

Raviteenuste kulud ja hind. Mõtted kliinikumi kevadkonverentsilt 21.05.2008

Väino Sinisalu – EA peatoimetaja

Sama teema oli kliinikumi konverentsil käsitluses 5 aastat tagasi. Konverentsi avades sõnas juhatuse esimees Urmas Siigur, et selles ajast on palju vett merre voolanud, kuid probleemid on jäänud samaks: kaup/teenus on ostjale kallis, müüjale liiga odav.

Raviteenuste rahastajal Eesti Haigekassal (EHK) on 2008. a planeeritud raviteenuste hüvituseks kulutada 8,4 miljardit krooni – 123% enam kui eelmisel aastal, suurim summa, mis EHK käsutuses on kunagi olnud. Võrdluseks olgu toodud, et ravimite kompenseerimiseks on kavandatud 1,3 miljardit ja ajutise töövõimetuse kulutusteks 2,5 miljardit krooni (30% enam kui 2007. a). Haigekassa tegevuskulud ca 115 miljonit krooni on muude kulutustega võrreldes väikesed. Uuendusena on 2008. a eelarves planeeritud 125 miljonit krooni raviasutuste ehitiste kulumi katteks. Tervikuna moodustab EHK eelarve 13 403 059 krooni (22% enam kui 2007. a). Tervishoiuteenuste hüvitused jagunevad järgmiselt: üldarstiabile 1,1 miljardit, eriarstiabile 6,7 miljardit, hooldusravile 239 miljonit ja hambaravile 306 miljonit krooni.

Raviasutustele tasub haigekassa tehtud kulutuste põhjal ja seetõttu on pidevalt päevakorras küsimus, kas teenuste hinnad on kulupõhised – katavad tehtud kulud ja tagavad raviasutuste jätkusuutlikkuse. Teenuste hindade kujundamine on teinud 1992. a alates läbi suure arengu: alates 2004. a kasutatakse teenuste hindade arvutamisel kind-

lat haigekassa kinnitatud meetodikat, mis põhineb tegevuspõhise kulu arvestamisel ja eeldab detailset tegevuspõhist ressurtsiarvestust raviasutuses. See aga juurdub visalt. Häda on veel selles, et jooksva aasta hinnad arvutatakse üle-eelmise aasta kulutuste põhjal, mis jäävad ajast maha ning mille põhjal ei saa täpselt arvestada inflatsiooni ega struktuurset kallinemist. Sellegipoolest on Tõnis Alliku (regionalhaigla) hinnangul raviasutuste tegevustulem alates 2005. a pidevalt suurenenud, olles 2007. a andmete põhjal 277 miljonit krooni piirkondlikel haiglatel (kasv 9,6%). Kesk- ja üldhaiglatel oli tõus väiksem (7–8%). Seda raha kasutati investeringuteks.

Vaatamata headele kavatsustele eksisteerivad siiski hinnakäärid rahastamise ja tegelike kulude vahel. Osa tegevusi on alarahastatud (EMOd, valvetöö). See sunnib ka raviasutusi otsima võimalusi, kuidas paremat hinda kätte saada. Margus Ulst (kliinikum) võttis selle lühidalt kokku: „Heade hindade korral ei tehta midagi rohkem kui patsientidele vaja, küll aga sunnivad madalad hinnad või liigbürookraatlik lähenemine hindadele raviasutusi nipitama.” Haiglaravi finantseeritakse praegu nn *activity based* põhimõttel – pool teenusepõhiselt, pool DRG (*diagnosis-related groups*) alusel. Ka siin on käärid – DRGd ei ole päris kohased Eestis rakendamiseks – grupid ei ole ressurtsikulu poolest homogeensed, hind ei ole haiglati diferentseeritud. See olukord ohustab sellega, et komplitseeritud ja kallid ravijuhud (esmaajoonelise kõrgema etapi haiglates) jäävad adekvaatselt rahastamata ning haigla peab töö-

tama kahjumiga. Samas annab see signaali, et väga kvaliteetset tööd ei ole kasulik teha. Ainus väljapääs oleks hoolikalt analüüsida senist hinnakujunduse protsessi ja tulemusi. „Ka tervishoiu korraldus ja ökonoomika peab olema rajatud teaduslikele tõenduspõhistele alustele,“ rõhutas Urmas Siigur.

Kõigile ebakõladele vaatamata on meie tervishoiukorraldus rahvusvahelisel tasemel kõrgelt hinnatud. Meie tervishoiu kvaliteedi ja hinna suhe on üks paremaid Euroopas. Kindlasti on see tunnustus iga taseme tervishoiutöötajate entusiastlikust, kohusetundlikust, säästlikust tegevusest. Siiski peaksid eelkõige otsustajad mõistma, et süsteemi käivitamiseks ja rakendamiseks on sageli vaja entusiasmi ja ka mõningaid ohverdusi, aga süsteemi tööshoidmiseks adekvaatsete tingimuste loomist (rahastamine, materiaalne baas, investeeringud).

Mis ootab meid tulevikus? Muutuvad olud, tekivad uued väljakutsed. Ühiskond vananeb, süvenevad sotsiaal-majanduslikud erinevused ühiskonnas, järjest arvukamaks muutuvad suuremate vajadustega, aga piiratud ressurssidega inimeste rühmad. Inimesed on enam teadlikud tervishoiu uutest

võimalustest, neil on suuremad ootused. Sellega seoses kasvavad tervishoiukulud, suureneb surve solidaarsusele ja jätkusuutlikkusele. Haigekassa hinnangul väheneb süsteemi panustajate hulk.

Kus on väljapääs? Tuleb arendada teenuste kvaliteeti, vähendada abi kvaliteedi varieeruvust, analüüsida pidevalt oma tegevust nii haigekassa kui ka raviasutuse tasandil. Tähelepanu tuleb pöörata kvaliteedijuhtimisele. Üks lahendusvariant, mida eksperdid pakuvad, on P4P (*paying for performance*): kvaliteetne on teenus, mille tulemusena paranes tervis või elukvaliteet. Esiialgu on see rakendatav vaid kui teoreetiline lähenemisenurk. Tulemuste mõõtmine on praeguste teadmiste alusel veel liiga keerukas ja ebatapne. Küll aga peab meeles pidama märksõna **tõenduspõhisus**. Urmas Siigur võttis selle kokku lausesse „Pügagem haigekassat tõenduspõhiselt“. Selle võiks lahti seletada järgmiselt: käsitleme haiget ja tema probleeme teaduslikult tõestatud arusaamade kohaselt ja eeldame, et haigekassa juhindub oma poliitikas samadest põhimõtetest.

eestiarst@eestiarst.ee