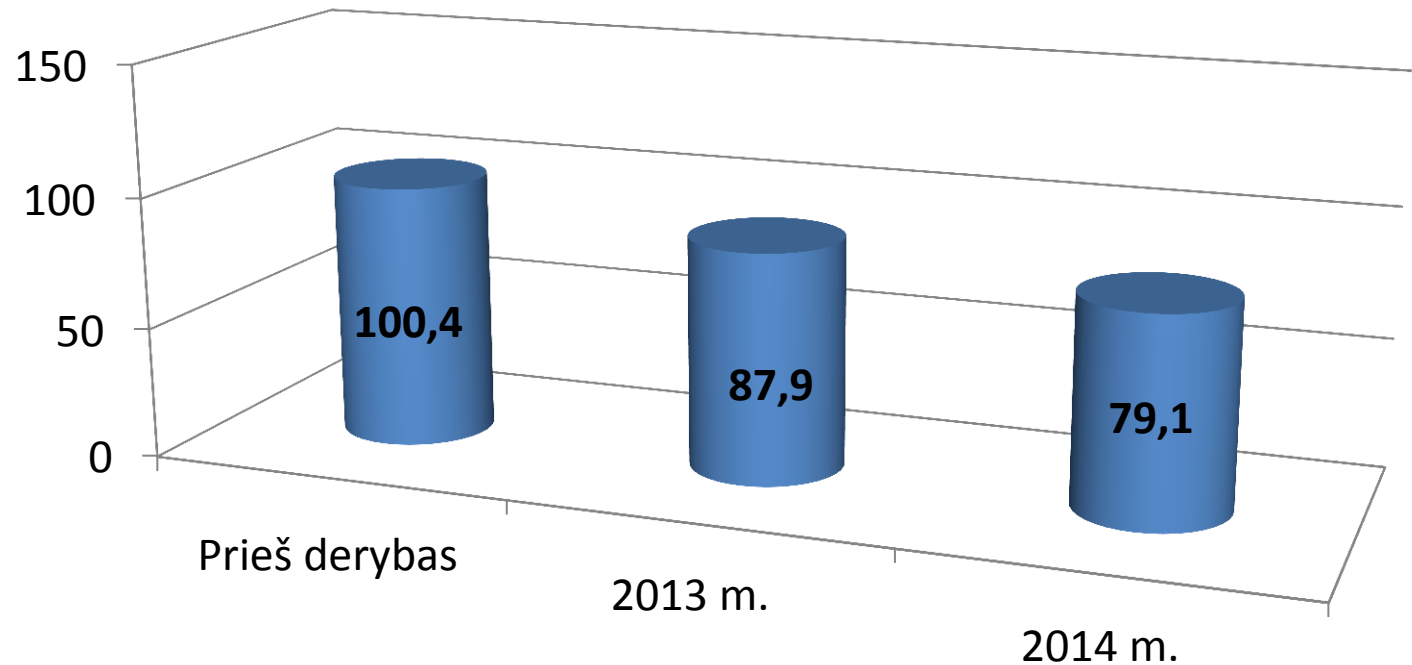
2014 m. sudaryta Tarpinstitucinė derybų dėl vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kainų nustatymo komisija, kuri derasi dėl viso vaistų ir MPP paketo (centralizuotai apmokamų, kompensuojamų ir nekompensuojamų).

2013 m.	2014 m.
Derybos vykdytos su 8 vaistų gamintojais dėl 13 pavadinimų vaistų.	Derybos vykdytos su 7 vaistų gamintojais dėl 13 pavadinimų vaistų.
Vaistų kainos vidutiniškai sumažėjo 11 proc.	Vaistų kainos vidutiniškai sumažėjo 10,48 proc.
Teigiamas ekonominis efektas sudaro 7 mln. litų.	Teigiamas ekonominis efektas sudaro 6,7 mln. Lt
Bendras 2 metų ekonominis efektas centralizuotai apmokamų vaistų dalyje sudaro 13,7 mln. Lt.	



Centralizuotai apmokami monopoliniai vaistai. Onkologinei ligai gydyti skirto vaisto X kainų dinamika

Paciento, sergančio onkologine liga, vienerių metų gydymo vaistu X kaina, tūkst. Lt





2013 m. spalio 25 d. nauja redakcija išdėstytas įsakymas Nr. 159, kuriame nustatyti vaistų įtraukimo į Centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą kriterijai

Į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų sąrašą gali būti įrašyti vaistiniai preparatai, kurie :

1. skiriami stacionare ir (arba) dienos stacionare,
 2. skiriami mažiau kaip 500 pacientų per metus,
 3. aktyviojo stacionarinio šiais vaistais gydymo atvejo kaina yra didesnė negu 15 socialinių bazinių išmokų dydžių (1950 litų).
- Vaistai, turintys didelę terapinę vertę (ne mažiau 9 balai),
 - Atsiranda rezervinis centralizuotai apmokamų vaistų sąrašas.



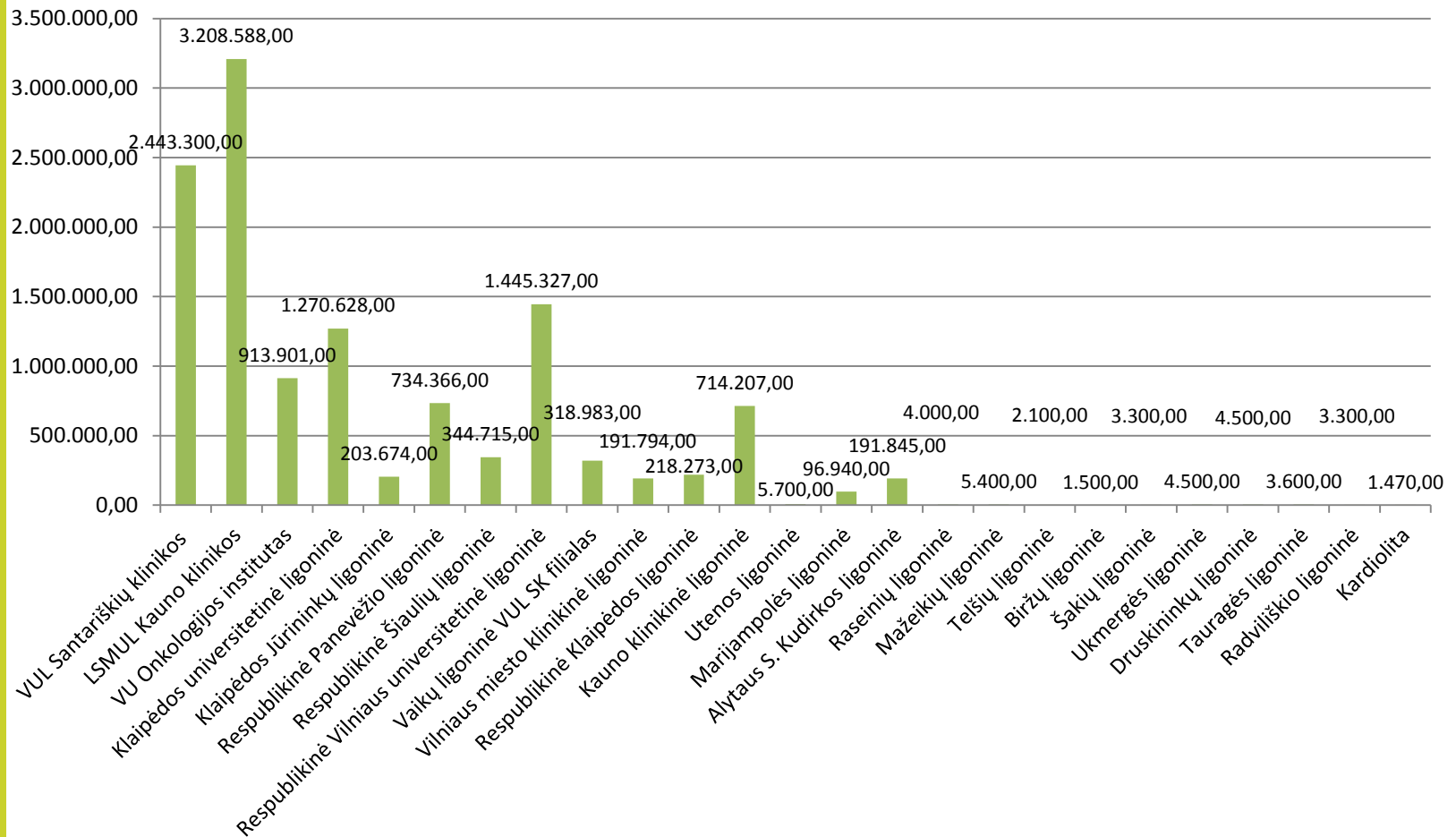
Patvirtintas nuolatinis centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų sąrašas:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 28 d. įsakymu Nr. V-910 „Dėl centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų sąrašo patvirtinimo“



PSDF biudžeto lėšos skirtos ASPJ 2014 m.

Iš viso skirta 12.335.911,00 Lt





Centralizuotai apmokamos medicinos pagalbos priemonės

1. Medicinos pagalbos priemonės skirtos ambulatoriniam naudojimui:

Klausos aparatai, akių protezai

2. Medicinos pagalbos priemonės, dėl kurių siūloma svarstyti galimybę įskaičiuoti į paslaugos bazinę kainą (pigios MPP):

Ausies kilputės, ventiliaciniai vamzdeliai, klausos kauliukų grandinių atkūrimo protezai, Reagentai ciklosporino koncentracijai nustatyti, Lėtinio C hepatito diagnostikos reagentai, Lęšiukai, Traumatologijos ir ortopedijos priemonės ir kitos pigios MPP.

3. Medicinos pagalbos priemonės, kurios galėtų likti centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąraše (brangios MPP):

Trachėjos ir stemplės stentai, Dirbtinės kraujagyslės, Dirbtiniai širdies vožtuvai, Radioizotopai ir kobalto šaltiniai, Oksigenatoriai, Kochleariniai implantai ir kitos brangios MPP.



Centralizuotai apmokamos medicinos pagalbos priemonės

Įtraukimo į Centralizuotai apmokamų medicinos pagalbos priemonių sąrašą kriterijai nėra nustatyti, Akreditavimo tarnyba yra parengusi kriterijų, pagal kuriuos MPP būtų įrašomos į centralizuotai apmokamų MPP sąrašą:

- ✓ vienkartinis medicinos prietaisas;
- ✓ MPP naudojama/skiriama stacionare;
- ✓ sunaudojamų MPP skaičius per metus numatomas ne didesnis nei 500 šalies mastu;
- ✓ MPP ar MPP komplekto kaina yra didesnė negu 15 socialinių bazinių išmokų dydžių suma.

Į sąrašą galėtų būti įrašytos tik didelę funkcinę vertę turinčios MPP.

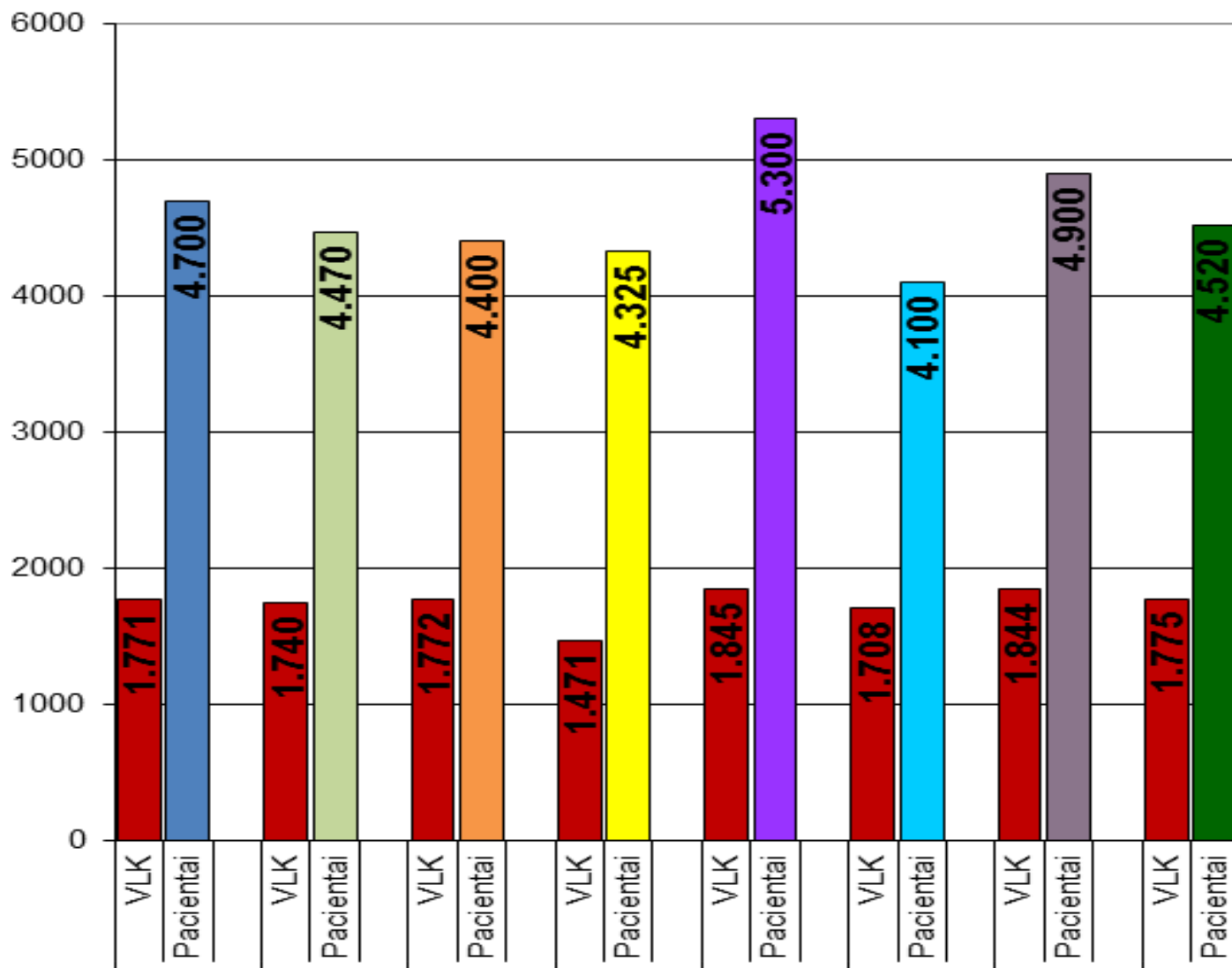


Centralizuotai apmokamos MPP 2014 m. – 2015 m.

MPP pavadinimas	MPP skaičius sąraše 2014 m.	Komentaras
Brangios stacionare naudojamos MPP (Trachėjos ir stemplės stentai, dirbtiniai širdies vožtuvai, oksigenatoriai, kochleariniai implantai ir kt.)	13	Liktų centralizuotai apmokamų vaistų ir MPP sąraše
MPP skirtos ambulatoriniam naudojimui (klausos aparatai, akių protezai)	2	Rengiamas tvarkos aprašo projektas MPP kompensuoti kaip ortopedijos technines priemones
Pigios MPP (akių lęšiukai, lėtinio C hepatito diagnostikos reagentai, traumatologijos ortopedijos priemonės ir kt.)	5	MPP, kurių įsigijimo išlaidas siūloma svarstyti galimybę įskaičiuoti į paslaugos bazinę kainą



Klubo sąnarių endoprotezų komplektų (VLK ir paciento lėšomis išigyjamų) kainų palyginimas (Lt su PVM) 2012.01.01 - 2014.04.10 m.





Centralizuotai apmokamų vaistų ir MPP panaudojimo kontrolė I

- Nuo 2013 m. (balandžio ir birželio mėn.) galimybė centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP panaudojimo kontrolė pacientų lygmeniu:
 - pildant formą Nr.025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“;
 - pildant formą Nr.066/a-LK „Stacionare gydomo asmens statistinė kortelė“;
- Gydyimo įstaigos netinkamai pildo statistines formas apie vaistų ir MPP sunaudojimą, taip pat netinkamai apskaito centralizuotai apmokamus vaistus ir MPP;
- Nuo 2014 m. ASPI nebėra prievolės teikti VLK pacientų, gydomų centralizuotai apmokamais vaistais ir MPP, sąrašų;
- 2015 m. VLK tikisi įdiegti centralizuotai apmokamų vaistų ir MPP apskaitos ir atsargų valdymo informacinę sistemą. Sistema leis esamuoju laiku elektroninėmis priemonėmis sužinoti vaistų ir MPP likučius gydymo įstaigos vaistinėje, jų galiojimo laiką, vartojimą, VLK užsakytus ir į gydymo įstaigą pristatytus ar dar nepristatytus vaistų ir MPP kiekius.



3. DRG VIETA LIGONINIŲ FINANSAVIME



DRG paplitimas Europoje (2014 m. balandis)

NordDRG

AR-DRG
arba
jų pagrindu

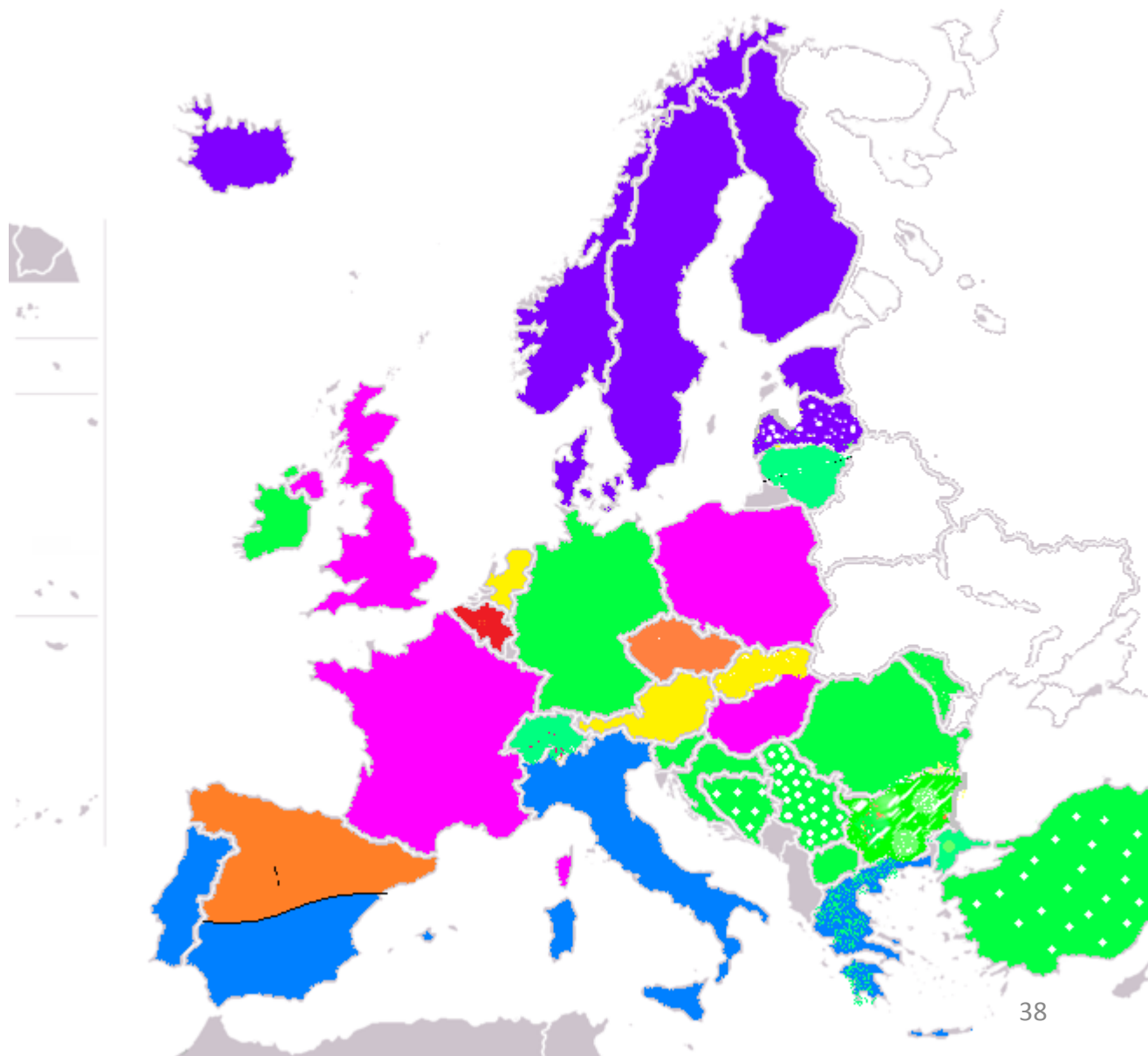
HCFA-DRG

AP-DRG

IR-DRG

Nacionalinės
DRG
užsienio
DRG pagrindu

Nacionalinės
DRG





Dabartinis DRG kainų skaičiavimas

- Pagrindinė problema: mūsų ligoninės kol kas apskaito savo sąnaudas **visos įstaigos** ar **atskirų padalinių** lygiu, tačiau neapskaito **individualaus paciento** lygiu
- Pasekmė – mūsų gaunami iš ligoninių duomenys yra stambiai agreguoti, iš jų mes negalime skaičiuoti individualios paslaugos kainos
- Todėl kainas skaičiuojame vadinamuoju **sąnaudų modeliavimo** būdu: surinktus Lietuvos ligoninių sąnaudų duomenis paskirstome į individualias paslaugas (DRG grupes) pagal tarptautines proporcijas – rezultatas kol kas nėra toks, kokio norėtūsi, dar lieka kai kurios disproporcijos
- Tačiau kainos laipsniškai gerėja dėl kasmet geresnės ligoninių teikiamų duomenų apie sąnaudas kokybės



DRG grupių kainų skaičiavimo perspektyvos

- VLK organizavo konkursą dėl detalios asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudų apskaitos (DPLSA) įdiegimo reprezentatyvioje ligoninių grupėje (*vyksta tiekėjų vertinimas*)
- Įdiegus DPLSA, iš jos duomenų bus apskaičiuota kiekvieno aktyviojo gydymo atvejo tiksli savikaina bei jos struktūra kiekvienoje ligoninėje
- Savikainos pagrindu bus nustatomos atskirų DRG grupių kainos, bus atsisakyta dabartinės metodikos



Nuo 2013-06-01 taikomi DRG patobulinimai kraujo komponentams, chemoterapiniams vaistams ir intervencinei radiologijai (2014 metams planuojamos sumos)

Kraujo komponentai	23,8 mln. Lt
Intervencinė radiologija	21,0 mln. Lt
Chemoterapiniai vaistai	1,8 mln. Lt
Viso :	46,6 mln. Lt

Kraujo komponentų, intervencinės radiologijos priemonių bei chemoterapinių vaistų kainų panaudojimo sąnaudos ligoninėms kompensuojamos **atvejo kainos didėjimą**.



DRG metodo diegimo reikšmė Lietuvos sveikatos sistemai

1. Lietuvoje įdiegtas modernus tarptautinis ligoninių teikiamų paslaugų klasifikavimo metodas (DRG):
 - Pasinaudota kitų šalių įdirbiu
 - Tampa galimi tarptautiniai palyginimai
2. Kaupiami žymiai išsamesni statistiniai duomenys apie pacientams teikiamas paslaugas ir ligoninių veiklą:
 - Pagrindas faktais pagrįstų sprendimų priėmimui sveikatos sistemoje
3. Pradėti pokyčiai unifikuojant ir detalizuojant ligoninių sąnaudų apskaitą, siekiant turėti patikimus ligoninių veiklos ekonominius duomenis ir juos panaudoti:
 - Tikslių kainų skaičiavimui ⇒ teisingesniam (proporcingai sąnaudoms) ligoninių paslaugų apmokėjimui
 - Ligoninių veiklos analizei, jų efektyvumo vertinimui ir palyginimui:
 - ⇒ ligoninių sektoriaus valdymui (SAM, kiti steigėjai)
 - ⇒ atskirų ligoninių valdymo tobulinimui (ligoninių administracijos)



II. SPECIALIOJI DALIS. LIGONINIŲ PASTABŲ BEI PASIŪLYMŲ DĖL DRG APŽVALGA IR VLK VERTINIMAI BEI PASIŪLYMAI



Ligoninių pastabos dėl DRG

- Tyrimų (daugiausia radiologinių) apmokėjimas (11)
- Vaikų aktyviojo gydymo apmokėjimas (7)
- Anestezijos apmokėjimas (5)
- Medicininių intervencijų apmokėjimas (4)
- Gimdymų apmokėjimas (4)
- Reanimacijos apmokėjimas (3)
- Naujų technologijų apmokėjimas (3)
- Hemodializių apmokėjimas (2)
- Ilgo gydymo apmokėjimas (2)
- Tretinio lygio paslaugų apmokėjimas (2)
- Įvairios kitos pastabos dėl apmokėjimo (11)
- Sąnaudų apskaita, kainų disproporcijos (6)
- Diagnozių ir intervencijų kodavimas (5)



Kaip veikia pacientų klasifikavimas pagal DRG metodą

- Teisingas supratimas:
 - DRG klasifikuoja atvejus pagal **paciento būklės sunkumą** (svarbiausi kriterijai – pagrindinė ir gretutinės diagnozės), kadangi būtent nuo jo priklauso pacientui reikalingų diagnostinių ir gydomųjų priemonių visuma ir atitinkamai sąnaudos
 - Kai kuriais atvejais klasifikavimą nulemia atlikta intervencija (pvz., intervencinė radiologija)
- Neteisingas supratimas:
 - DRG yra tarsi **kainų katalogas**, kuriame kiekviena operacija, procedūra ar veiksmas turi savo kainą
 - Iš atskirų kainų susidaro galutinė kaina už visą atveį



Tyrimų apmokėjimas (11)

- Ligoninių įvardinama problema:
 - DRG atvejo kaina nepriklauso nuo atliktų tyrimų, (daugiausia minimi radiologiniai - kompiuterinė tomografija, branduolinis magnetinis rezonansas, kiti) skaičiaus
 - Siūloma šiuos tyrimus apmokėti atskirai
- VLK vertinimas:
 - Visose žinomose DRG sistemose tyrimai yra įtraukti į DRG atvejo kainą
 - Nemažai vaistų ir medicinos pagalbos priemonių taip pat yra įtraukta į DRG atvejo kainą, nors yra kur kas brangesni už kompiuterinę tomografiją (191 balas) ar branduolinį magnetinį rezonansą (280-358 balų)



Vaikų aktyviojo gydymo apmokėjimas (7)

- Ligoninių įvardinamos problemos:
 - Vaikų gydymui – per maži DRG įkainiai
 - Kadangi vaikai neturi gretutinių ligų ir komplikacijų, tai retai patenka į brangiausias („A“) DRG grupes
 - Infekcinėmis ligomis (dažniausiai virusinėmis infekcijomis) sergantys vaikai neskirstomi pagal sunkumą
 - Siūloma vaikams taikyti apmokėjimo indeksaciją ar nustatyti atskirus DRG koeficientus vaikams
- VLK vertinimas:
 - Nė vienoje žinomoje DRG sistemoje nėra atskirų įkainių vaikams
 - Lietuvoje nuo 2013 m. rugsėjo vaikams padaryta išimtis - vaikams (nuo 0 iki 3 m.) gydymas apmokamas fiksuota bala verte
 - Tiesa, kad vaikai žymiai rečiau turi gretutinių ligų ir komplikacijų nei suaugę – bet dėl to ir atitinkamai mažesnės vaikų gydymo sąnaudos!
 - Naujesnėse AR-DRG versijose jau yra virusinėmis infekcijomis sergančių vaikų skirstymas į sudėtingumo lygius



Naujagimių apmokėjimas

- DRG sistemoje yra 25 DRG grupės (iš 698), skirtos naujagimiams apmokėti, jų kainos priklausomai nuo naujagimio svorio ir sudėtingumo, yra nuo 677 iki 81 059 Lt
- Specifinėmis intervencijomis sergančiam naujagimiui, koduojamos intervencijos, kurios suaugusiems įprastai nekoduojamos ir tai turi įtakos DRG kainai:
 - Deguonies terapija, kai ji buvo atliekama ilgiau, nei keturias valandas
 - Parenterinė skysčių terapija
 - Fototerapija, jei nepertraukiama fototerapija (> 12 valandų), atliekama naujagimio gelta gydyti.
 - Parenteriniai antibiotikai arba priešinfekciniai vaistai
- Atvejų grupavimas dažnai yra susijęs ne su konkrečia diagnoze, bet su tuo, ar buvo atlikta intervencija; taip geltos gretutinė diagnozė DRG grupės nekeičia, bet, jei nurodomas atitinkamas fototerapijos kodas, atvejis perkeliamas į brangiau apmokamą grupę



Anestezijos apmokėjimas (5)

- Ligoninių išsakomos problemos:
 - Kodavime neišskirta anestezija
 - Kaina nepriklauso vietinėje ar bendrinėje nejautroje
 - Daugėja atvejų, kai vaikams taikoma bendrinė nejautra
 - Siūloma įvertinti anestezijos įtaką, įskaičiuoti į įkainį anestezijų sąnaudas
- VLK vertinimas:
 - Intervencijų klasifikacijoje ACHI anestezijos kodavimas yra labai išsamus ir detalus
 - Ligoninių kasmet VLK pateikiamose sąnaudose yra įtrauktos ir anestezijų sąnaudos – taip jos patenka į DRG atvejų kainas; be to, operacinės DRG grupės ir neįmanomos be anestezijos
 - Vaikams bendrinės anestezijos poreikis yra kiek didesnis nei suaugusiems, tačiau kiti poreikiai mažesni: trumpesnė gydymo trukmė, mažiau vaistų, mažesnės jų dozės



Medicininį intervencijų apmokėjimas (4)

- Ligoninių išsakomos problemos (daugiausia dėl intervencinės radiologijos):
 - Neatsižvelgiama, kiek brangiųjų stentgraftų buvo panaudota
 - Intervencinės radiologijos įkainis 25% mažesnis už savikainą
 - Siūloma Intervencinę radiologiją apmokėti ne pagal DRG metodą
- VLK vertinimas:
 - DRG atvejo kainoje **atsižvelgta**, kiek vidutiniškai vienam atvejui panaudojama brangių intervencinės radiologijos (IR) priemonių (sekančios 4 skaidrės)
 - VLK 2014 metais atliktos analizė parodė, kad šių paslaugų kompensavimas DRG kainomis ligoninėms **nėra nuostolingas**
 - Naudojamoje klasifikacijoje yra 44 DRG grupės, specialiai skirtos medicininėms intervencijoms, dauguma jų – būtent IR
 - Nemažą dalį IR procedūrų galima atlikti dienos stacionaro sąlygomis; darbo grupė jau pateikė medžiagą VLK tokio dienos stacionaro kainų skaičiavimui



Brangios medicinos pagalbos priemonės, naudojamos intervencinės radiologijos procedūroms atlikti, turinčios įtakos gydymo kainai (1 kompensavimo būdas – kainos priedas) 1/2

Eil. Nr.	Priemonės pavadinimas	Kaina (balais)
1	Pilvinės aortos stentgraftas	28875
2	Krūtininės aortos stentgraftas <i>(įskaičiuota 1,4 stento su įvedimo sistema ir balionu)</i>	24430
3	Neuroradiologinės embolizacijos spirалės <i>(įskaičiuotos 8 spirалės paprastai neuroembolizacijai ir 10 spiralių sudėtingai neuroembolizacijai)</i>	13380
4	Vaistais impregnuotos dalelės intraarterinei chemoembolizacijai arba periferinės embolizacijos atskiriamosios spirалės <i>(įskaičiuotos 5 atskiriamos embolizacinės spirалės)</i>	2787
5	Prietaisai prieširdžių (skilvelių) pertvaros defektui pašalinti ir (ar) atviram arteriniam lataku užtvirti	10927
6	Perkutaninės transluminalinės angioplastikos (išskyrus vainikinių kraujagyslių) ir (ar) perkateterinio intravaskulinio svetimkūnio pašalinimo priemonės	2681



Brangios medicinos pagalbos priemonės, naudojamose intervensinėse radiologijos procedūrose atlikti, turinčios įtakos gydymo kainai (1 kompensavimo būdas – kainos priedas) 2/2

7	Transjugulinio intrahepatinio portosisteminio šuntavimo (TIPS) priemonės	11532
9	Perkakteterinės radijo dažnio intrakardinės abliacijos priemonės	3544
10	Radijo dažnio ir (ar) mikrobangų abliacijos, taikant trimatį intrakardinį kartografavimą, arba minimaliai invazinio gydymo, kontroliuojamo toraskopu, priemonės	11754
11	Vaistus išskiriantys vainikinių kraujagyslių stentai ir (ar) vainikinių arterijų reolizinės trombektomijos priemonės, ir (ar) rotabliacijos priemonės <i>(Išskaičiuota 1,4 vaistus išskiriančio stento)</i>	4461
12	Perkutaninės smegenų (ar cerebrinių) arterijų trombektomijos priemonės <i>(nuo 2014-07-01)</i>	16 942



Intervencinės radiologijos priemonės , kurių kainos tiesiogiai įskaičiuotos į DRG kainas (2 kompensavimo būdas – įskaičiavimas į kainą) 1/2

DRG	DRG pavadinimas	Priemonės pavadinimas	Vidutinė vienkartinių priemonių/protezų ir implantų sąnaudų grupių kaina 2013 m., Lt	Vidutinė vienkartinių priemonių/protezų ir implantų sąnaudų grupių kaina 2012 m., Lt
F09A	Kitos širdies ir krūtinės ląstos procedūros (nenaudojant DKA aparato) – kai yra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	Priemonės perkutaninei koronarinei intervencinei radiologijai	959	194
F09B	Kitos širdies ir krūtinės ląstos procedūros (nenaudojant DKA aparato) – kai yra sunkių ir vidutinio sunkumo komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų		392	183
F09C	Kitos širdies ir krūtinės ląstos procedūros (nenaudojant DKA aparato) – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų		216	200
F10A	Intervencinės vainikinių kraujagyslių procedūros, kai yra ūminis miokardo infarktas, – kai yra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų		2.515	164
F10B	Intervencinės vainikinių kraujagyslių procedūros, kai yra ūminis miokardo infarktas, – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų		2.494	96
F15A	Intervencinės vainikinių arterijų procedūros, kai nėra ūminio miokardo infarkto, – kai atliekamas stento įterpimas ir yra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų		2.660	104
F15B	Intervencinės vainikinių arterijų procedūros, kai nėra ūminio miokardo infarkto, – kai atliekamas stento įterpimas ir nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų		2.663	75



Intervencinės radiologijos priemonės , kurių kainos tiesiogiai įskaičiuotos į DRG kainas (2 kompensavimo būdas – įskaičiavimas į kainą) 2/2

DRG	DRG pavadinimas	Priemonės pavadinimas	Vidutinė vienkartinių priemonių/protezų ir implantų sąnaudų grupių kaina 2013 m., Lt	Vidutinė vienkartinių priemonių/protezų ir implantų sąnaudų grupių kaina 2012 m., Lt
F19Z	Kita transvaskulinė perkutaninė širdies intervencija	Priemonės balioninei valvuloplastikai	2.712	110
F01A	Implantuojamojo automatinio širdies defibriliatoriaus (visos sistemos) implantacija ar pakeitimas – kai yra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	Kardioverterio defibriliatorius	10.733	4.093
F01B	Implantuojamojo automatinio širdies defibriliatoriaus (visos sistemos) implantacija ar pakeitimas – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų		10.572	3.799
F12A	Širdies stimulatoriaus (visos sistemos) implantavimas ar pakeitimas – kai yra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	Elektrokardiostimulatorius	1.472	1.011
F12B	Širdies stimulatoriaus (visos sistemos) implantavimas ar pakeitimas – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų		1.586	935
F17A	Širdies stimulatoriaus generatoriaus įterpimas ar pakeitimas – kai yra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų		1.439	688
F17B	Širdies stimulatoriaus generatoriaus įterpimas ar pakeitimas – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų		1.301	766



Gimdymų apmokėjimas (4)

- Ligoninių išsakomos problemos:
 - Gimdymų kainose neatsižvelgiama į atliktas intervencijas, nuskausminimą
 - Atvejai su nėštumo patologija ir po to sekusiu gimdymų apmokami viena kaina
 - Sveiko naujagimio ištyrimas įtrauktas į gimdymo kainą
- VLK vertinimas:
 - Intervencijos gimdymo metu yra tokios kaip susiuvimas, pašalinimas ranka, ekstraktoriaus prijungimas ir pan. – tai yra natūralios gimdymo priėmimo dalys, todėl įtraukta į gimdymo kainą
 - Dėl atvejų su nėštumo patologija – tiesa, kad viena kaina, bet vidutinė gydymo trukmė kartu su nėštumo patologijos atvejais yra 4 lovdieniai
 - Siekiama įvertinti sveiko naujagimio stebėjimo sąnaudas, šiuo metu VLK atlieka gydymo įstaigų pateiktų duomenų analizę; darbas dar nebaigtas, tačiau preliminariu vertinimu DRG kaina visiškai kompensuoja sąnaudas
 - Gimdymų kainų lygis mums atrodo pakankamas ir nė viena gydymo įstaiga dėl to nesiskundžia; naujesnėje AR-DRG klasifikacijos versijoje paprasto gimdymo kaina bus diferencijuotos į 3 lygius (A, B, C)



Preliminari gimdymų apmokėjimo analizė: DRG kainų ir ligoninių sąnaudų palyginimas

DRG kodas	Pavadinimas	DRG kaina (balais)*	VLK koreguota preliminari kaina* pagal ASPĮ sąnaudas (balais)	Sąnaudų /kainos santykis proc.
O60Z	Gimdymas per makštį	1722	1660	96
O01A	Cezario pjūvis – kai yra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	4.483	2658	59
O01B	Cezario pjūvis – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	3.154	2321	74
O02A	Gimdymas per makštį – kai procedūra atliekama operacinėje ir yra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	3.545	1989	56
O02B	Gimdymas per makštį – kai gimdymo metu procedūra atliekama operacinėje ir nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	2.344	1766	75

* Kainą sudaro gimdymas ir sveiko naujagimio priežiūra



Reanimacijos apmokėjimas (3)

- Gydytojų įstaigų įvardinamos problemos:
 - Reanimacija reikalauja daug sąnaudų, ypač toksikologiniams, parenterinio maitinimo reikalaujantiems pacientams, tačiau įtraukta į bendras DRG kainas
 - Siūlo apmokėti reanimaciją atskirai
- VLK vertinimas ir pasiūlymai:
 - DRG klasifikacijoje nėra atskirų grupių reanimacijai, o sunkūs ligoniai, (pavyzdžiui, ilgai ventiliuojami), kuriems reikia reanimacijos, paprastai patenka į brangiausias („A“) DRG grupes
 - Kai pacientas būna gydomas reanimacijoje ir jam pilami kraujo komponentai – atitinkamai padidėja DRG atvejo faktinė kaina
 - Kasmet pateikdamos savo sąnaudas VLK, gydymo įstaigos pateikia ir sąnaudas reanimacijai (2013 m. – 180 mln. Lt); VLK įtraukia šias sąnaudas į DRG kainų skaičiavimą
 - Įgyvendinus DPLSA projektą, bus galima nustatyti tikslesnius koeficientus, esant reikalui skaidyti DRG grupes



Naujų technologijų apmokėjimas (3)

- Gydytojų įstaigų išsakomos problemos:
 - DRG klasifikacija neatsižvelgia į naujų technologijų taikymą
 - Siūlo atskirą naujų technologijų apmokėjimą
- VLK vertinimas:
 - Problema visiškai reali, su ja susiduria visos DRG sistemos
 - DRG kainos skaičiuojamos iš gydytojų įstaigų sąnaudų, todėl užprogramuotas iki 2 metų vėlavimas
 - Vertingas vokiečių DRG pavyzdys: pradžioje taiko atskirą (ne DRG) apmokėjimą, po 2 metų nebelaikoma inovacija, įtraukiama į DRG
 - Lietuvoje taip pat taikome atskirą apmokėjimą - kai kurios technologijos apmokamos centralizuotai
 - Reikia nustatyti aiškią tvarką (užuomazgos jau yra), kaip naujos technologijos Lietuvoje aprobuojamos naudojimui, kaip priimami sprendimai dėl jų kompensavimo PSDF lėšomis, koks kompensavimo būdas tinkamiausias



Hemodializių apmokėjimas (2)

- Gydomo įstaigų išsakomos problemos:
 - Sunkiems pacientams stacionare reikia daug hemodializės procedūrų, tai labai padidina sąnaudas bet DRG kaina nesikeičia
 - Siūlo atskirą apmokėjimą
- VLK vertinimas:
 - SVEIDROS duomenimis, hemodializė taikoma sąlyginai nedideliame procentui stacionarinių pacientų patenkančių į atitinkamas DRG grupes, tačiau šie pacientai koncentruojasi tam tikrose ASPĮ
 - Siūlome svarstyti darbo grupėje

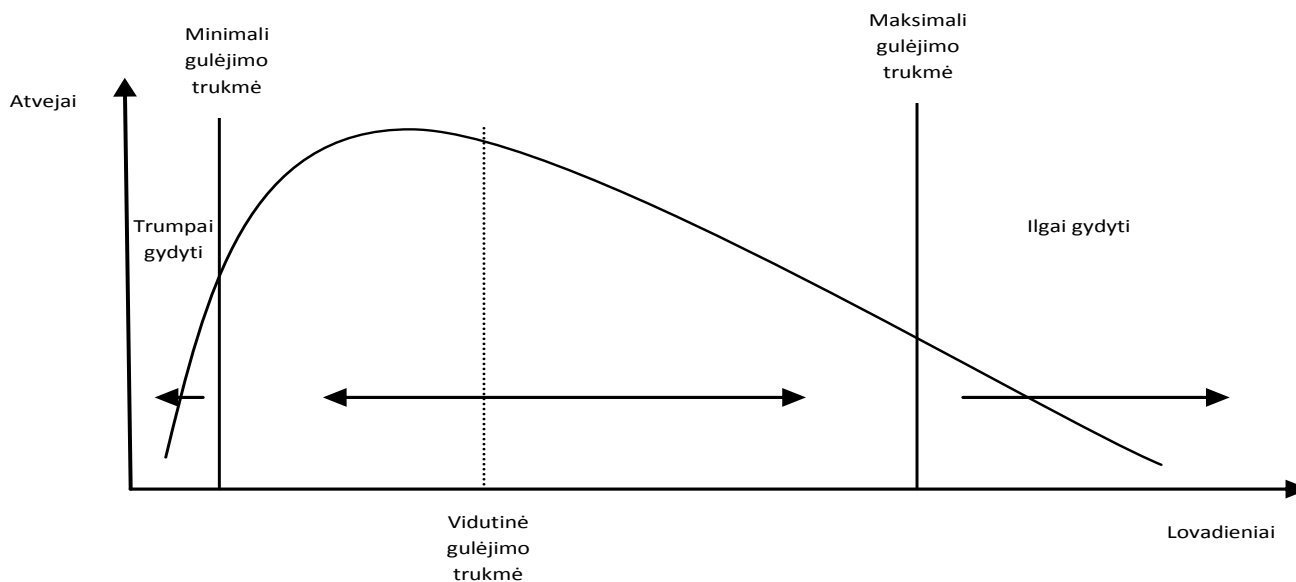


Ilgo gydymo apmokėjimas (2)

- Gydomo įstaigų išsakomos problemos:
 - Ilgai gydomi, sudėtingi, reanimaciniai pacientai, sepsis – lovdienio įkainis nepadengia kaštų
 - Siūlo peržiūrėti maksimalias gydymo trukmes
- VLK vertinimas:
 - 5 kainų sistema (sekanti skaidrė)
 - Lovadienio įkainis susidaro iš tam tikrų sąnaudų, jo paskirtis – kompensuoti ilgą gydymą, bet nesudaryti paskatų ilgai laikyti pacientą
 - Reikėtų įvertinti, kokia dalis pacientų yra ilgai gydomi ir ar DRG kaina, kuri yra vidutinė, nekompensuoja ir ilgo gydymo
 - Maksimalios ir minimalios gydymo trukmės negali būti peržiūrėtos, nes išskaičiuojamos naudojant statistinį metodą (L3H3) iš praėjusių metų **faktinės** gydymo trukmės



DRG penkių kainų sistema: koeficientų priklausomybė nuo gydymo trukmės



DRG kodas ir pavadinimas	Vidutinė gydymo trukmė (lovadieniai)	Minimali gydymo trukmė (lovadieniai)	Maksimali gydymo trukmė (lovadieniai)	Pirmos dienos koeficientas	Pirmos paros koeficientas	Lovadienio koeficientas, kai gydymo trukmė mažiau nei minimali	Standartinio atvejo (tarp min ir max) koeficientas	Lovadienio koeficientas, kai gydymo trukmė daugiau nei maksimali
				1.	2.	3.	4.	5.
B70A. Sudėtingas insultas	12	5	36	0,444	0,871	0,853	4,284	0,278



Vieno lovadienio, kai pacientas gydomas ilgiau nei nustatyta maksimali gydymo trukmė, kainos koeficiento apskaičiavimas

- Į vieno lovadienio virš maksimalios gydymo trukmės kainą ĮSKAIČIUOTA:
 1. Vienam standartinio atvejo (kai gydymo trukmė neviršija maksimalios) lovadieniui tenkančių vaistų dalis:
 - 10%, kai gydymo atvejis yra chirurginis
 - 20% - kai ne chirurginis
 2. Vienam standartinio atvejo lovadieniui tenkančių sąnaudų iš kitų sąnaudų grupių:
 - 70 % vidutiniškai kai gydymo atvejis chirurginis
 - 80% - kai ne chirurginis
- Į vieno lovadienio virš maksimalios gydymo trukmės kainą NEĮSKAIČIUOTOS operacijų bei protezų ir implantų sąnaudos.



Tretinio lygio paslaugų apmokėjimas (2)

- Gydomo įstaigų išsakomos problemos:
 - Įvedus DRG, atpigo tretinio lygio paslaugos
 - Siūlo, kad universitetinėms būtų mokama kitais įkainiais
- VLK vertinimas:
 - DRG metodas klasifikuoja į tas pačias grupes panašius ligonius
 - Turėtų būti taip, kad už tą pačią paslaugą būtų mokama ta pati kaina (žinoma, paslauga turi būti ta pati)
 - DRG grupės:
 - Nemažai DRG grupių iškart yra tretinio lygio (kitose ligoninėse jų nėra)
 - Apendektomija tikriausiai visur turėtų turėti vienodą kainą
 - **Problema galėtų būti su tomis, kuriomis gali pasitaikyti tiek tretinio, tiek ir antrinio lygio ligoninėse, kai skiriasi gydymas pagal paslaugų teikimo reikalavimus**
 - Sisteminis sprendimas – diegti diagnostikos ir gydymo protokolus, kad pacientas su ta pačia sveikatos būkle gautų tas pačias diagnostines ir gydymo priemones



Įvairios kitos pastabos dėl apmokėjimo (11)

- Neadekvatus apmokėjimas kai pacientas juda per kelis skyrius ir keičiasi jo klinikinė diagnozė – Pagrindinė diagnozė nepriklauso nuo judėjimo per skyrius, bet susijusi su hospitalizacijos priežastimi; kituose skyriuose gydomos ligos dažnai tik papildo gretutinių diagnozių sąrašą
- Pateikti aiškų DRG algoritmą: <http://www.vlk.lt/gydymo-istaigoms/>
- Kelių sudėtingų operacijų įtaka – Jei atliekamos kelios operacijos dėl komplikacijų, tai patenka į A grupę, jei ne – gali būti ir kita grupė, bet šių atvejų sąnaudos įtrauktos į DRG koeficientų skaičiavimus
- DRG kainos padidėjimas už kraujo komponentus prasideda tik nuo 5 vienetų – Prasideda nuo 2 vienetų
- Per mažos dienos chirurgijos V-VI grupių kainos – Jos lygios stacionaro kainoms
- Nudegimai – įkainiai tokie patys 10% nudegusiems ir daug nudegusiems – yra 8 nudegimų grupės, 4-susijusios su procedūromis, 4- su diagnozėmis, nudegimų plotu bei perkėlimu per 5 d. Jei yra viso odos storio nudegimas, DRG grupė priklauso nuo ploto (<10 proc. arba daugiau)
- Urologijoje DRG kaina nepadengia šiuolaikinių metodų – Siūlome svarstyti darbo grupėje dėl kainos tikslinimo
- Sumažinta tracheostomijos su DPV kaina – Išskirtinis atvejis
- Nepriskirtinų stacionarinėms diagnozių sąrašas – Sąrašas tikrai taisytinas, jį reikia peržiūrėti, suderinti su paslaugų teikimo reikalavimais



Tracheostomijos ir (ar) ventilacijos, trunkančios daugiau kaip 95 valandas vidutinės vieno atvejo kainos perskaičiavimas

DRG	DRG pavadinimas	Vidutinė standartinio atvejo kaina 2012 m. (balais)	Vidutinė standartinio atvejo kaina 2013 m. (balais)
A06A	Tracheostomija – kai atliekama daugiau kaip 95 valandas trunkanti plaučių ventilacija ir yra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	92.662	18.970
A06B	Tracheostomija – kai atliekama daugiau kaip 95 valandų trukmės plaučių ventilacija ir nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų, arba tracheostomija ar plaučių ventilacija, trunkanti daugiau kaip 95 valandas, – kai yra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	46.906	12.864
A06C	Ventiliacija, trunkanti daugiau kaip 95 valandas, – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	36.842	10.665
A06D	Tracheostomija – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	17.650	5.888

Pastabos. 1. Nepagrįstai didelė 2012 m. apskaičiuota vidutinė standartinio gydymo atvejo, kai atliekama tracheostomija ir (ar) daugiau kaip 95 val. trunkanti plaučių ventilacija, kaina buvo perskaičiuota atsižvelgiant į tokių pačių atvejų vidutines profilių kainas, galiojusias iki 2012 m.

2. Papildomai apmokama už panaudotus kraujo komponentus ir intervencinės radiologijos procedūros metu panaudotas brangias medicinos pagalbos priemones



Kraujo komponentų panaudojimo įtaka DRG kainai

Faktinė gydymo kaina didėja priklausomai už kokią sumą buvo panaudota kraujo komponentų:

Suma 520 - 999 Lt \Rightarrow DRG kaina didėja 767 balais

Suma 1000 - 1349 Lt \Rightarrow DRG kaina didėja 1103 balais

Suma 1350 - 2499 Lt \Rightarrow DRG kaina didėja 1722 balais

Suma ≥ 2500 Lt \Rightarrow DRG kaina didėja 5275 balais

VLK planai:

- Siekiant dar tiksliau kompensuoti kraujo komponentų panaudojimą, planuojama išskirti papildomus apmokėjimo lygius, jei suma ≥ 2500 Lt



Galimybės ligoninėms analizuoti savo veiklą: SPAP statistinės ataskaitos (23)

- Išrašyti/perkelti ligoniai
- Skyriuose gydyti ligoniai
- Stacionare gydomų asmenų f066 kortelės
- Hospitalizuotų ligonių apskaitos žurnalas
- Išvykusių ligonių skaičius
- Priemokų ir mokamų paslaugų ataskaita
- DRG ataskaita pagal skyrius
- DRG ataskaita
- DRG atvejų sąrašas
- Komplikacijų ir gretutinių ligų ataskaita
- Pagrindinių diagnozių ataskaita
- Ligoniai pagal ligas, amžių, gydymo trukmę
- Medicininių intervencijų ataskaita
- Ataskaita pagal gydytojus
- Klaidingų DRG atskaita (*DRG kodai tik tie, kurie prasideda 8 arba 9*)
- DRG tikslinimų ataskaita
- Hospitalizuotų ligonių ataskaita pagal medicininės intervencijas
- CP vaistai ir medicinos pagalbos priemonės
- Duomenys apie pacientams sunaudotus CPV ir MPP
- Kraujo komponentų naudojimas
- Kraujo komponentų įtaka faktinei gydymo kainai
- MPP intervencinės radiologijos procedūros
- Chemoterapinių vaistų panaudojimas aktyviojo gydymo metu



DIAGNOZIŲ IR INTERVENCIJŲ KODAVIMO KLAUSIMAI



Kodavimo klausimai (5)

- Ligoninių įvardinamos problemos:
 - Trūksta aiškių kodavimo taisyklių;
 - Neleidžia koduoti senų gretutinių ligų
 - Trūksta intervencijų klasifikacijos ACHI kodų, naudojama sena ACHI versija
- Siūlo:
 - Paruošti kodavimo metodikas
 - Plėtoti mokymus
 - Pradėti ruošti koduotojus



Visa tiesa apie AR-DRG klasifikacijos versijas

AR-DRG klasifikacija	Ligų klasifikacija TLK-10-AM ir intervencijų klasifikacija ACHI	Lietuvoje
AR-DRG v. 6.0 (išleista 2008 m.)	Versija 6.0 (2008 m.)	Įsigyta 2009 m., įdiegta Taikoma nuo 2012 m.
AR-DRG v. 6.0x (išleista 2011 m.)	Versija 7.0 (2011 m.)	Atsisakyta, nes buvo baigiama pasirengti v.6.0 taikymui nuo 2012 m.
AR-DRG v. 7.0 (išleista 2012 m.)	Versija 8.0 (2012 m.)	Atsisakyta: minimalūs pakeitimai, palyginus su versija 6.0x
AR-DRG v. 8.0 (bus išleista 2015 m. pradžioje)	Versija 8.0	Planuojama įsigyti ir taikyti nuo 2016 m. pradžios



Kokias AR-DRG versijas naudoja kitos šalys?

Šalis	AR-DRG versija	ICD-10-AM/ACHI versija	Teisės
Bosnia & Herzegovina	Version 5.2	5th Edition	Develop
Bulgaria	Version 6.0	7th Edition	Develop
Ireland	Version 4.2 Version 6.0	6th Edition	Use Only
Lithuania	Version 6.0	6th Edition	Use Only
Macedonia	Version 5.2	5th Edition	Develop
Moldova	Version 6.0	7th Edition	Use Only
New Zealand	Version 3.1 Version 4.1 Version 4.2 Version 5.0 Version 6.0 Version 7.0	8th Edition	Use Only
Montenegro	Version 6.0	7th Edition	Develop
Qatar	Version 6.0 & 6.X	7th Edition	Develop
Saudi Arabia	Version 6.0	6th Edition	Use Only
Serbia	Version 6.0	6th Edition	Use Only
Singapore	Version 6.0	6th Edition	Develop
Slovenia	Version 6.0	6th Edition	Use Only
Turkey	Version 6.0	7th Edition	Develop



VLK vykdomų klinikinio kodavimo kokybės gerinimo priemonių sąrašas

1. VLK svetainėje paskelbas [TLK-10-AM, ACHI ir Kodavimo standartų elektroninis vadovas](#) , kuriame yra pagrindinės kodavimo taisyklės
2. Nuo 2010 m. VLK organizuoja klinikinio kodavimo mokymus
3. VLK specialistai kasdien konsultuoja ASPĮ telefonu bei el. paštu kodavimas@vlk.lt
4. VLK rengia metodines rekomendacijas, platina jas raštu, el. paštu.
5. VLK svetainėje skelbia nuo 2013 m. kas ketvirtį rengiamus klinikinio kodavimo biuletenius bei 2014 m. mokymų medžiagą
6. Nuo 2012 m. analizuojami klinikinio kodavimo duomenys IS Sveidra bei ASPĮ raštu teikiamos pastabos dėl kodavimo klaidų ir rekomendacijos dėl duomenų tikslinimo
7. 2014 m. parengtas dienos chirurgijos paslaugų automatinės kontrolės algoritmas, išplatintas TLK, planuojama realizuoti VLK informacinėje sistemoje Sveidra
8. Kartu su Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centru (Centru) parengta Klinikinio koduotojo mokymo programa, pagal kurią nuo 2014 m. rugsėjo mėn. prasidėjo klinikinio koduotojų rengimo mokymai



Kaip būtų galima sugrupuoti ligonines pagal požiūrį į kodavimo kokybę

1. Grupė:

- nedaug kodavimo klaidų,
- duomenų kokybė gerėja (ASPĮ konsultuojasi su VLK/TLK, platina metodinę medžiagą personalui)

2. Grupė:

- domisi kodavimu, bet dėl nepakankamo koordinavimo ASPĮ viduje yra daug kodavimo klaidų,
- duomenų kokybė po truputį gerėja

3. Grupė:

- daug kodavimo klaidų,
- ASPĮ nekreipia dėmesio į VLK/TLK teikiamas pastabas ir tęsia klaidingo kodavimo praktiką

4. Grupė:

- daug kodavimo klaidų,
- ieškoma kodų, kad atvejis būtų priskirtas brangesnei grupei (dirbtinai pasunkinami atvejai).



Klinikinio kodavimo kokybės rodiklių 2013 m. ir 2014 m. I pusmečio pokytis

Klinikinio kodavimo kokybės indikatorius	2013 m.	2014 m. I pusmetis	Pokytis
Rodikliai, kuriuos siekiama didinti			
Išorinių priežasčių žymėjimas	50,62%	58,31%	
Morfologinių kodų žymėjimas	35,01%	47,63%	
Nudegimo ploto žymėjimas	55,74%	77,16%	
Gimdymo rezultato žymėjimas	94,99%	99,09%	
Nėštumo trukmės žymėjimas	58,10%	66,67%	
Požymio kodo (*) žymėjimas / Požymio kodo (+) žymėjimas	59,90%	59,95%	
Rodikliai, kuriuos reikia mažinti (galimi su tam tikromis sąlygomis)			
Simptomo nepaaiškintos priežasties žymėjimas	1,34%	0,87%	
Dauginių sužalojimų ir nudegimų gretutinės diagnozės kodų žymėjimas	4,04%	2,51%	
Rodikliai atvejų, kurių visai neturėtų būti			
Dauginių sužalojimų ir nudegimų pagrindinės diagnozės kodų žymėjimas	1.283	344	
Hipertenzinės inkstų ligos su inkstų nepakankamumu žymėjimas, kai IFN 1-4 st.)	1.263	484	
Insulto pasekmių pagrindinės diagnozės žymėjimas	152	55	
Seno miokardo infarkto pagrindinės diagnozės žymėjimas	174	56	

Kodavimo kokybė laipsniškai gerėja



Kaip užtikrinti tolesnį diagnozių ir intervencijų kodavimo kokybės gerėjimą?

- Kam tai reikalinga - ne tik teisingam DRG grupavimui, bet ir tikslesnei statistikai:
 - DRG kainų skaičiavimui
 - Analizėms, įvairaus lygio sprendimų priėmimui
 - Moksliniams tyrimams
- Priemonės:
 - VLK (TLK) tęsti vykdomą mokymų ir konsultavimo kompleksą
 - ASPĮ būtina sustiprinti požiūrį į Kodavimo kokybės svarbą ir atitinkamai organizuoti šį darbą:
 - Turi būti asmuo (keli asmenys), žinantis kodavimo standartus, į kurį gali kreiptis darbuotojai neaiškiais atvejais
 - Neaiškiais atvejais turėtų būti konsultuojamasi su ASPĮ kodavimo ekspertu, esant reikalui TLK bei VLK atstovais (kodavimas@vlk.lt)
 - Turi būti nuolat vykdomas kodavimo duomenų vidaus auditas, klaidų identifikavimas ir informacijos platinimas atsakingiems ligoninių padalinių asmenims, kodavimo mokymų inicijavimas