

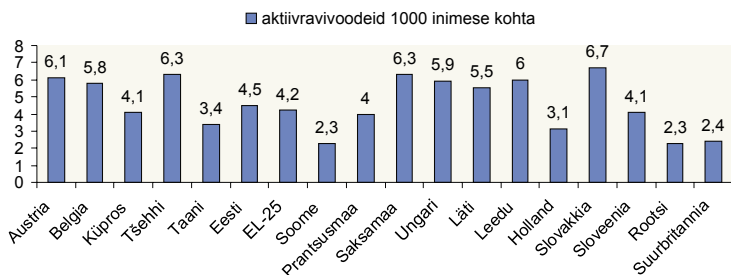
Haiglaravi arengutest

Arvi Vask – Eesti Haigekassa

Eesti riik kuulub juba üle aasta Euroopa Liitu, mis on eelkõige neljal vabadusel põhinev ühisturg, mis mõjutab ka üsna oluliselt tervishoidu ja selle sektori erinevaid osi. Kui vaadata, kuidas sellel turul üldiste näitajate osas paistab välja Eesti haiglasektor, siis tuleb kohe tunnistada, et päris hästi. Teatavasti kasutatakse riikidevahelises võrdluses haiglasectori üldise efektiivsuse näitajana nelja parameetrit:

mas arengus, aga nende arengu kiirendamiseks oleks vaja kaasata tervishoidu lisaressursse, mis tegelikkuses taandub poliitilistele otsustele ja Eesti tervishoiukulutuste osakaalu suurendamisele SKTst.

Kuidas paistab meie haiglasector kolme viimase aasta jooksul haigekassa poolt vaadatuna? Eriarstiabi kasutanud kindlustatute arv on üsna

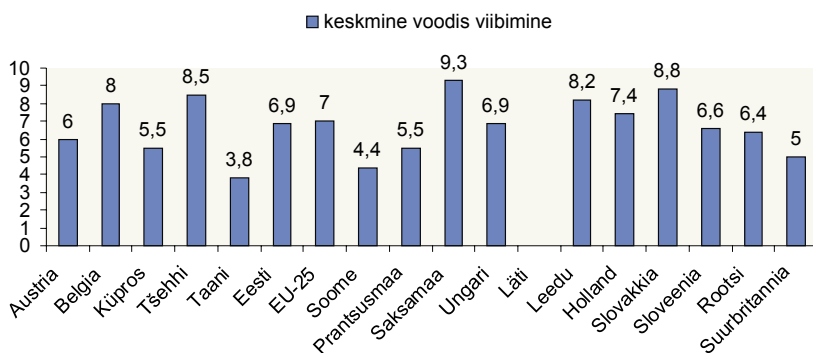


Joonis 1. Aktiivravivoodeid 1000 elaniku kohta.

aktiivravivoodite arv 1000 inimese kohta, keskmine voodis viibimine, hospitaliseerimine 100 inimese kohta aastas ja voodihõive (vt jn 1–3). Kolm esimest näitajat on Eestis ELi 25 riigi keskmised, ainult voodihõive näitaja võiks Eestis veidi suurem (EL 25 riigi keskmine on 75%, Eestis 65%) olla, aga selle näitaja statistiline väärtus ei ole meil eriti suur, sest see sõltub eeskätt avatud vooditena defineeritud voodikohtade arvust. Samas on selge, et meie aktiivravihaiglates on kohati nn hotellipinda üle ja osa voodid seisab tühjana, mis iganes siis ka selle põhjuseks ei ole, kas vajaduse või raha puudus. Kokkuvõttes võib aga kindlalt väita, et haiglasectoris ei ole praegu erilist efektiivsusvaru, mis aitaks meil tervishoiu rahastamise probleeme lahendada. See muidugi ei tähenda, et haiglasectori efektiivsusega ei peaks jätkuvalt tegelema.

Tõenäoliselt peitub edasine efektiivsuse areng esmatasandi arstiabi, hooldus- ja taastusravi kiire-

stabiilne ja püsib vahemikus 915 000–920 000, kõikudes aastati vaid mõne tuhande ulatuses. Keskmine haiglas viibimise aeg tasapisi väheneb ja oli eelmisel aastal 6,6 päeva ehk 0,2 päeva vähem kui aastal 2003. Samas võib öelda, et kui hooldusravi mahud ei suurene ja haigekassa vahendite kasvust mahte oluliselt suurendada ei ole võimalik, siis keskmine ravil viibimise aeg enam oluliselt väheneda ei saa. Vältimatu arstiabi osakaal eriarstiabis suureneb ja ka selle näitaja kasvus ei ole midagi halba, sest meditsiini arenguga seotult ongi loogiline, et haiglad töötavad just vältimatut arstiabi vajavate patsientidega. Haigekassat teeb aga murelikuks eriarstiabi ambulatoorse ja statsionaarse ravijuhu keskmise maksumuse suhteliselt kiire kasv (vt tabel 1). Eelmisel aastal kallines ambulatoorne ravijuht 18,21% ja statsionaarne ravijuht 15%, mõlemad numbrid edestavad oluliselt haigekassa eelarve kasvu ja on selge, et ilma lisavahendeid

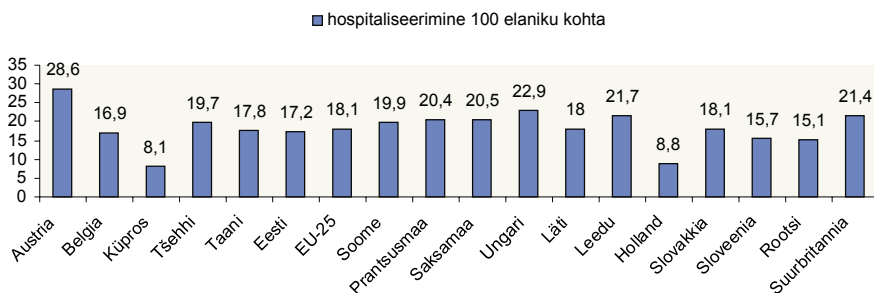


Joonis 2. Keskmine voodis viibimine.

saamata saab seda taluda vaid kättesaadavuse vähendamise arvelt.

Ravijuhude kallinemine on seotud kahe asjaoluga: eriarstiabi hindade tõus ja struktuurne kallinemine. Kui hindade tõus toimub vastavalt üleriigilistele või teenuse ostja ja pakkuja vahelistele kokkulepetele, siis struktuurse kallinemist veab tehnoloogia ja intensiivravi kasutamise järjest suurem osakaal. Tegemist on üldiselt võttes kvalitatiivse arenguga, mille tagamiseks puudub vajalik ressursi (raha) kasv. Kuna haigekassa nõukogu on püstitanud eeskätt ülesande hoida kättesaadavust vähemalt juhtude osas eelmiste aastate tasemel ja rahaline juurdekasv on hästi teada, ei olegi

põhine maksmisviis ehk DRG (*diagnose related groups*). Praegu ei tee DRG ju midagi muud, kui fikseerib ette ära 50% stationaarse ravijuhu maksumusest. Arstid teavad, et iga ravimiga kaasnevad kõrvaltoimed, ja seetõttu ei ole tervishoiu rahastamisviisides ka ühtegi, mis oleks ideaalne. Ka DRG rakendamisega kaasnevad riskid. Need tulenevad sellest, kuidas arst märgib diagnoosikoodi. Siin võib esineda vigu: juhu raskuse üle- või alahindamist või hoopiski vale koodi kasutamist. Seega ei pääse me riskidest, tuleb neid vaid õigesti juhtida. Praegu võib kindlalt väita, et DRG-l põhinev rahastamisviis on teenusepõhisest rahastamisest märksa edumeelsem, ja nagu näitavad esimese kvartali andmed,



Joonis 3. Hospitaliseerimine 100 inimese kohta.

meil muud valikut kui hoida võimaluste piires kinni hindade kasvu ja juhtida struktuurse kallinemise tempot. Klassikaliselt juhitakse struktuurse kallinemist rahalise ressursi kaudu, meil on praegu selleks kaks põhilist meetodit: esiteks leping, kus on kokku lepitud ravijuhu keskmine hind, ja teiseks diagnoosi-

pole selle kasutuselevõttust kummalegi poolele erilist majanduslikku riski johtunud. Haigekassa on seisukohal, et lähiajal DRG osakaalu juhu maksumuse arvestamisel ei suurendata. DRG annab ka märksa selgema aluse ravijuhude planeerimiseks ja motiveerib haiglaid otsima täiendavat sisemist

Tabel 1. Eesti Haigekassa olulisemate näitajate kokkuvõte aastatel 2002–2004

	2002	2003	2004	2004/2003 (%)
Kindlustatute arv	1 284 076	1 272 051	1 271 558	-0,04
Tulud tuh kr	5 099 324	5 690 137	6 350 129	11,60
Ravikindlustuse hüvitiste kulud tuh kr	4 647 939	5 292 194	6 136 989	15,96
Haigekassa tegevuskulud tuh kr	82 953	86 625	80 112	-7,52
Eriarstiabi kasutanud kindlustatute arv	919 470	914 611	917 275	0,29
Keskmine ravipäevade arv	7,2	6,8	6,6	-2,94
Vältimatu abi osakaal eriarstiabi ravikulust %:				
- ambulatoorne	14,4	13,9	15	7,91
- statsionaarne	56,4	56,6	60	6,01
Eriarstiabi ravijuhi keskmine maksumus kr				
- ambulatoorne	275	346	409	18,21
- statsionaarne	6 264	7 566	8 701	15,00
Retseptide arv	4 050 231	4 012 989	4 775 221	18,99
Retsepti keskmine maksumus Haigekassale	180,6	171,2	180	5,14
Hüvitatud töövõimetuspäevade arv	6 411 107	6 717 278	7 321 490	8,99
Ühe päeva töövõimetuse hüvitise maksumus	128	138	151	9,42

efektiivsust. On ju kõigile teada fakt, et erialade piirid muutuvad tänapäeva aktiivrais järjest hügusemaks ja ravijuhte erialati õigesti planeerida on vägogi problemaatiline. Üks asi, mida DRG aga kuidagi ei lahenda, on tervishoiu rahu-puudus, sest on täiesti selge, et pinged sektoris ainult suurenevad. Ka Eesti inimesed vajavad ja tahavad kõiki neid teenuseid enam-vähem samas mahus ja niisama kiiresti kui inimesed meie ühise turu teisteski riikides.

Võrdsustumise poole liigub ka meie tööjõu hind. Kui siia lisada veel HIV/AIDSi epideemiaga kaasnevad meeletud kulud ravimitele ja haigla-ravile ning lähiajal vähenema hakkav tööealise elanikkonna arv, siis peaks igapähele olema selge, millised väljakutsed meid ees ootavad. Kindlasti ei saa tervishoiukulutuste osakaal SKTst aga nii väikseks jääda, kui ta praegu on. Ka siin võiks meie eesmärgiks olla, saavutada vähemalt ELi liikmes-riikide keskmine tase, s.o 7,5–8%.

arvi.vask@haigekassa.ee