

Üldarstiabi majandusliku hindamise näitajad

Kersti Meesaar – TÜ tervishoiu instituut

Kokkuvõtte ettekandest seminaril "Peremeditsiini tulevikuvision" 6. jaanuaril 2005

Üldarstiabi reformi jälgimiseks ning hindamiseks on võimalik kasutada järgmisi majanduslikke kriteeriume:

- ressursipaigutuse efektiivsus,
- tehniline efektiivsus,
- rahastamise stabiilsus.

Nimetatud kriteeriumide alusel on Tartu Ülikoolis välja töötatud üldarstiabi majandusliku hindamise näitajate süsteem (1, 2), mida kasutatakse

eelkõige süsteemi kui terviku arengu, sh perearsti-reformi kulgemise hindamiseks. Kasutades Eesti andmeid aastaist 1998–2002, anti hinnang esmatasandi (perearsti)reformile (vt tabel 1 ja ka sotsiaalministeeriumi kodulehekülge www.sm.ee).

Ressursipaigutuse efektiivsus tähendab, et ressursid paigutatakse nendesse tegevustesse, kus nende rakendamisest saadav kasu on kõige suu-

Tabel 1. Esmatasandi tervishoiureformi tervishoiuökonoomilise hindamise näitajad

Ressursipaigutuse efektiivsus	1998	1999	2000	2001	2002
1. Perearstidiplomiga perearstide arv aasta lõpus	299	370	448	557	701
2. Perearstide arv 100 000 inimese kohta	22	27	33	41	52
3. Avatud perearstipraksiste arvu suhe planeeritud praksiste arvu (%)	37	46	56	69	83
4. Perearstide arvu suhe grupi- ja soolopraksistes (%)	51 G 49 S	–	38 G 62 S	44 G 56 S	61 G 39 S
5. Grupi- ja soolopraksiste osakaal (%)	17 G 83 S	14 G 86 S	13 G 87 S	16 G 84 S	28 G 72 S
6. Perearstipraksise nimistu keskmine suurus	1654	1651	1603	1667	1570
7. Perearstipraksise nimistu keskmine suurus soolopraksises	–	1554	1501	1540	1517
8. Perearstipraksise nimistu keskmine suurus grupipraksises	–	1776	1615	1678	1585
9. Keskmine perearstide hulk grupipraksises	4,2	3,5	4,2	4,1	3,8
10. Pereõdede arv ühe perearsti kohta	0,70	0,69	0,54	0,53	0,52
Tehniline efektiivsus	1998	1999	2000	2001	2002
1. Keskmine visiitide arv perearsti kohta aastas	4471	4123	4402	4961	5156
2. Keskmine visiitide arv ühe inimese kohta	0,96	1,11	1,44	2,02	2,66
3. Perearsti poolt edasi saadetud patsientide arv	–	–	–	–	–
4. Keskmine visiitide arv ühe nimistus oleva liikme kohta	–	–	2,80	2,80	3,13
5. Koduviitide osakaal kõigist visiitidest (%)	12,7	10,9	10,0	8,6	6,8
6. Telefonikonsultatsioonide osakaal visiitide arvust	–	–	–	–	–
7. Perearstide varustatus baasvarustusega (%)	52	–	–	–	–
Rahastamise stabiilsus	1998	1999	2000	2001	2002
1. Pearaha osakaal esmatasandi arstiabi kuludes (%)	73,0	73,0	71,7	74,2	73,5
2. Baasraha osakaal esmatasandi arstiabi kuludes (%)	11,0	11,0	13,9	10,5	12,0
3. Eraldi tasustatavate teenuste osatähtsus pearaha kuludest (%)	18,0	18,0	16,7	17,5	16,6
4. Esmatasandi arstiabi teenuste ostmiseks kasutatava raha osatähtsus haigekassa tervishoiuteenuste hüvitistes (2002. a raviteenuste kuludes) (%)	14,9	10,2	10,1	11,9	13,2
5. Esmatasandi arstiabi teenuste ostmiseks kasutatava raha osatähtsus Eesti tervishoiu kogukuludes (%)	8,2	5,7	5,5	–	–

G – grupipraksis, S – soolopraksis

rem. Perearstireformi käivitamisel eeldati, et perearstisüsteem on ressursipaigutuse poolest endisest süsteemist tõhusam. Ressursipaigutuse efektiivsuse näitajad iseloomustavad ressursipaigutust esmatasandi tervishoidu koolitatud perearstide ja pereõdede olemasolu (perearstide üldarv ja arv 100 000 inimese kohta, pereõdede arv ühe perearsti kohta) ja perearstiteenuste kättesaadavuse ning jaotumise kaudu soolo- ja grupipraksiste vahel. Grupipraktis Eestis kontekstis tähendab koos töötavaid üldarstiabi osutavaid perearste kui füüsilisi ja juriidilisi isikuid, kellel on iseseisvad haigekassalepingud ja eraldi nimistud. Andmed grupipraksiste kohta ühesuguste praksisekoodide alusel pärinevad Eesti Haigekassast.

Perearstinimistu keskmine suurus kajastab võrdluse aspekti ning mõjutab teenuse kättesaadavust.

Teenus on tehniliselt efektiivne, kui pärast ressursipaigutust osutatakse teenust võimalikult väikeste kuludega (järgides kvaliteedinõudeid). Perearstisüsteemi käivitamisel eeldati, et suhtelised kulud esmatasandi arstiabi teenuste osutamiseks ei kasva ning nende osatähtsus ravikindlustuseelarve ravikuludeks ettenähtud summast (2002. aastal raviteenuste kuludest) jääb 1997. aasta tasemele (16%).

Tehniline efektiivsuse kaudu kirjeldatakse ka töövõimekust perearstisüsteemis ja see iseloomustab perearstiteenuste kasutamist (keskmine visiitide arv ühe perearsti, ühe inimese ja ühe nimistus oleva isiku kohta, koduviisiitide osakaal kõigist visiitidest). Perearstiteenuste osutamise tehniline efektiivsus sõltus, eriti reformi algaastatel, baasvarustuse olemasolust, sest parem varustus loob võimaluse parema tulemuse saavutamiseks.

Rahastamise stabiilsus näitab esmatasandi arstiabi osutamiseks vajalike ressursside olemasolu ning iseloomustab finantsituatsiooni tervishoiu makro- ja mikrotasandil: riigi tasandil ressursside jaotumist esmatasandi ja eriarstiabi vahel ning teenuse osutajate tasandil pearaha ja baasraha keskmist osakaalu perearstipraksise eelarves ning eraldi tasustatavate teenuste osatähtsust pearaha kuludest.

Teiste riikide kogemus näitab, et grupipraksistes on ressursikasutus tõhusam kui soolopraksistes. Tabelist 1 on näha, et grupipraksiste osakaal on Eestis suurenenud. Aastail 1998–2001 oli keskmiselt 15% kõigist perearstipraksistest grupipraksised, 2002. aastal aga juba 28%, s.t et 61% perearstidest töötas grupipraksistes. Grupipraksistes töötavate perearstide nimistud olid keskmiselt suuremad kui soolopraksiste perearstidel. Grupipraksistes töötavate perearstide nimistud olid 2001. aastal keskmiselt 138 ning 2002. aastal keskmiselt 68 isiku võrra suuremad – see iseloomustab töökoormuse erinevuste vähenemist grupi- ja soolopraksistes.

Tehnilise efektiivsuse muutumist väljendatuna perearstiteenuste kasutamise kaudu iseloomustab fakt, et keskmine visiitide arv ühe perearsti ja ühe inimese kohta aastas on aasta-aastalt suurenenud. Keskmine visiitide arv 2002. aastal oli 3,13 visiiti ühe nimistus oleva isiku kohta. Kuigi perearsti koduviisiitide absoluutarv ühe inimese kohta on suurenenud ja eriti laste osas, siis koduviisiitide osakaal kõigist visiitidest on vähenenud. Kui 1998. aastal oli koduviisiitide osakaal kõigist visiitidest 12,7%, siis 2002. aastal moodustas see 6,8%. Varustatus baasvarustusega oli 2000. a oluliselt parem kui 1998. aastal.

Esmatasandi arstiabi teenuste osutamiseks kasutatud raha osatähtsus haigekassa tervishoiuteenuste hüvitistes vähenes 14,9%-lt 1997. aastal kuni 13,2%-ni 2002. aastal. Pearaha osakaal esmatasandi arstiabi kuludes on olnud aastail 1998–2002 stabiilne – ligikaudu 73%. Baasraha osakaal esmatasandi arstiabi kuludes on olnud aastail 1998–2002 samuti stabiilne – ligikaudu 11,7%. Eraldi tasustatavate teenuste osatähtsus pearaha kuludest on alanenud 18%-lt 1998. aastal 16,6%-ni 2002. aastal.

Eelöeldust lähtuvalt on haigekassal edaspidi vajalik eraldi tasustatavaid teenuseid põhjalikumalt analüüsida ning luua vastav süsteem, et selleks otstarbeks ettenähtud raha ülejääk jääks esmatasandi kasutada. Analüüsi objektiks võiks olla ka perearsti-poolne patsiendi edasisaatmine

eriarsti juurde. Edaspidised otsused üldarstiabi arengu kohta tuleks vastu võtta tervishoiu kompleksset arengut silmas pidades.

Kirjandus

1. Koppel A, Meiesaar K, Valtonen H, Metsa A, Lember M. Evaluation of primary health care reform in Estonia. *Soc Sci Med* 2003;56:2461–6.
2. Meiesaar K, Lember M. Efficiency and sustainability of using resources in Estonian primary health care. *CMJ* 2004;45:573–7.

Summary

Indicators of the evaluation of primary health care reform

In 2003, a set of indicators, based on the criteria of allocative efficiency, technical efficiency and financial sustainability, was proposed for assessing the PHC reform (1). This system of indicators was used for the evaluation of the Estonian primary health care reform in 1998–2002 (2). The indicators of allocative efficiency encompass necessary provision of family doctors, access to PHC for all the population registered in the patient lists, and distribution between group and solo practices. All these indicators show the resources available to PHC to provide the needed amounts of services. Also, there is a dimension of equity considering the size of the patient list, which influences accessibility of services.

The indicators of technical efficiency characterize the use of PHC services, as well as the FD's gatekeeper's role in provision of health care. Also, supplying family doctors with necessary equipment gives them more possibility to achieve a better output per input. These indicators were chosen as the most relevant during the period of rapid changes in the provision of health care, as they can be measured using available data.

The indicators of financial sustainability show the financial situation on the macro and micro levels: on the national level through the distribution of resources between primary care and secondary care, and on the level of service provision through the structure of the budget of FD practices.

Kersti.Meiesaar@ut.ee