

Tervishoiuprojekt 2015

KONTROLLIARUANNE

nr 2-5/03/144
19.12.2003

Tervishoiuprojekt 2015

Tallinn
2003

Kokkuvõte

Riigikontroll analüüsis Sotsiaalministeeriumi tegevust Tervishoiuprojekti 2015 teise etapi arendamisel aastatel 2000–2003. Audit keskendus projekti juhtimisele, raviteenuste hindade ja selle aluseks oleva kuluarvestussüsteemi kujundamisele ning tervishoiu investeerimispoliitikale.

Projekti elluviimisel on osalenud ministeeriumi töötajad ning spetsialistid väljastpoolt ministeeriumi. Mõned projekti raames välja töötatud kontseptuaalsed seisukohad ja lahendused on jõudnud juurduda ning realiseerunud praktilistes tegevustes.

Riigikontrolli hinnangul ei ole projekti ellu viidud järjekindlalt ega vajalikul määral väärtustatud. Ministeerium ei ole lahendanud õiguslikke probleeme, käsitledes projekti mitte tervishoiu-programmina, vaid arendustegevusena. Õigusaktid aga selliseks tõlgenduseks võimalust ei anna – kuna Vabariigi Valitsus kinnitas projekti programmina, siis ei saa ministeerium olla juhtasutus. Seda keelavad sotsiaalministri enda kehtestatud nõuded tervishoiuprogrammide juhtimiseks.

Kuna Tervishoiuprojekt 2015 on väga laiahaardeline ja pikaajaline protsess, tuleks kindlasti kavandada vaheetapid, mille möödudes saab tehtut hinnata ja tegevusi korrigeerida. Praegu pole aga näiteks ravivõrgu arengukavade, ravivoodite kasutusstruktuuri muutmise ja põhivaratasu kehtestamise vaheetappide suhtes selgust.

Projekti käigus laekunud infot ei ole suudetud tervikuna analüüsida ega vastavaid otsuseid vastu võtta (nt haiglate tegevuskulude arvestuse ühtlustamine). See ei tähenda, et ministeerium asjaga ei tegeleks, kuid protsess peaks kiirenema. Tuleb pidevalt jälgida, et projekti raames kogutud ja ümber töötatud info ei võõranduks ega muutuks konkreetsete tegevustega seostamatuks väärtuseks iseeneses. Kuna seni on info analüüsimisega probleeme olnud, siis ei anna projekt kindlust ka tervishoiureformi tuleviku suhtes tervikuna – võib juhtuda, et kujunevad põhimõtteliselt uued arengutendentsid.

Riigikontroll leidis, et enam läbipaistvust vajab raviteenuste hinnakujundus. Ei ole saavutatud hinnakirja koostamise ja muutmise põhilist eesmärki – tervishoiuteenuste hindade terviklik, kooskõlastatud ja regulaarne läbivaatamine. Tervishoiuteenuste piirhindade taotlemise ja taotluste hindamise protseduurid ei olnud dokumenteeritud ja protsess tagantjärei taastatav.

Ministeerium on käivitanud mõned alaprojektid ühtse kuluarvestuse loomiseks haiglatele. Riigikontroll leidis siin ühelt poolt suuri erinevusi kulugruppide vahel eri haiglates ning teisalt kulude ebapiisavat võrreldavust. Diagnoosipõhise kuluarvestuse rakendamist on takistanud asjaolu, et kuna raviasutustes kasutatakse diagnooside määramisel erinevaid lähenemisi, siis on ka hinnaerinevused haiglate lõikes suured. Riigikontroll koostas analüüsi diagnoosipõhise komplekshinna kujunemisest ja selle võrdlusest olemasoleva raviteenuse hinnaga. Meetodi rakendamine suurendaks haiglapidaja huvi pidada ravi-asutusesisest kuluarvestust, sest selle kaudu saaks ta ka ise mõjutada raviteenuse hinna kujundamist.

Võimalus haiglatesse investeerida peitub ootustekohaselt rakendunud kapitalikulul, mis raviteenuse hinda lülitatuna aitab küll katta haiglate kulutusi, kuid ei suuda üksi mõjutada raviteenuse kvaliteeti. Raviteenuste osutajate suhtes valitseb jätkuvalt ebavõrdsus – ei ole eristatud ja arvestatud riigilt tasuta saadud vara sellest, mis on saadud omafinantseeringute arvel. Esimesel juhul saab raviasutus hinnatõusust peituvat lisaraha lihtsalt niisama kätte ega pea midagi investeringukuludelt tagasi maksma. Riigikontroll soovib käivitada pilootprojekt vaatamaks üle põhimõtteid, mille alusel Haigekassa jaotab kapitalikulusid.

Riigikontroll tuvastas ka mõned ebasihipärased kulutused, mis ei olnud seotud Tervishoiuprojektiga 2015, vaid muude eesmärkide täitmisega.

Riigikontrolli peamised ettepanekud sotsiaalministrile

- Vaadata läbi projekti juhtimise põhimõtted ning edasises tegevuses järgida kehtestatud korda või algatada vastavate õigusaktide muutmine.
- Täiustada raviteenuste kulukohtade arvestuse metoodikat nii, et kulukohtades vaadeldavate otse- ja kaudsete kulude sidumine kulukandjatega oleks adekvaatsem ja täpsem.
- Kavandada abinõud ravivoodite kasutusstruktuuri muutmiseks eesmärgiga suurendada hooldusravivoodite arvu järel- ja hooldusraviks.
- Vaadata üle põhimõtted, mille alusel Haigekassa jaotab kapitalikulud, käivitades sel eesmärgil pilootprojekti.
- Täiendada raviteenuste hindade läbivaatamise ja kooskõlastamise protseduure eesmärgiga muuta hinnamääramise protsess läbipaistvamaks.
- Korrastada Tervishoiuprojekti 2015 kulude arvestus nii, et oleks võimalik saada detailsem ülevaade projekti iga tegevuse kaupa.
- Võtta seisukoht Tervishoiuprojekti 2015 eelarvest Põhja-Eesti Regionaalhaiglale makstud 2,5 mln kr osas, mis ei olnud projektiga seotud.

Sotsiaalministri vastus

Programmi juhtimise allutamist juhtasutusele ei pea ministeerium vajalikuks ning loeb projekti tervishoiulase arendustegevuse osaks. 2004. aastal rakendatakse THP 2015 osas tegevuspõhist arvestust kululiikide lõikes.

2004. aastal taastatakse Eesti Haigekassa juures hinnakomisjon muutmaks teenuse hinna määramise protsess läbipaistvamaks. Kapitalikulude arvestusmetoodika vaadatakse üle samaaegselt tegevuspõhiste hindade väljatöötamisega.

Investeeringute vajaduse raames tegeldakse hooldusravivõrgu arengukava väljatöötamisega, mis esitatakse Vabariigi Valitsusele kinnitamiseks 2004. aastal. Selle alusel valmistatakse ette maakondlikud hooldusravi arengukavad, mille alusel viiakse 2015. aastaks ellu ravivoodite kasutusstruktuuri muudatused. Väljatöötamisel on tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja ravikindlustuse seaduse muudatusettepanekud investeerimispoliitika rakendamiseks.

Sihtasutusele Põhja-Eesti Regionaalhaigla eraldatud 2,5 mln kr oli vajalik Keila Haigla ülevõtmisega seotud rahaliste kohustuste katmiseks, mis on seotud projekti eesmärkidega.

Sisukord

SISSEJUHATUS	5
1. TERVISHOIUPROJEKTI 2015 JUHTIMINE.....	9
2. RAVITEENUSTE HINNAKIRI.....	11
3. KULUARVESTUSSÜSTEEMI ÜMBERKORRALDAMINE	13
3.1. DRG-põhine kuluarvestus	13
3.2. Raviasutuse kulukohad.....	14
3.3. Haigekassa raviteenuste hinna ja DRG-süsteemi hinna kujunemine.....	16
4. HAIGLATE KAPITALIKULUD JA INVESTEERINGUD.....	20
4.1. Investeeringuvajadus	20
4.2. Investeeringuvajaduse sertifikaat	22
4.3. Kapitalikulu	22
4.4. Põhivaratasu	23
5. TERVISHOIUPROJEKTILE ERALDATUD RAHA KASUTAMINE.....	25
5.1. 2002. aasta	25
5.2. 2003. aasta	26
LISA	28
SOTSIAALMINISTRI VASTUS.....	31

Sissejuhatus

Audit on fokuseeritud raviteenuste hindade ja selle aluseks oleva kuluarvestussüsteemi kujundamisele ning tervishoiu investeerimispoliitikale. Nende raames keskenduti järgmistele põhiküsimustele:

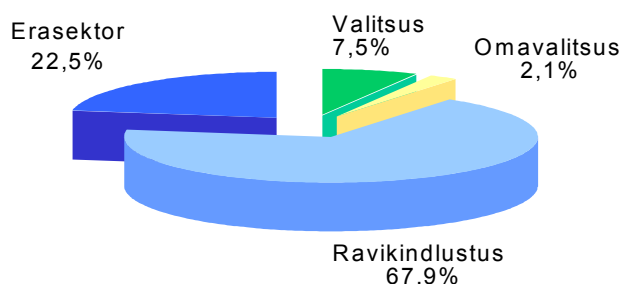
- Kas Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa on Tervishoiuprojekti 2015 tegevusi ellu viinud kavakohaselt ja millised on tulemused?
- Millised konkreetsed korrektuurid on Tervishoiuprojekti 2015 jätkamisel vaja läbi viia, et täita püstitatud eesmärgid?
- Kas projektile eraldatud raha on kasutatud sihipäraselt?

Auditeeritud asutused olid Sotsiaalministeerium, Eesti Haigekassa, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla (edaspidi ka *PERH*) ja SA Tartu Ülikooli Kliinikum. Auditeeritud periood on 2002. ja 2003. aasta. Auditeerisid auditijuht Maidu Lääne, vanemaudiitor Vello Kuuse ja audiitor Helen Trelin.

Tervishoiu rahastamine

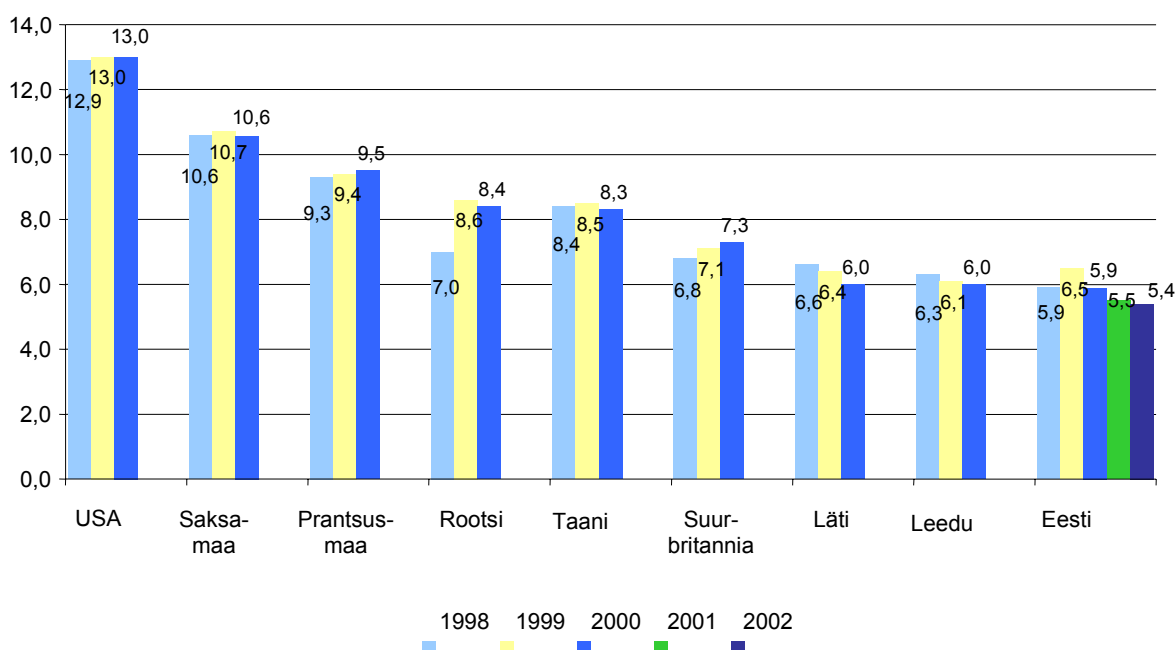
Tervishoiu rahastamise suurim ja suhteliselt stabiilne maksutululu on ravikindlustuse maksumäär 13% brutopalgast, mis 2002. aastal andis 67,9% eelarvemahust. Sellele järgnes erasektori 22,5%.

Joonis 1. Tervishoiu finantseerimisallikad (Statistikaamet andmeil)



Tervishoiu seisund ja arenguvõimalused (k.a investeeringud), sõltuvad oluliselt riigi majanduslikust arengust ja tervishoiule kulutatud rahast. Arenenud riigid kulutavad tervishoiule 7–10% sisemajanduse kogutoodangust (SKT). Üldine suundumus on see, et mida rikkam riik, seda suuremad on kulutused tervishoiule nii absoluut- kui suhtelises skaalas.

Joonis 2. Tervishoiukulude osatähtsus. Riikide võrdlustabel. Tervishoiu kogukulude osatähtsus sisemajanduse kogutoodangust (%) (Sotsiaalministeeriumi andmeil)



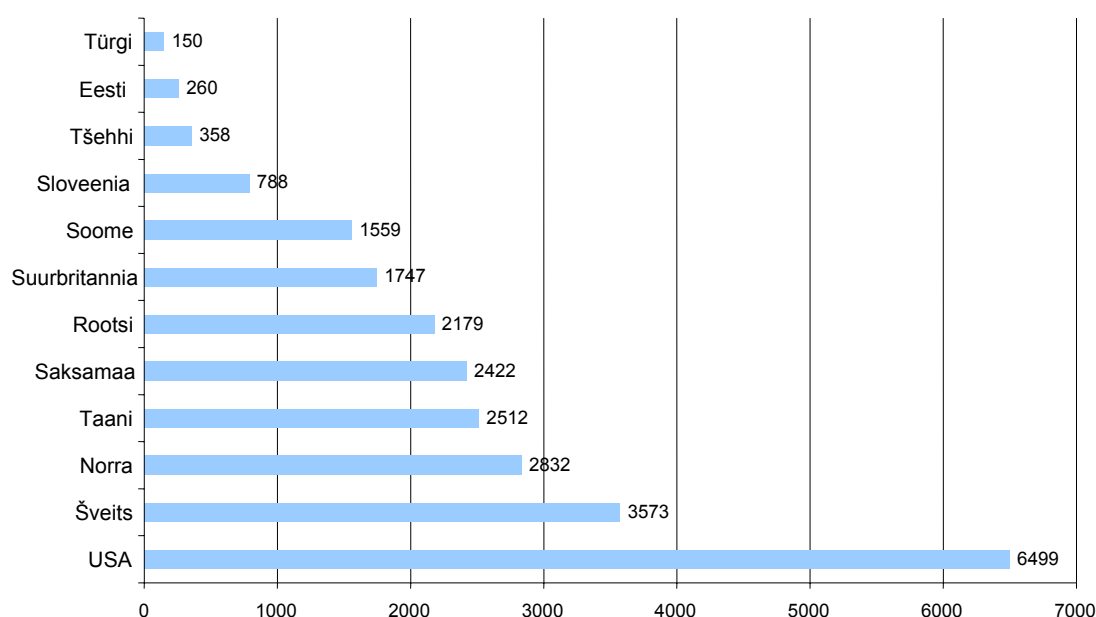
Statistikaameti andmeil on viimase kolme aasta jooksul tervishoiu kogukulude osatähtsus SKT-st¹ langenud 6,5%-lt 5,2%-ni. Ekspertide arvates peaks kokkulepitud piir Eestis olema mitte alla 7%. Arstiabile kulutatav raha on seoses tööjõuturu näitajatega (töövõimelise elanikkonna osakaal, töötus jms).

Tabel 1. Tervishoiu kogukulude prognoos

Allikas	2001		2003. aasta prognoos	
	mln kr	% SKT-st	mln kr	% SKT-st
I Tervishoiu kogukulud kokku	5 354	5,53	6 656	5,73 ²
1. Avalik sektor	4 166	4,3	5 156	4,44
sh valitsus	438	0,45	445	0,38
Omavalitsus	140	0,14	~180	0,16
Haigekassa	3 588	3,71	4 566	3,93
2. Erasektor	1 188	1,23	~1 500	1,29
II Kogukuludest ravimid ja muud meditsiinilised mittekestvuskauad	1 470	1,52	~2 000	1,72
sellest Haigekassa kulu ravihüvitustele	666	0,69	734	0,63
Muud haigushüvitised, mis ei kuulu tervishoiuteenuste loetellu	744	0,64	877	0,75

Allikas: Ekspertide arvutused

Joonis 3. Tervishoiukulude võrdlustabel riigiti – tervishoiukulud 1 elaniku kohta (USD)



Allikas: World Health Report 2002

Raviasutuste rahastamine põhineb lepingul Haigekassaga. Piirkondlikud haigekassad sõlmivad raviasutustega lepingu. Haigekassa tasub raviasutusele Haigekassa kindlustatud liikmetele osutatud teenuste eest vastavalt Sotsiaalministeeriumi määrusega kinnitatud raviteenuse hinnakirjale. 2003. aasta lõpuks sisaldab hinnakiri ligikaudu 1800 erinevat hinda.

¹ World Health Report 2002 andmed Eesti tervishoiu kogukulude kohta erinevad siseriiklike allikate andmetest: 1998 – 6,0% SKT-st; 1999 – 6,6% SKT-st; 2000 – 6,1% SKT-st.

² Osa eksperte prognoosib 2003. aasta tervishoiu kogukuludeks 6,0% SKT-st ja erasektori osakaaluks 1,5% SKT-st.

Eesti Tervishoiuprojekt 2015

Eesti Tervishoiuprojekti (edaspidi ka *projekt*, *THP 2015*) viiakse ellu kahes etapis. **Esimene etapp algas 1995. aastal**, kui Vabariigi Valitsus algatas tervishoiureformi ning projekti rahastamiseks võttis Eesti Vabariik Maailmapangalt 18 mln USD laenu. Laenu kasutusaeg lõppes juunis 2000. Laenuga kaasnevalt osutasid doonorriigid projektile aastatel 1995–2000 ekspertabi 4,5 mln USD ulatuses, Eesti riigieelarvest kulus selleks 14 mln USD. Selle abil rahastati Tartu Ülikooli (TÜ) arstiteaduskonna prekliiniliste ainete õppehoone Biomeedikumi projekteerimist, ehitamist ja sisustamist, mis moodustas ca 80% kogu projekti maksumusest. Projekti kaudu on toetatud ka TÜ polikliinilise ja perearstiteaduse õppetooli arengut. Tervishoiuprojekti toel korraldati ravikindlustussüsteem ja haigekassade organisatsiooniline struktuur ning käivitati ka perearstisüsteem (puudutab ca 20% Haigekassa ravikindlustuse raviteenuste rahast).

Teise etapi 2000–2015³ prioriteediks on haiglainvesteeringute korraldamine, eriarstiabi laienemine ja selle kvaliteedi tõstmine (hõlmab ca 70% Haigekassa ravikindlustuse raviteenuste rahast). Praegune ravikindlustuse eelarve tingib vajaduse vaadata ümber senine põhimõte osta raviteenuseid hinna ja hulga alusel ning muuta see teenuse sisu ja kvaliteedi keskseks.

Printsiibid ja eeldused, milles projekti elluviimisel kokku lepiti, olid:

- tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus ei vähene;
- tervishoiuteenuste rahastamiseks laekuvat sotsiaalmaksu osa ei suurendata.

Kuluarvestussüsteem

2002. aastal käivitati THP 2015 raames pilootprojekt haiglate kuluarvestussüsteemide ühtlustamiseks ja võrreldavate andmete saamiseks teenuste hindade osas.⁴ Eesmärgiks oli üleminek seniselt tekkepõhiselt hinnakujunduselt juhupõhisele hinnakujundusele ehk DRG (*Diagnosis Related Groups*) süsteemile. Viimane põhineb diagnoosipõhisel komplekshinnal, mis eeldab raviasutuste detailset kuluarvestust. See võimaldab raviasutusel koostada tegevusel põhinev eelarve ja kasutada ressursse efektiivsemalt. Pilootprojektis osales 5 haiglat (TÜ Kliinikum, PERH, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Pärnu Haigla, Tallinna Lastehaigla), kelle suhtes kasutati ühtset metoodikat.

2002. aasta lõpuks valmisid TÜ Kliinikumi ja THP 2015 koostööna dokumendid haiglavõrgu kuluarvestussüsteemi rakendamiseks. Need sisaldasid haiglavõrgu kuluarvestussüsteemi ja selle rakendamise põhimõtteid ning statistiliste ja majandusaruannete ühildatavust. Dokumendid arutati läbi PERH-i, Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Viljandi Haigla, Kuressaare Haigla, Keila Südamekliiniku, TÜ Kliinikumi, Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumiga. Dokumentide avalikku arutelu aga ei korraldatud.

2003. aasta on kavandatud perioodiks, mil haiglad hindavad kuluarvestussüsteemi rakendatavust nii ajalises perspektiivis kui ressursimahukuselt. Püütakse saavutada ka kokkulepped konteerimise põhimõtete ja kulugruppides. Läbirääkimised ja arutelud on kavandatud realiseerida Haiglate Liidu kaudu.

Tervishoiu kogukulude süsteemi esmane analüüs valmis 2002. aasta sügisel.⁵ Kogukulude edasine tegevuskava selgub 2003. aastal sõltuvalt haiglate kuluarvestussüsteemi rakendamise põhimõtetest ning teistest kaasnevatest analüüsides.

Loodud baas peaks võimaldama edaspidi Tervishoiuprojekti raames igal aastal analüüsida ravikulude ja ravikvaliteedi suhet ning seeläbi tagada maksumaksjale parim ravikvaliteet optimaalse kuluga.

³ Riiklik tervishoiuprogramm "Eesti Tervishoiuprojekt 2015" kiideti heaks Vabariigi Valitsuse 03.05.2000. a protokollilise otsusega nr 24.

⁴ Eesti Haigekassa juhtis kuluarvestuse pilootprojekti kuni 2002. aasta kevadeni, seejärel on seda juhtinud THP 2015 töögrupp ja Sotsiaalministeerium.

⁵ Kogumikud "Tervisestatistika riiklik vajadus" ja "Tervisesüsteemi kogukulude arvestus"

Investeeringispoliitika

Tervishoiuprojekti teiseks oluliseks prioriteediks lisaks teenuse hinnakujundusele on välja töötada eriarstiabist lähtuv investeeringispoliitika. Sellega peab tervishoiusektoris tekkima avatud, ühetaoline ja eri allikatest tulevale kapitalile atraktiivne keskkond, kus riigil on efektiivsed instrumendid ja roll investeeringute otsustusprotsessis ja jälgimises. Ainsaks põhimõtteliseks alternatiiviks on piisava riikliku kapitali olemasolu ja eraldi rahastamine riigi poolt.

Investeeringispoliitika põhimõtted töötas välja Sotsiaalministeeriumi juurde moodustatud THP 2015 töögrupp, kuhu kuulusid Sotsiaalministeeriumi, Eesti Haigekassa, Haiglate Liidu, investeeringufirma LHV ja advokaadibüroo Raidla & Partnerid esindajad. Lisaks kaasati Maailmapanga toel eksperte Eestist ja välismaalt.

Muud tegevused

Meditiiniline statistika ja aruandlus tuleb ajakohastada ja muuta elektrooniliseks. Loodavat andmebaasi võib vaadelda kui vahendit, mis võimaldab senisest efektiivsemalt ja täpsemalt diagnoosida haigusi, määrata haigestumise riske, tõhustada ravi ja planeerida kulutusi. Sel eesmärgil on loomisel ka patsiendi elektrooniline terviselo andmemudel (tervisekaart ja haiguslugu), samuti retseptikeskuse süsteem, mille abil on võimalik toimetada e-retsepti.

Geenivaramu projektiga kavandatud ulatuslik andmete kogumine ja süstematiseerimine eeldab ühtsete kaasaegsete meditsiiniinfo klassifikatsioonide kasutuselevõttu. Selles osas uuritakse, kuidas tagada ühtsete kriteeriumite rakendamine diagnostilises protsessis Eesti kõigis raviasutustes.

1. Tervishoiuprojekti 2015 juhtimine

2000–2002

Vabariigi Valitsuse 30.05.2000. a protokollilise otsusega nr 24 kiideti heaks Sotsiaalministeeriumi esitatud riiklik tervishoiuprogramm – tervishoiuorganisatsiooni arendustegevuse programmi alamprogramm Eesti Tervishoiuprojekt 2015.

Sotsiaalministri kehtestatud korrast⁶ lähtuvat ja 2002. aasta tegelikku juhtimisskeemi võrreldes selgub, et ministeerium pidi nimetama projekti juhtasutuse, kes sõlmib lepingud ja vastutab projekti vahendite kasutamise eest. Ministeerium seda ei teinud ja sisuliselt kandis juhtasutuse funktsiooni ise.

Kuni 2002. aasta alguseni otsustas igasuguste tervishoiuprogrammide vahendite kasutamise ministri poolt moodustatud nõukogu⁷, seejärel moodustati ministeeriumi ametnikest järelevalvekomisjon⁸. Komisjoni töökorraldusest ja protokollilistest otsustest ilmneb, et THP 2015 järelevalvega ta sisuliselt ei tegelnud.

THP 2015 staatus jäi määratlemata: tegu pole iseseisva juriidilise isikuga, kuid ta ei kuulu ka Sotsiaalministeeriumi struktuuri. Auditeerimisel ei selgunud ka projekti direktori staatus ja pädevus⁹. Projekti direktoriga sõlmis töölepingu Sotsiaalministeeriumi kantsler¹⁰. Töölepingus ei määratletud direktori tööülesandeid ega vastutust, samuti ei koostatud direktori ametijuhendit. Vahetuks tööülesannete andjaks ja kontrollijaks oli määratud tervishoiu asekanter.

Projekti juhtimine ei olnud õiguslikult piisavalt reguleeritud. Ministeeriumi juhtkond ei soovi projekti käsitleda tervishoiuprogrammina, samas ei anna kehtinud õigusaktid võimalust teistsuguseks tõlgenduseks.

Ministeeriumi tervishoiu asekanter sõnul korraldas THP 2015 oma tegevusi vastavalt antud aasta tegevuskavale ja eelarvele. Projekti direktorile allusid alamkomponentide koordinaatorid, viimaste alluvuses töötasid omakorda projektijuhid. Sõlmitavate lepingute projektid esitati järgmise skeemi kohaselt: alamkomponendi koordinaator, programmi direktor, tervishoiuosakonna juhataja, tervishoiu asekanter, finants-eelarve osakond ja õigusosakond. Aruandeid tehtud töö kohta pidid koordinaatorid ja projektijuhid esitama reeglina üks kord kuus. Selline töökorraldus ei olnud aga kinnitatud.

2003

2003. aastal on projekti funktsioonid ja tegevused toodud tervishoiuosakonda. Kantsleri sõnul käsitletakse kõiki projekti tegevusi edaspidi ministeeriumi arendustegevusena. Samas ei välistanud ta, et edaspidi antakse mõned THP 2015 funktsioonid üle Tervise Arengu Instituudile.

Sotsiaalministeerium juhtiva asutusena peab tagama projekti meeskonna häireteta ja tulemusliku töö, mis aga mitte alati pole õnnestunud. Nagu viitasid nii projektirühma liikmed kui ka ministeeriumi vastutavad töötajad ise, ei olnud ministeeriumi juhtkonnal projekti töötajatega tõhusat sidet.

THP 2015 peab siduma tervishoiureformi elemendid ühtseks tervikuks. Sellest eesmärgist lähtudes andis projektirühm Eesti tervishoiuprobleemide kirjelduse, pakkus välja taustteadmisi, mis lubavad hinnata ideede mõjukust, ning selgitas ka valikuid.

Olukorras, kus projekt senisel kujul enam ei tööta, on vaja pingsalt jälgida, et juba saadud ja ümber töötatud info ei võõranduks ega muutuks konkreetsete tegevustega seostamatuks väärtuseks iseeneses. Sellisel juhul ei annaks projekt kindlust ka tervishoiureformi tuleviku suhtes – võib juhtuda, et kujunevad põhimõtteliselt uued arengutendentsid.

⁶ Tervishoiuprogrammide juhtimist reguleeris sotsiaalministri 13.01.2000. a määrus nr 7 “Riiklike tervishoiuprogrammide elluviimise korraldamine” ja rahandusministri 29.01.1998. a määrus nr 7 “Riigieelarvest finantseeritavate riiklike programmide koostamise korra kinnitamine”.

⁷ Sotsiaalministri 15.02.2002. a määrusega nr 24 tühistati riikliku tervishoiuprogrammi senine töökord.

⁸ Sotsiaalministri 15.02.2002. a käskkiri nr 48

⁹ Direktor oli auditi läbiviimise ajaks lahkunud ja uut inimest ei olnud tööle võetud.

¹⁰ Tööettevõtuleping nr 77-a kantsleri ja töövõtja vahel sõlmiti 05.01.2001.

Ministeeriumisisese tööjaotuse järgi kannab THP 2015 elluviimise põhiraskust tervishoiuosakond. Osakond on põhjalikumalt käsitlenud küsimusi, mis seostuvad haigla pidaja majandustegevusele kehtestatavate piirangutega, nõuetega raviasutuste juhtidele ja sisekontrollile ning haigla pidaja majandustegevuse järelevalvega. Koos õigusosakonnaga on ette valmistatud vastav seaduseelnõu¹¹. Välja on töötatud määruste eelnõud, mis käsitlevad haigla pidaja aruandlust, haigla pidaja finantsseisundi näitajaid ja nende hindamise kriteeriume ning investeringuloo taotlemise ja menetlemise korda. Tegevused viitavad sellele, et tervishoiuosakond on üle võtnud THP 2015 funktsioonid ja töötab nende rakendamise nimel.

THP 2015 on väga laiahaardeline ja pikaajaline protsess. Seetõttu tuleb kindlasti kavandada vaheetapid, mille möödudes saab tehtut hinnata ja tegevusi korrigeerida. Tuleb arvestada, et huvi projekti lahenduste ja elluviimise vastu on suur, sest sellega on seotud peaaegu kõik arstiteaduse distsipliinid, mis omakorda on põimunud mitmesuguste majandusküsimustega.

THP 2015 on eelkõige kollektiivne tegevus. Kõigi osapoolte ärakuulamise ja huvide arvestamise kaudu saab leida lahendusi, mis oleksid ökonoomseimad ja ravi mõttes efektiivseimad. Seetõttu peaks ministeerium välja töötama kõiki THP 2015 meetmete kooskõlastamist ja rakendamist hõlmavad protseduurireeglid (olemasolevad ei kata projekti elluviimise protsessi ministeeriumist kuni lõppkasusaajateni – otsuse tegemine, raha kulutamine kõigil tasanditel ning kõigi tasandite aruandlus).

Ministeeriumi enda raamatupidamine ei võimalda anda detailset ülevaadet raha kasutamisest (kuluartiklite ja tegevuste lõikes¹²). Eelarve, tegevuskava ning nende täitmise aruandlus ei ole üheselt ja selgelt seostatavad.

Ettepanekud sotsiaalministrile

- Järgida programmide juhtimise põhimõtteid, mis näevad ette programmi allutamise ministri määratud juhtasutusele. See võimaldab ministeeriumil teostada tõhusamat järelevalvet THP 2015 tegevuste üle.

Kui otsustatakse kasutada teistsugust juhtimisskeemi, siis tuleb algselt algatada õigusaktide muutmine, et THP 2015 saaks täpsema õigusliku aluse. Seejuures tuleb selgemalt määratleda otsustamis-pädevus ja sätestada otsustajate vastutus.

- Korraldada THP 2015 kulude arvestus nii, et oleks võimalik saada detailsem ülevaade projekti iga tegevuse lõikes.

Sotsiaalminister selgitas, et alates THP 2015 loomisest on juhtasutuseks olnud Sotsiaalministeerium, sest projekt on oma olemuselt tervishoiualase arendustegevuse alaprogramm.

Riigikontroll aktsepteerib ministeeriumi otsust käsitleda THP 2015 tegevust ministeeriumi arendustegevusena, kuid juhib tähelepanu, et kooskõlla tuleb viia ka regulatsioon ja tegelik juhtimisskeem.

¹¹ Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja ravikindlustuse seaduse muutmise seaduse eelnõu

¹² Projekti direktor pidas detailsemat arvestust raha kulutamise üle ka tegevuste lõikes, kuid seda pole raamatupidamises säilitatud.

2. Raviteenuste hinnakiri

Raviteenuste hinnakirja koostades ja muutes tuleb järgida kõigi tervishoiuteenuste regulaarse läbi vaatamise ja kooskõlastatuse põhimõtet, mis tagaks hindade adekvaatsuse ja aktsepteeritavuse raviasutuste poolt. Hindadest sõltuvad otseselt tervishoiuasutuste võimalused osutada kvaliteetset teenust, investeerida arengusse ja tasustada töötajaid. Seetõttu on valdkond THP 2015 tähtis komponent.

Ravikindlustuse seaduse kohaselt koordineerib hinnakujundust Haigekassa. Tervishoiuteenuste loetelu muutmise kriteeriumid ja hindamise korra ning hinna kujunemise meetodika kehtestas valitsus oma määrustega¹³.

Ettepanekuid tervishoiuteenuste loetelu muutmiseks (sh teenuse lisamiseks, kustutamiseks või täiendamiseks (nt teenuse piirhinna, piirangute, nimetuse muutmise)) võivad teha tervishoiuteenuste osutajate ühendused, erialaühendused ja Haigekassa. Ettepanekus, mis tuleb esitada hiljemalt muudatuse tegemisele eelneva aasta 1. märtsiks, peab olema esitatud tervishoiuteenuse tõendatud meditsiiniline efektiivsus, kulutõhusus, vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga ning vastavus ravikindlustuse rahalistele võimalustele. Haigekassa nõukogu koostab ettepanekute kohta 1. septembriks arvamuse. Seejärel esitatakse taotlus sotsiaalministrile, kes omakorda esitab ettepaneku loetelu muutmiseks Vabariigi Valitsusele eelneva aasta 1. oktoobriks.

Tervishoiuteenuste hinnakirja muutmist on põhiliselt taotlenud grupihuve esindavad erialaseltsid. Nende aktiivsus erineb suuresti: intervjuudest selgus, et määravaks osutub põhimõte “kes teeb paremat lobitööd, see parema hinna saab”.

Ettepaneku menetlemise ehk tervishoiuteenuse hindamise käigus on Haigekassa küsinud kuni kolm eksperthinnangut, sh erialaühenduselt teenuse meditsiinilise efektiivsuse osas, Sotsiaalministeeriumilt ühiskonnale vajalikkuse osas ning Haigekassa nimetatud tervishoiuökonomika spetsialistilt kulutõhususe osas. Lisaks on Haigekassa andnud hinnangu, kas ettepanek vastab ravikindlustuse rahalistele võimalustele.

Auditeerimisel ei selgunud, kas hinnataotlust menetlevate osapoolte vahel toimusid sisulised arutelud. Saadud hinnangute alusel võib väita, et hinnaläbirääkimistel terviklikult lähenevaid ja võrdseid osapooli praegu pole – on grupihuve esindavad hinnataotlejad, kuid erapooletu hinnakomisjon puudub.

Tegelikult on Haigekassa teinud ettepanekuid huvigruppide (erialaseltside) surve all, kuid tendentslikult (sellest annab tunnistust tabel 1 lisas). Paljud kõrgelt hinnatud teenused kallinevad suhteliselt rohkem, neelates olulise osa Haigekassa rahast. See suurendab neid teenuseid osutavate raviasutuste survet Haigekassale suurema lepingumahu saamiseks, mis omakorda tekitab ebavõrdset konkurentsi.

Tervishoiuteenuse hinnas olev kasumi(investeeringu)osa suurus ja Haigekassa lepingu maht määrab raviasutuse võimaluse investeerida oma arengusse. Näiteks Perearstide Selts on saavutanud pidevalt garanteeritud hinnatõusud koos Haigekassa lepingumahu 100%-lise kattega (seda nii pearaha kui ka praktilise baasraha osas). Siinjuures ei sõltu hinnatõus üldse tehtud töö hulgast, vaid ennekõike nimistu suurusest ja koosseisust. Sama ei saa väita eriarstiabi kohta.

Intervjuudest haiglajuhtidega selgus, et mõnel erialal võimaldavad teenuste hinnad tegutseda, mõnele tuleb aga peale maksta. Eriarstiabi finantseerimine ei ole tuginenud piisavale majandusanalüüsile ja väljatöötatud kriteeriumidele, pigem on see olnud juhuslikku laadi ja põhinenud haiglajuhtide lobitööl.

Eriarstiabis on hinnatõusud olnud kaootilised, erinedes kordades nii erialati kui ka ühe eriala piires. Näiteks on viimasel viiel aastal oluliselt tõusnud magnetresonants-tomograafia uuringute (40–45%), juba algselt hästi tasustatud kardiokirurgiliste protseduuride ja operatsioonide, liigeste proteesimise, katarakti operatsioonide, mammograafia, samuti histoloogiliste ja tsütoloogiliste uuringute hinnad.

¹³ Vabariigi Valitsuse 05.08.2003. a määrus 209 ja 24.09.2002. a määrus nr 301

Neid protseduure on raviasutustel kasulik teha, kuna haigla kulu nende tegemisel on väiksem kui Haigekassa hinnakirjas märgitud tasu. Seetõttu on nende abil võimalik katta ka kahjumlikke teenuseid.

Hambaraviteenuste hinnad Haigekassa hinnakirjas on viimasel ajal tõusnud ca 30%, samal ajal kui alates 01.01.2003 on täiskasvanute hambaravi kõikidele patsientidele tasuline.

Järeldused

- Praegu ei ole saavutatud hinnakirja koostamise ja muutmise põhilist eesmärki – kõikide tervishoiuteenuste hindade terviklik, kooskõlastatud ja regulaarne läbivaatamine, mis tagaks tervishoiuteenuste hindade tasakaalustatuse ja terviklikkuse.
- Tervishoiuteenuste piirhindade taotlemise ja taotluste hindamise protseduur pole läbipaistev. Välja on töötatud hinna taotlemise ühtsed kriteeriumid, kuid taotluste otsustamisprotsess ei ole selge.
- Kuna erialaseltside juhtivtuumiku moodustavad kesk- ja regionaalhaiglate arstid, domineerivad hindade taotlemisel ja kehtestamisel nende huvid. See tingib ebavõrdse olukorra raviasutuste rahastamisel. Näiteks üld-, labori-, radioloogia- jpt teenused, mida tehakse üld- ja kohaliku haigla tasemel, ei ole raviasutusele rentaablid. Samal ajal pole nendel haiglatel võimalik seda kompenseerida kallimalt tasustatud ja kasumit tootvate spetsiaaluuringute ja protseduuridega, mida tehakse põhiliselt kesk- ja regionaalhaiglates.

Ettepanekud sotsiaalministrile

- Määratleda olulisemad eri hinnapakettide kooskõlastamisega seotud sõlmkohad ning arvestada nendega hinna kujundamisel ja kooskõlastamisel.
- Kaaluda hinnakomisjoni moodustamist, kuhu kuuluksid spetsialistid nii raviasutustest, erialaseltsidest kui ka Haigekassast ja Sotsiaalministeeriumist, eesmärgiga tagada raviteenuste hindade regulaarne läbivaatamine ja kooskõlastatud muutmine.

3. Kuluarvestussüsteemi ümberkorraldamine

2002. aastal käivitati THP 2015 raames pilootprojekt haiglate kuluarvestussüsteemide ühtlustamiseks ja võrreldavate andmete saamiseks teenuste hindade osas. Eesmärgiks oli üleminek seniselt tekkepõhiselt hinnakujunduselt juhupõhisele hinnakujundusele ehk DRG-süsteemile. Viimane põhineb diagnoosipõhisel komplekshinnal, mis eeldab raviasutuste detailset kuluarvestust. See võimaldab raviasutusel koostada tegevusel põhinev eelarve ja kasutada ressursse efektiivsemalt.

Kuluarvestussüsteemi ees seisavad järgmised ülesanded:

- hinnata ja mõõta kulusid finants- ja statistiliste aruannete tarvis;
- mõõta tegevuste, toodete, teenuste ja klientide kulusid;
- anda juhtidele ja teostajatele majanduslikku tagasisidet protsesside efektiivsuse kohta.

Esimese ülesande täidab traditsiooniline kuluarvestussüsteem, mida tuleb täiendada aruandluse saamiseks OECD metoodikate ja klassifikaatorite lõikes. Siin on kasutusel mitmed skeemid: teenusepõhine, voodipäevapõhine, komplekshindadel, pearahal ja eelarvel¹⁴ põhinev.

Teise ja kolmanda ülesande täitmiseks on vaja juurutada juhupõhine kuluarvestussüsteem, mis võimaldab kulukäituri abil pidada kuluarvestust nii erialade kui patsiendi kaupa. Levinuim juhupõhine süsteem maailmas on aktiivhaigla patsientide klassifitseerimise süsteem DRG. Seda kasutatakse põhiliselt statsionaarses aktiivravis ja päevakirurgias. Juhupõhiseid süsteeme on välja töötatud ka teiste arstiabi liikide tarvis (ambulatoorne arstiabi), kuid need ei ole eriti levinud.

2003. aasta oli kavandatud perioodiks, mil haiglad töötavad läbi materjalid ja hindavad haiglavõrgu kuluarvestussüsteemi rakendatavust nii ajaperspektiivis kui ressursimahukuselt. Samuti tuli kokku leppida konteerimise põhimõtetes ja kulugruppides. Planeeritud läbirääkimised ja arutelud kavandati realiseerida Eesti Haiglate Liidu kaudu.

3.1. DRG-põhine kuluarvestus

DRG-süsteemi ülesandeks on tagada, et ühte rühma kuuluksid sarnase ressursikuluga patsiendid, kellel oleks ka sarnane haiguse etioloogia. Haigla teenuseks peetakse üldjuhul ravijuhtu, mis omakorda koosneb üksikutest uuringutest, protseduuridest ja voodipäevadest. DRG-süsteem on patsientide klassifitseerimise süsteem, mis aitab määratleda haigla teenuse ehk selle, milliseid patsiente raviasutus ravib. Süsteemi on keeruline välja töötada, sest ravimise protsess on spetsiifiline ja kõik patsiendid unikaalsed. Alati ei ole võimalik patsiendi seisundit üheselt defineerida ning arstid ravivad ühesuguseid haigusi erinevalt. DRG-süsteemi grupeerimisloogika toetub kahele aspektile: ravijuhtude kliinilisele sarnasusele ja ressursikulu sarnasusele.

Klassifitseerimise aluseks on põhidiagnoos. Põhidiagnoosi alusel määratakse patsiendile põhidiagnoosirühm, mis arvestab kliinilist sarnasust. Põhidiagnoosirühmade hulk võib DRG-süsteemides olla erinev, kuid enamasti on see 25. Põhidiagnoosirühma eestikeelne loetelu on lisas tabelis 2. Kui hospitaliseeritud patsient on põhidiagnoosirühmas, rühmitatakse ta vastavalt sellele, kas talle on tehtud kirurgiline protseduur¹⁵ või mitte. Kirurgiliste protseduuridega juhud jaotatakse omakorda vastavalt operatsiooni ressursikulule, et tagada kulude osas võimalikult homogeenised rühmad.

Kirurgiliste protseduuride rühmitamisel kasutatakse Põhjamaades levinud klassifikatsiooni¹⁶. Terapeutilised patsiendid klassifitseeritakse põhidiagnoosi põhjal. Kolmandas etapis rühmitatakse patsiendid muude näitajate (vanus, kaasuvad diagnoosid) alusel, kuid seda juhul, kui need tegurid põhjustavad olulist erinevust ravijuhu ressursikulus.

¹⁴ Eelarvelist tervishoiusüsteemi finantseerimist toetab WHO kui efektiivseimat ja parima kvaliteedi ja hinna suhtega süsteemi.

¹⁵ Kirurgiliseks protseduuriks peetakse protseduuri, mille teostamiseks on vaja kasutada operatsioonituba.

¹⁶ NCSP – NOMESCO Classification of Surgical Procedures. NCSP on detailsem kui Eesti Haigekassa hinnakiri. Selleks, et DRG-süsteemi Eestis kasutusele võtta, on vaja üle minna NCSP-dele, mis tagab patsiendile tehtavate protseduuride õige klassifitseerimise NordDRG reeglite kohaselt.

Igas põhidiagnoosirühmas on tavaliselt üks kirurgiline ja üks mittekirurgiline rühm, mis on mõeldud “muudele haigustele” ja “muudele operatsioonidele”. Need on vajalikud harvaesinevate diagnooside ja operatsioonide grupeerimiseks. Kirjeldatud loogikat kasutades grupeerib arvutiprogramm kõik ravijuhud rühmadesse.

Üleminek DRG-süsteemile oli planeeritud 2003. aastaks, kuid on nüüd edasi lükatud 2004. aastale. Esimesel aastal kavandatakse tasustada 90% ulatuses vana ja 10% ulatuses DRG-põhise hinnakirja alusel. Sellise lähenemise, mis jagab ravijuhu kulu riski Haigekassa ja raviasutuse vahel, pakkusid välja DRG-süsteemi rakendanud riikide esindajad.

3.2. Raviasutuse kulukohad

Kulukohad peavad näitama, millistes majandustegevuse protsessi punktides kulud tekivad. Tehnoloogilises protsessis tuleb kulukohtadena vaadelda tehnoloogilisi komplekse, mille raames kujunevad teenuste kulud. Auditis on kulukohtade kirjeldamisel kasutatud TÜ Kliinikumi kulukohtasid.

Kõiki patsiendiga seotud kulusid on võimalik vaadata kululiikide lõikes. Näiteks kliendi-patsiendi-teeninduse kulu jaguneb järgmiselt:

- registreerimise kulu,
- patsiendi teavitamise kulu,
- ravimikulu,
- toitlustamise kulu,
- patsiendi majutuskulu (sh küte, elekter, pesu, vesi ja puhastusvahendid),
- patsiendi transport (kiirabi).

Teatud osa tuleb arvestada raviasutuse halduskuludeks, sh personalikulu.

TÜ Kliinikumis ostetakse siseteenust teistelt struktuuriüksustelt ja seega vaadeldakse kulukohtadena ka:

- meditsiinilisi teenistusi, kus tekib uuringutega seotud kulu (nt radioloogiateenistus, ühendlabor jt);
- mittemeditsiinilisi teenistusi (nt toitlus-, majandus-, raamatupidamis-, personaliteenistus jne);
- kliinikuid.

Tegevustsükli ja tehnoloogilise protsessi aspekti alusel saab eristada põhitegevuse protsessiahela järgmisi etappe:

- patsiendi vastuvõtt,
- meditsiiniliste teenistuste uuringud (radioloogia, labor),
- ravi vastavas osakonnas,
- operatsiooni ettevalmistus
- kirurgiline tegevus (operatsioonituba),
- postoperatiivne tegevus (III, II astme intensiivravi, postoperatiivne ravi palatis).

Lähtudes funktsioonide jaotumusest, tegeleb patsiendi vastuvõtuga erakorralise meditsiini osakond; patsiendi ravimisega vastav erialakliinik; haiguslugude ja raviarvete koostamisega vastav erialakliinik; raviarvete väljastamisega ravikindlustuse osakond ning kliiniku juhtimisega kliiniku administratsioon.

Need tegevused saavad olla aluseks kulukohtade klassifikatsioonile. Viimane on eriti tähtis osakonnas, kus toimub ravi ja mille kulusid on vaja jaotada hiljem ravijuhtudele ehk kulukandjatele. Näiteks kardiokirurgia osakonna kulukandjatena võib vaadelda:

- diagnostilist patsienti,
- kirurgilist patsienti (südameklapi operatsioon),
- kirurgilist patsienti (südamestimulaatori operatsioon).

Kliinikumis vaadeldakse kulukohtadena vastava teenistuse või kliiniku osakonda (nt kardiokirurgia osakond, erakorralise meditsiini osakond jne), kuid mitte tegevusi.

Ühele haigusjuhtumile koostatakse reeglina üks raviteenuste arve. Kaks arvet koostatakse patsiendile juhul, kui:

- patsiendi ravikindlustus algab ravijuhu/ravi kestel,
- patsiendi haigusjuhtumile / raviteenuste arvele lisandub hooldaja raviteenuste arve,
- patsient suunatakse järelravile spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku järelravi osakonda,
- avatakse statsionaarne ravijuhtum ja koostatakse eraldiseisev raviteenuste arve.

Kui patsient liigub ühest kliinikust teise, vormistab raviteenuse arve lõpliku diagnoosi püstitanud raviarst. Arve lõpetatakse erialakliiniku raviteenuste arvena, lähtudes põhidiagnoosist. Raviteenuste arve rea kirjeldamisel ja sisestamisel raviarve töötlemisprogrammi kasutatakse lisaks struktuuriüksuse koodile täiendavaid tunnuseid:

- tellija osakond – osakonna allstruktuur, kes tellis raviteenuse oma eelarvest. Tellija osakonna tunnuseks on tellija allüksuse kood;
- tellija arst – tellimuse esitanud arst/resident. Tellija arst/residendi tunnuseks on arsti kood;
- teostaja osakond – osakonna allstruktuur, kes teostas tellitud raviteenuse. Teostaja osakonna tunnuseks on teostaja allüksuse kood;
- teostaja arst – raviteenuse teostanud arst/resident. Teostaja arst/residendi tunnuseks on arsti kood. Teostajat arsti/residenti ei märgita, kui teenuse teostajaks on ühendlabor, patoloogiateenistus ja verekeskus.

Raviteenuste arved edastatakse keskregistrisse, mille põhjal koostatakse kliinikutele ja teenistustele sisearved. Sisearve vormistatakse kliinikute ja teenistuste vahelises arvelduses kord kuus. Sisearvete vormistamise aluseks on ravikindlustuse tervise-uuringute ja raviteenuste hinnakirja koodid, kliinikumi juhatuse kinnitatud raviteenuste hinnad ja koodid ning kokkuleppehinnad. Sisearved esitatakse kliinikute keskregistri andmete baasil. Seega on sisearvete koostamise aluseks aruandekuul kliinikumi koondarvetes olevad raviteenuste arved.

Praeguse kulukohtade klassifikatsiooni peamiseks puuduseks on üldisus: põhiliste kulukohtadena vaadeldakse kliinikuid, teenistusi ja osakondi. Sellest aga ei piisa, sest osakonnasiseselt on eristatavad mitu tegevuste kompleksi, kus ravitakse erinevaid ravijuhte (diagnostiline patsient, kirurgiline patsient).

Kuna kulukohtade arvestusel on ravijuhu omahinna arvestuse seisukohalt suur tähtsus, on oluline täiustada arvestust nii, et kulukohtades vaadeldavad otse- ja kaudkulud oleksid kulukandjatega võimalikult objektiivselt seotud. Ülesannet on raske lahendada, sest silmas peab pidama nii kulu-käituri muutusi kui ka seda peamist eesmärki, mille tõttu erinevaid protseduure on teostatud. Töökorralduse mõttes tähendab see haiglate majandusarvestusele kuluva jooksva töö mahu suurenemist. Uus kuluarvestuse korraldus eeldab IT-lahendusi. Selleks on vaja leida lisaressursse.

Haiglad ei ole piisavalt motiveeritud andmeid esitama ja ühekordselt ümber töötleva ning tulemused demonstreerisid ühelt poolt suuri erinevusi kulugruppide vahel eri haiglates ning teisalt kulude ebapiisavat võrreldavust.

Probleem on selles, et riik koos Haigekassaga ei saa anda eraõiguslikele raviasutustele riigieelarvest lisaressurssi süsteemi väljatöötamiseks ja IT-lahenduste finantseerimiseks, vaid haiglad peavad selle leidma oma eelarvest. Enamikul raviasutustest ei ole selleks raha või ei ole nad süsteemi finantseerimisest huvitatud. Riigil pole mehhanisme, millega mõjutada eraõiguslikke raviasutusi sisse viima õiglast raviteenuste kuluarvestussüsteemi. Samuti puudub usaldusväärne järelevalvemehhanism Haigekassale antava kuluarvestuse aruandluse õigsuse kohta.

Haigla juhtide jaoks on probleem ka kokkulepete puudumine Haigekassaga, et viimane ei kasutaks saadud infot haiglate lepingumahtude vähendamiseks.

3.3. Haigekassa raviteenuste hinna ja DRG-süsteemi hinna kujunemine

Hindamaks Haigekassa raviteenuse hinna ja DRG-süsteemi hinnakujunduse erinevusi, kasutas Riigikontroll TÜ Kliinikumi Kardioloogia Kliinikus kogutud andmeid.¹⁷ Lisas olevas tabelis 2 on toodud uuritud haigusjuhud põhidiagnoosirühmade (MCD kategooriate) ja DRG-de lõikes.

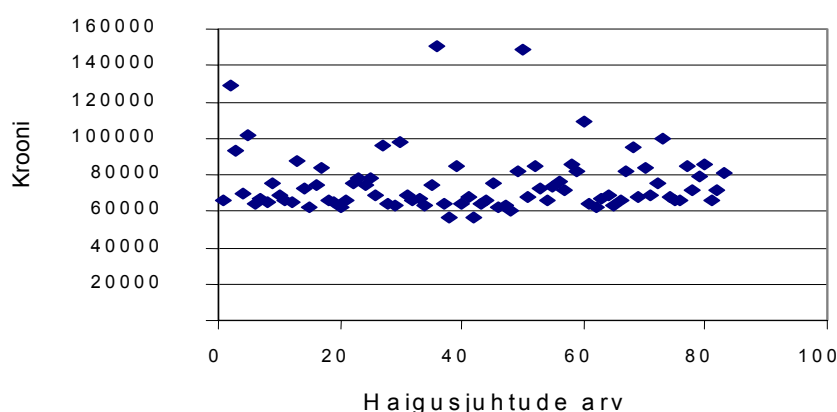
Andmete grupeerimisega moodustus kaks rühma, mille valimi suurus oli 20 või enam haigusjuhtu. Ülejäänud rühmadesse sattusid üksikud haigusjuhud, mille statistiline töötlemine ei annaks adekvaatseid tulemusi.

Näitena toome siinkohal DRG 104 südameklappide operatsioonid koos südame kateteriseerimisega, mille valimisse kuulus 83 haigusjuhtu.

MCD kategooria	MCD nimetus	DRG	DRG nimetus	Juhtude arv
MCD '05	Vereringehaigused	104	Südameklappide operatsioonid koos südame kateteriseerimisega	83

Haigusjuhtude maksumuse arvutamisel on lähtutud uurimislehele märgitud andmetest ja haigusloo vahelehele kantavatest uuringutest ja protseduuridest. Uuringute, protseduuride ja teiste toimingute hinna aluseks on Haigekassa hinnakirjas olevad hinnad. Ravimite ja meditsiiniliste materjalide hinna aluseks on apteegist väljastatavate ravimite hinnad. Arvestatud ei ole voodipäevade maksumust.¹⁸

Joonis 4. DRG 104 haigusjuhu maksumus osakonna andmete põhjal



Enamiku uuritavate haigusjuhtude maksumus langes vahemikku 60 000–80 000 krooni. Seega võib väita, et nende haigusjuhtude ressursikulu on suhteliselt sarnane. Haigusjuhtude keskmise maksumuse võrdlus uuritud ja Haigekassa poolt tasutud arvetega on tabelis 2.

Tabel 2. Haigusjuhtude keskmised maksumused ja erinevus

DRG 104 (83 juhtu)	Keskmine	Miinimum	Maksimum
Osakonna ravijuhtu maksumus	75 398,00	56 629,00	150 411,00
Haigekassa raviarve maksumus	80 712,77	62 387,00	160 805,00
Erinevus	-5 319,77	-5 758,00	-10 394,00
Ravil viibimise kestvus	17,5	3	55

¹⁷ Andmeid koguti 4-kuulise vaatlusperioodi jooksul (01.03.–30.06.2002) kõigi osakonnas ravilviibinud patsientide kohta. Andmete kogumise käigus koostati uurimisleht, millele märgiti päevade lõikes patsiendile tehtavad protseduurid, manustatavad ravimid ja ühekordselt kasutatavad meditsiinitarvikud. Seejärel seoti uurimisleht raviarvel olevate raviuuringute ja protseduuridega, mis kokkuvõttes moodustas ravijuhtu tegeliku meditsiinilise kulu. Kokku uuriti 211 haigusjuhtu.

¹⁸ Voodipäeva maksumuse väljajätmine on tingitud sellest, et uurimislehel olid ära märgitud ravimid, laboratoorsed uuringud ja lihtsamad raviprotseduurid.

Uuritava 83 haigusjuhu keskmine maksumus oli 75 393 krooni – minimaalne 56 629 krooni ja maksimaalne 150 411 krooni. Haigekassa tasutud raviarve maksumusest erineb keskmine 5 319 krooni võrra, kusjuures minimaalne maksumus erineb 5 758 krooni ja maksimaalne 10 394 krooni.

Samas tuleb arvestada, et Haigekassa tasutud raviarve sees on voodipäeva maksumus vastavalt voodiprofiilile. Voodipäeva tasu on seotud ravilviibimise ajaga. Ravi kestus sõltub suurel määral patsiendi üldisest tervislikust seisundist.

Tabelis 3 on arvestatud keskmise ravil viibimise ajaga (17,5 päeva). Uuritavate haigusjuhtude maksumuse moodustavad ainult meditsiinilised kulutused, st uuringud, analüüsid, ravimid ja ühekordsed meditsiinilised tarvikud. Ei ole arvestatud osakonna aparatuuride kulumit, personali tööjõukuluseid ja üldkuluseid.

Tabel 3. DRG 104 haigusjuhu tegevusprotsessi kaart

Kaasatud kulukoha nimetus	Keskmine kulu (kr)	Osatähtsuse %
Erakorralise meditsiini osakond	5,11	0,01
Radioloogiateenistus	2 225,35	2,95
Ühendlabor	1 925,58	2,55
Patoloogiateenistus	16,00	0,02
Funktsionaaldiagnostika kabinet	416,36	0,55
Verekeskus	1 449,04	1,92
Operatsiooniteenistus	57 035,36	75,65
Anestesioloogia ja intensiivravi kliinik	2 997,33	3,98
Teised kliinikud (stomatoloogia-, sise-, kirurgikliinik jne)	190,12	0,25
Osakonna uuringud	171,52	0,23
Osakonna materjalid	642,46	0,85
Ravimid	1 627,60	2,16
Meditsiinilised tarvikud (ühekordsed med-vahendid)	6 696,44	8,88
KOKKU	75 398,27	100

Kõige suuremad kulud tekkisid selle DRG puhul operatsiooniteenistuses – 75,65%. Meditsiiniliste tarvikute ja ravimite kulu on haigusjuhtude lõikes väga erinev, selle osatähtsus uurimistulemuste põhjal oli vastavalt 8,88% ja 2,16% kogu haigusjuhu maksumusest.

Erakorralise meditsiini kulu 0,01% on seotud erialaarsti konsultatsiooniga. Erakorralise meditsiini osakonna läbivad kõik haiglasse saabunud patsiendid, kuid see kulu ei ole meditsiiniline, vaid seotud kliendi teenindusega, hõlmates patsiendi kohta koostatavat dokumentatsiooni ja juhendmaterjale ning teavitamist.

Kuna uuritavates haigusjuhtumites ei käsitletud osakonna arstide, õdede ja hoolduspersonali ning muu halduspersonali tööjõukuluseid, üld- ja kaudkuluseid, siis on osakonna keskmine ravijuhu maksumus 5 319,77 krooni võrra madalam Haigekassa keskmisest raviarve maksumusest. Järelikult katab Haigekassa hind haigusjuhu otsekulud, kuid ei kata osakonna üld- ja kaudkuluseid ega tööjõukulu.

Tööjõukulude jaotamisel ravijuhule võib kasutada mitut meetodit:

- tööaja pildistamine,
- raskusastme koefitsiendid,
- eelnevate perioodide kulud.

Kahe esimese meetodi kasutamine eeldab vaatlusandmete kogumist ja analüüsimist. Auditeerijail ei õnnestunud Haigekassa hinnakirjast välja selgitada, kas ja kui palju sisaldab kinnine kardiokirurgiline operatsioon ja kunstliku vereringega kardiokirurgiline operatsioon tööjõukulu.

Riigikontroll lähtub oma analüüsis eelmiste perioodide tööjõukulu suhtest kogukuludesse. Kardioloogiaosakonnas on kolme aasta keskmine tööjõukulude osatähtsus kogukuludest 20,8%, tegevuskulude osatähtsus 2,22%, üldkulude osatähtsus 8,41%, raamatupidamislik kulum ja allahindlus 2,09%.¹⁹ Nendele protsentidele tuginedes on tabelis 4 näidatud DRG 104 keskmise maksumuse kujunemine uuritavates ravijuhtudes.

¹⁹ Teiste raviteenuste puhul on tööjõukulu osakaal 50%, ambulatoorse ravi korral isegi kuni 70%.

Tabel 4. DRG 104 keskmine maksumus

	Osakonna ravijuhu keskmine maksumus	Osatähtsuse %	Haigekassa raviarve keskmine maksumus	Erinevus
Uuritava ravijuhu meditsiiniline maksumus	75 393	66,1		
Osakonna tööjõukulu	23 953	21,0		
Üldkulud	9 695	8,5		
Mitmesugused tegevuskulud	2 624	2,3		
Raamatupidamislik kulum	2 395	2,1		
KOKKU	114 060	100	80 713	33 243

Uuritava ravijuhu kogumaksumuseks DRG 104 rühmal kujunes 114 060 krooni, mis on Haigekassa tasutud keskmisest raviarve maksumusest 33 243 krooni suurem.

DRG-sid on analüüsinud ka Haigekassa. Järgnevas tabelis on toodud pimesooleoperatsiooniga seonduv, kus valimisse on võetud Tallinna haiglad ja TÜ Kliinikum.

Tabel 5. Andmed pimesooleoperatsioonidega seotud kulude kohta

DRG	Diagnoos	Raviasutus	Keskmine arve	Ravipäevade arv
164	Apendektoomia	Ida-Tallinna Keskhaigla	11 498	18
	tüsistunud apenditsiidi korral			
164	“	Lääne Tallinna Keskhaigla	14 627	7
164	“	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	7 883	12
164		Piirhind	22 359	
165	“	Ida-Tallinna Keskhaigla	7 492	7
165	“	Lääne-Tallinna Keskhaigla	12 380	7
165	“	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	9 136	6
165	“	Sihtasutus TÜ Kliinikum	5 616	3
165		Piirhind	7 707	
166	“	Ida-Tallinna Keskhaigla	9 505	6
166	“	Lääne-Tallinna Keskhaigla	6 414	3
166		Piirhind	13 855	
167	“	Ida-Tallinna Keskhaigla	6 068	3
167	“	Lääne-Tallinna Keskhaigla	5 206	4
167	“	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	5 165	3
167	“	TÜ Kliinikum	6 231	4
167		Piirhind	5 643	

Allikas: Eesti Haigekassa

Iga DRG alumine rida on tervishoiuteenuste loetellu minev piirhind. Kõige keerulisem ravijuht neist peaks olema DRG 164. Suhteliselt suurem varieeruvus DRG-des 164–166 tuleneb sellest, et ravijuhte ei ole väga palju. DRG 167 puhul on ravijuhte juba piisavalt (kõige tavalisem ravijuht), kuid ka seal on märgata erinevusi.

Haigekassa selgitusel võib TÜ Kliinikumi kallim ravijuht tuleneda sellest, et kaasuvaid diagnoose ei ole märgitud ja seetõttu läheb ka raskem ravijuht kergemana arvesse. Teine põhjus, miks keerulised ravijuhud võivad olla sattunud kergemasse rühma, on Haigekassa arvates põhidiagnoosi märkimine. Näiteks põhidiagnoosi K35.0 ja K35.1 korral satub ravijuht DRG-sse 164 või 165. Kui aga põhidiagnoosiks on märgitud K35 (kas viimane number on raviasutuse poolt märkimata jäetud või ongi tegu teise diagnoosiga), siis ravijuht läheb DRG-sse 166 või 167.

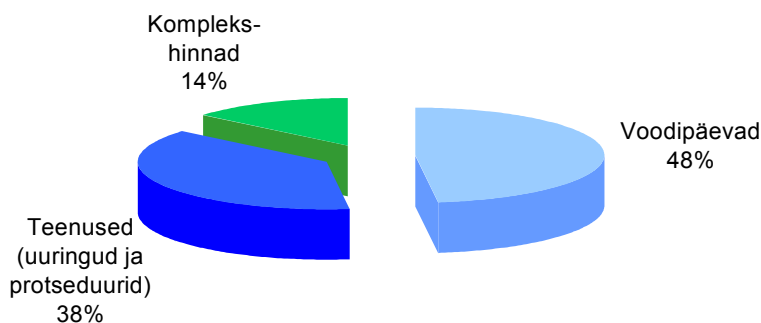
Kuna raviasutused märgivad diagnoose erinevalt, siis on suured ka hinnaerinevused haiglate lõikes. See tähendab, et Haigekassa peaks diagnooside kriteeriumid täpsemalt defineerima. Varieeruvate kriteeriumidega ei ole võimalik DRG-d täpselt määrata.

Siit tuleneb ka järeldus, et juhupõhine hinnakujundus tuleb välja töötada kiiresti, sest raviasutustel kulub küllaltki palju aega, enne kui suudetakse DRG-süsteemiga kohaneda – kanda arvetele õiged põhidiagnoosid ja täita raviarveid õigesti.

Intervjuudest TÜ Kliinikumi, PERH-i ja mitme väikehaigla juhiga selgus, et osa teenuste kompleks-hindu õigustab ennast. Kriitiliselt suhtuti asjaolusse, et Haigekassa ei tugine DRG-süsteemi välja töötades mitte raviasutuste tegelikele kuludele, vaid võtab aluseks senised tegevuspõhised hinnad.

Haigekassa rakendab statsionaarse ravi rahastamisel kolme põhilist tasustamise viisi.

Joonis 5. Haiglaravi tasustamine statsionaarses ravis 2002. aastal



Allikas: Haigekassa

Nagu näha, kasutas Haigekassa haiglaravi tasustamiseks kõige enam voodipäevapõhist tasu (48%). Teenuspõhine rahastamine moodustas mõnevõrra väiksema osa (38%). Komplekshindadel põhinev tasustamine moodustas üksnes 14% kogu rahalisest mahust.

Kui DRG-süsteemiga sisuliselt ainult tasandatakse kehtiva hinnakirja disproportsioone, siis ei suudeta püstitatud eesmärgi saavutada.

Järeldused

- Praegu kehtiva kulukohtade klassifikatsiooni peamiseks puuduseks on üldisus – põhiliste kulukohtadena vaadeldakse kliinikuid, teenistusi ja osakondi. Sellisest jaotusest aga kulukoha määratlemiseks ei piisa, sest osakonnasiseselt võib eristada mitut tegevuste kompleksi, mille puhul on tegu erinevate ravijuhtudega (diagnostiline patsient, kirurgiline patsient).
- Olemasolev finantsarvestussüsteem ei kajasta tulusid/kulusid struktuuriüksuste kaupa ning ka kulukäitrite kohta puudub usaldusväärne aruandlus.
- Kuna Haigekassa pole välja töötanud DRG aluseks olevaid diagnoosi kriteeriume, ei saa raviasutused neid ühtmoodi märkida ning tekivad hinnaerinevused haiglate vahel.
- Haigekassa ei ole märkimisväärselt tegelnud kulupõhiste hindade väljatöötamisega. Ravijuhtude maksumus kompenseeritakse vana, praktikas väljakujunenud ja kohandatud hinnakirja põhjal.

Ettepanek sotsiaalministrile

- Täiustada THP 2015 raames kulukohtade arvestuse meetodikat nii, et kulukohtades vaadeldavate otse- ja kaudsete kulude sidumine kulukandjatega oleks adekvaatsem ja täpsem.
- Koostöös Eesti Haigekassaga jätkata juhupõhiste hindade mudeli väljatöötamist, mis oleks ühtlaselt hõlmatav ja hallatav kõikidele raviasutustele.

4. Haiglate kapitalikulud ja investeeringud

4.1. Investeeringuvajadus

2002. aasta lõpus oli Eestis 50 haiglat 8 088 haiglavoodiga, millest aktiivravivooideid oli 5 712 ja pikaaravi vooideid 2 376. Haiglate vanus, suurus ja ehituslik seisukord on erinevad. Enamik neist on ehitatud 20 või rohkem aastat tagasi. Paljud vanemad haiglahooned on ajale siiski hästi vastu pidanud, samas kui 60-ndail ja hiljem ehitatud hooned on väga kehvast seisukorras. Haiglate ümberehitusi ei ole tehtud pikaajaliste arengukavade põhjal, vaid hetkevajadusi arvestades. Haiglad vajavad põhjalikku rekonstrueerimist ja infrastruktuuri uuendamist.

THP 2015 eesmärgiks on koondada kvalifitseeritud ravi väiksemasse arvu haiglatesse, mille abil paraneks ravi kvaliteet. Suurem patsientide arv aitab arstidel ja õdedel säilitada oma professionaalsust. Ka majanduslikust seisukohast on otstarbekas keerulisemad ja kallimad meditsiiniseadmed koondada väiksemasse arvu haiglatesse.

Projekti raames välja töötatud kava kohaselt jaotatakse Eesti haiglavõrk teeninduspiirkondade vahel. Igas piirkonnas hakkab paiknema keskhaigla. Senised teise ja kolmanda tasandi arstiabi andvad haiglad korraldatakse aastate jooksul ümber keskhaiglateks ja üldhaiglateks. Arstiabi on kättesaadav ükskõik millisest geograafilisest punktist võetuna 70 km raadiuses ehk 60 minuti autosõidu kaugusel.

Investeeringuvajadused ja mahud aastani 2015 on kindlaks määratud Eesti haiglavõrgu arengukava alusel, mille kinnitas Vabariigi Valitsus²⁰.

Tabel 6. Investeeringute hinnanguline maht

	Aktiivravivooideid, sh taastus- ravi ja päevameditsiin*	Hooldusravi- ja geriaatriavooideid	Investeeringu- vajadus (akuut)	Investeeringu- vajadus (hooldus)
PERH	1 028	0	1 096 166 000	0
TÜ Kliinikum	892	155	1 131 905 000	117 975 000
Kokku Eestis	4 367	1 158	4 294 680 000	731 965 000

Haiglate arengukava 2015 kohaselt vajab Eesti 19 haiglat, mille voodite koguarv on 5 525 – aktiivravi vooideid 4 367 ja pikaaraviprofiili vooideid 1 158.

Tabel 7. Ravivoodid Eestis²¹ haiglate arengukava 2015 järgi ja tegelik seis 2002

	Haiglate arengukava 2015²²		2002		Haiglavõrgu arengukava 2015²³	
	Arv	1000 el kohta	Arv	1000 el kohta	Arv	1000 el kohta
Ravivooideid	9 100–10 100	6,5–7,2	8 088	5,9	5 525	4,0
Aktiivravivoodid	3 100	2,2	5 712	4,2	4 367	3,1
Pikaaravi voodid	6 000–7 000	4,3–5,0	2 376	1,7	1 158	0,9

Allikas: Tervishoiujuhtide Kolleegium

THP 2015 suundumuse järgi ei peaks vähenema ravivoodite arv, vaid muutma peaks nende kasutust. Haiglavõrgu arengukava näeb ette aastaks 2015 vähendada aktiivravi kohti 2 voodikohani 1 000 elaniku kohta (ca 3 100 aktiivravi voodikohta).

Tabel 8. Ravivoodite kasutamine Eestis

	1990	1995	1999	2000	2001	2002
Hospitaliseeritud haigeid	290 015	266 322	282 302	279 470	268 741	259 954
1000 elaniku kohta	184,8	185,4	205,2	204,1	197,0	191,1
Keskmine ravikestus päevades	17,4	12,7	9,9	9,2	8,7	8,4
Voodihõive %	75,2	76,9	73,5	70,0	68,4	67,3

Allikas: Eesti Statistika aastaraamat 2003

²⁰ Vabariigi Valitsuse 02.04.2003. a määrus nr 105 "Haiglavõrgu arengukava"

²¹ Arvestatud elanike arvuga 1,36 mln

²² Vabariigi Valitsuse 30.05.2000. a määruse järgi

²³ Kinnitatud Vabariigi Valitsuse 02.04.2003. a määrusega nr 105

Praegu on paljudel ravivoodikohtadel patsiendid, kes on vajalikus mahus aktiivravi kätte saanud ning vajaksid suunamist hooldushaiglasse taastumisele. Hooldushaigetele oleks vaja ligikaudu 2 000 voodikohta, kusjuures praegu suudetakse katta 800 hooldusravikohta.²⁴ Järelikult on 1 200 aktiivravivoodit kinni. Samas on inimesed järjekorras ja ootavad operatsiooni põhjusel, et juba paranevaid patsiente pole võimalik panna nädalaks-paariks hooldusravivoodisse, kus ei vajata eriarsti ja kallihinnalist aparatuuri.

Haiglavõrgu ümberstruktureerimine on üks eeldusi, et saaks määrata investeeringuvajadust. Arengukavades tuleb sätestada ka vajadus olla valmis hädaolukorraks ning uuendada ehitusprojekti meditsiinitehnoloogiat. Investeeringuvajaduse hindamisel tuleks eraldi vaadelda ka trendi haigestumiste osas.

Tabel 9. Registreeritud esmaste haigusjuhtude arv 100 000 elaniku kohta

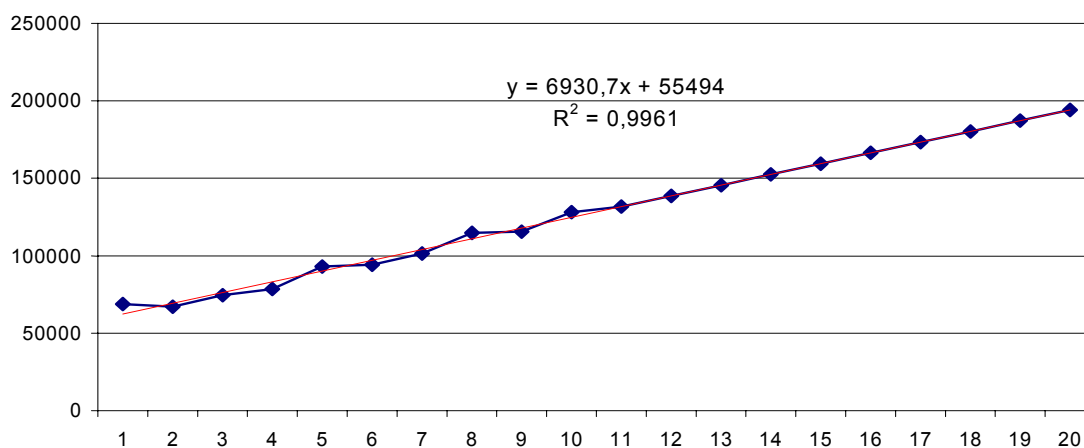
	Tegelik/trend	Arvutuslik summa		Tegelik/trend	Arvutuslik summa
1991	68 833,4	X	2001	131 731,7	136 715,4
1992	67 039,1	X	2002	138 662,4	146 075,9
1993	74 579,9	X	2003	145 593,1	155 767,5
1994	78 530,2	X	2004	152 523,8	165 795,7
1995	93 133,3	X	2005	159 454,5	176 175,1
1996	94 154,6	X	2006	166 385,2	186 910,0
1997	101 443,6	98 660,7	2007	173 315,9	198 008,5
1998	114 753,9	106 771,5	2008	180 246,6	209 474,3
1999	115 603,2	115 069,3	2009	187 177,3	221 310,7
2000	128 054,6	123 641,4			

Allikas: Eesti Haigekassa statistika

Haigekassa ametliku statistika järgi oli 1991. aastal igal elanikul vajadus põhjendatult (talle pandi haiguse diagnoos) pöörduda raviasutusse 0,68 korral aastas. 2000. aastal 1,28 korda ehk 1,88 korda sagedamini. Igal aastal on lisandunud keskmiselt 6 931 diagnoosijuhtu 100 000 elaniku kohta. Selle aja jooksul pole Eestis olnud ühtegi epideemiat, mis põhjendaks sellist raviasutusse pöördumiste kasvu.

Trendidest nähtub, et haigestumus kasvab pidevalt. Sellisele järeldusele võib jõuda, võttes aluseks ametliku statistika (tabelis 9 rasvaselt), esmahaigestumuse osas 100 000 elaniku kohta ning valides kõige tõenäosemad trenditüübid nende väärtuste alusel. Viiest analüüsitud trenditüübist annab tugevaima seose polünomiaalne kõver ($R^2=0,99$).

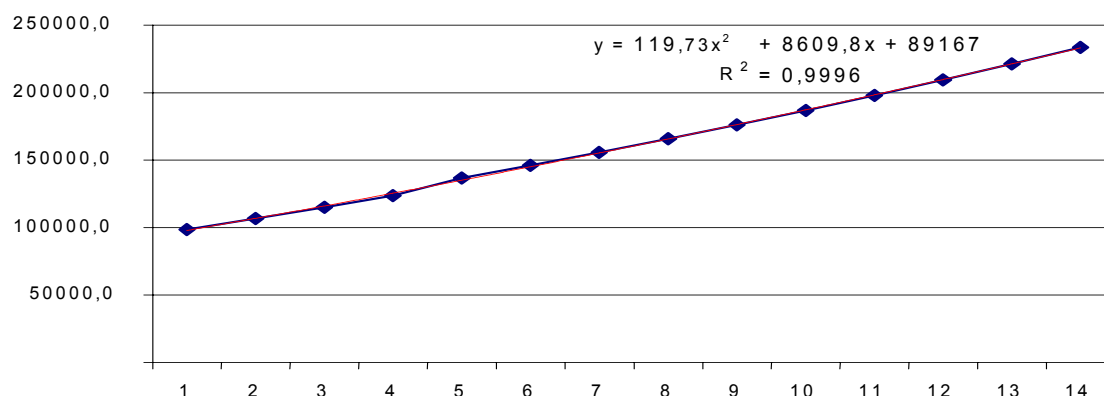
Joonis 6. Summaarne esmahaigestumine



Lineaarse ekstrapoleerimise järgi moodustab 2005. aastal summaarne esmahaigestumus 159 455 ja 2009. aastal 187 177 juhtu 100 000 elaniku kohta.

²⁴ Eesti Hooldusvõrgu Arengukava 2001

Joonis 7. Summaarne esmahaigestumine



Kui toetuda polünoomiaalsele kõverale, mis annab praktilise funktsionaalse sõltuvuse ($R^2=0,9996$ ehk $R^2=0,1$), siis võib aastaks 2005. prognoosida esmahaigestumist 176 175 juhtu ja 2009. aastaks 221 311 juhtu 100 000 elaniku kohta.²⁵

Toodust järeldub, et võimalike esmahaigestumuste hulga kasvuga tuleb investeeringuvajaduse kavandamisel arvestada.

4.2. Investeeringuvajaduse sertifikaat

THP 2015 järgi on investeeringu teostamise tingimuseks see, et haigla saab sertifikaadi, mis kinnitab vajadust investeeringu järele (nii hoonetesse ja rajatistesse tehtavad investeeringud kui ka kallid meditsiinitehnika). Vajaduse sertifikaati tuleks taotleda kõigile investeeringutele, mis ületavad kindlaks-määratud mahu (selle võiks sätestada sotsiaalministri määrusega). Sertifikaaditaotlusi peaks hindama ministeeriumi ja Haigekassa esindajate ning erialaspetsialistide komisjon. Vastavad otsused tuleb teha investeeringu tasuvusanalüüsi (prognoositav nõudlus, kulude eelarve), erialaseltsi hinnangu ja muude kriteeriumide alusel.

THP 2015 töögrupp töötas välja sertifikaadi põhimõtted. Ministeeriumi tervishoiuosakond on tegelnud nõuete ja protseduuride väljatöötamisega.

Tervishoiuteenuste hinnas olev investeeringuosa suurus ja Haigekassa lepingu maht määravad ravi-asutuse võimaluse investeerida oma arengusse. Haiglate loetelus nimetatud haiglatesse riigieelarve vahenditest investeerimise tingimused ja korra peab kehtestama Vabariigi Valitsus.²⁶ Vajalike investeeringute hinnanguline maksumus tuleks kinnitada sotsiaalministri käskkirjaga iga haigla puhul eraldi pärast haigla funktsionaalse arengukava kinnitamist.

4.3. Kapitalikulu

Haiglavõrgu restruktureerimine järgmise 15 aasta jooksul nõuab igal aastal vähemalt 400 mln kr investeerimist haiglavõrgu arengukava haiglatesse. 01.01.2003 jõustus tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muudatus²⁷, mille alusel lisatakse alates 01.07.2003 raviteenuste piirhinda ka kapitalikulu komponent²⁸. See tagab raviasutuste investeeringuvajadusest ligi kolmandiku. Ministeeriumi tervishoiuosakonna hinnangul peaks kapitalikulu komponent edaspidi kasvama 200 mln kroonile. Ülejäänud vajaduse (s.o 200 mln aastas) peaks katma riik täiendavatest vahenditest, kaasates võimalusel välisabi.

²⁵ Analüüsimisel on kasutatud lineaarse regressiooni võrrandit.

²⁶ Ravikindlustuse seaduse § 55 (8)

²⁷ Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 55

²⁸ 2003. aastal on haiglate kapitalikuludeks planeeritud 114 mln kr Haigekassa eelarvest.

Haigekassa ei järgi praegu haiglatega lepinguid sõlmides haiglavõrgu arengukava, vaid sõlmib regionaalpoliitilistest kaalutlustest lähtudes raviteenuste ostmiseks lepingud ka arengukavast välja jäänud haiglatega. Seda põhjusel, et arengukavas ei ole fikseeritud olemasolevate ja arengukavast välja jäänud haiglate reorganiseerimise ajagraafikut aastati, vaid on näidatud ainult lõppeesmärk aastaks 2015.

Kuna raviteenuste tasustamise aluseks on kehtiva hinnakirja järgi suures osas voodipäev ja teenused (ambulatoorsed visiidid, uuringud, protseduurid jms), arvestab Haigekassa praegu kapitalikulu (investeeringud) nende tervishoiuteenuste hinna sisse.

Haigekassa kinnitusel formeerus vajalike investeeringute hinnanguline maksumus haiglate loetelus nimetatud haiglate hoonete renoveerimiseks, ehitamiseks ja ümberprofileerimiseks THP 2015 raames tehtud analüüsi baasil. Selle käigus selgitati välja, millised on haiglate investeeringuvajadused nii piirkonniti kui erialati ning sellest tulenevalt voodikohtade vajadus igas haiglas.²⁹

Ligi 90% hinnatõusust läks voodipäeva maksumusse (praegu 83 kr/m²), mille seos kapitalikuludega ei ole põhjendatud. Intensiiv- ja hooldusravi, operatsioonid, dialüüsid (nii tavalised kui ka spetsiifilisi tingimusi vajavad) on võetud sama ruutmeetri hinna järgi. Fikseeritud on üldpinna maksumus, kuid nt röntgenkabinet või onkoloogia ravipalat on oma normidele vastava sisustuse poolest (kiiritusaparatuur ja tinaplaadid) kordi kallim kui tavajuhu palat. Seda Haigekassa hinnakujunduspoliitika voodipäeva ruutmeetri hinna puhul arvestanud ei ole.

Investeeringute metoodika võttis arvesse haiglate 2003. aasta 4 esimese kuu hinnangulised tegevused, mis ei anna tervikpilti. Haiglate endi investeeringuvajaduste prognoose ei ole arvesse võetud. Fikseeritud lepingumahu tingimustes – lepitakse kokku ravijuhtude arv ja selle keskmine maksumus – on raviasutustel vähe võimalusi suurendada sisemist efektiivsust.

Seetõttu tuleks üle vaadata põhimõtted, mille alusel Haigekassa jaotab kapitalikulusid. Eeliseid on nii kindlaksmääratud hinnal kui ka juhupõhisel finantseerimisel. *Per capita* süsteemi korral on raviasutus huvitatud patsiendile kvaliteetset raviteenust osutama, kuna kordusvisiit ja -ravi vähendaksid asutuse tulubaasi. Kulupõhise süsteemi puhul võib juhtuda, et eraõiguslikel raviasutustel ei ole majanduslikult kasulik patsienti terveks ravida, kuna kordusvisiidid toovad raviasutusele täiendavat tulu. *Per capita* korral on esmatähtis ennetustöö ja tervishoiuprofülaktika, mis aga juhupõhise tervishoiuteenuse finantseerimise korral on ebaoluline.

Suur osa – hinnanguliselt 1/3 – arstide tööajast kulub haiguslugudega seotud dokumentidele, lepingumahtude määramisele, Haigekassaga suhtlemisele jm tegevustele, mis pole ravimisega otseselt seotud. Need tegevused on vajalikud, et Haigekassa hüvitaks raviteenuste osutamise eest teenitud summad.

Riigikontrolli hinnangul aitaks probleemi selgitada ja lahendusvariante leida pilootprojekt, mis võimaldaks analüüsida kahe süsteemi – Haigekassast makstava teenusepõhise (juhupõhise) ja *per capita* süsteemi – erinevusi ning aitaks välja tuua süsteemide kitsaskohad. Samuti võimaldaks see pilootprojekti osaleval haiglal teostada kvaliteedikontrolli ostetud raviteenuse suhtes (nt näitab kohapealne operatsioonijärgne järelravi määramine koheselt osutatud teenuse tegelikku kvaliteeti).

Projekti edukuse tingimuseks on toimiv kontrolli- ja järelvalvemehhanism raha kasutamise üle, osalemise vabatahtlikkus ning projekti kulgemise perioodiline hindamine. Pilootprojekti tulemusena saab hinnata, kas ravi kvaliteet on komplekselt paranenud ja korduvhospitaliseerimiste arv vähenenud, samuti kas ressursi saab otstarbekamalt kasutada.

4.4. Põhivaratasu

THP 2015 raames on välja töötatud põhimõtted põhivaratasu kehtestamiseks³⁰. Põhivaratasu objektiks on haiglate põhivara, millest on maha arvatud pikaajalised kohustused. Põhivaratasu maksjaks oleks Eestis tegutsev ja Sotsiaalministeeriumi poolt litsentseeritud raviasutus, olenemata tema juriidilisest vormist, kes seni on saanud ja saab tulevikus riigi või omavalitsuse eelarvest rahalisi siirdeid põhivara ostmiseks või parendamiseks.

²⁹ Investeeringuvajadus kokku on 1 m² hoone ehitamise või rekonstrueerimise hind korrutatud kogu vajaliku pinnaga.

³⁰ THP 2015 kohaselt peaks põhivaratasu jõustuma 2004. aastal

Põhivaratasu rakendamise eesmärgiks on teadvustada kapitali hinda, kindlustades haigla pidaja poolt seni tasuta saadud ehitiste efektiivse kasutuse ja uute investeeringute majandusliku põhjendatuse.

Põhivaratasu maksmise korra järgi tuleb haiglate käsutuses olev põhivara näidata praegustes ehitushindades. Üks viise on kasutada kindlustusfirmade eeskujul amortiseeritud asendusväärtuse määramise meetodit. Selle järgi on põhivaratasu suurus teatud protsent haigla põhivara asendusväärtusest ning koosneb põhiosast ja intressist. See on raviasutuse eri – suuremad ja uuemad maksavad rohkem, vanemad ja väiksemad vähem. Intressimäära muudetakse kord aastas rahaturu tingimuste järgi. Põhivaratasu ei puuduta kava kohaselt hooldus- ja taastusravihaiglaid.

Põhivaratasu hinnanguline laekumine selle kehtestamise aastal, kui põhivara tasu määraks nähakse ette 8%, oleks 258 mln kr (sh PERH 23 mln kr ja TÜ Kliinikum 43 mln kr), aastal 2015 aga 123 mln kr.³¹ Et põhivaratasu hakataks võtma põhivara jääkväärtuselt, siis iga aastaga põhivaratasu osa proportsionaalselt väheneb ning kapitalikulu komponent suureneb.

Põhivaratasu laekuks Haigekassasse või mõnesse teise määratud asutusse. Niisiis oleksid Haigekassa hinnakirjas kapitalikulud, mis lähevad raviasutusele ning seejärel laekuvad põhivaratasu kaudu Haigekassasse tagasi. Süsteem hakkab efektiivselt toimima juhul, kui raviasutus võtab ehitamiseks laenu – siis võib raviasutus kapitalikulud suunata laenu põhiosa või -intressi katmiseks ning põhivaratasuna makstav osa väheneb või kaob sootuks. Nii peaksid raviasutused olema huvitatud laenu võtma ning see tooks tervishoiusüsteemi raha juurde.

Samas märkisid haiglajuhid, et suurte haiglate puhul võib investeeringulaen küll heaks vahendiks osutada, kuid vallad väikehaiglate omanikena pole haiglate kapitaliinvesteeringutest huvitatud – haiglate probleemides nägevat nad vaid riigi tegematajätmissi. Mõnevõrra on püütud probleemi leevendada Haigekassa kohustusega sõlmida raviteenuste ostmise lepingud haiglatega viieks aastaks.

Põhivaratasu suuruse kehtestamine eeldab seadusemuudatusi käibemaksuseaduses, tervishoiuteenuste korraldamise seaduses ja ravikindlustuse seaduses. Intervjuudes ministeeriumi vastutavate töötajatega selgus, et põhivaratasu rakendamise põhimõtted vajavad veel täiendavat analüüsi ja praegu ei olda selle kehtestamiseks valmis.

Järeldused

- Tervishoiuteenuste osutajate seas valitseb teatav konkurents nii tervishoiuteenuste hindade kujundamisel, Haigekassa lepingute saamisel kui ka kapitalikulude jaotamisel, mis võib soodustada ravikvaliteedi parandamist.
- Haiglainvesteeringute hinnanguliste mahtude arvestusmetoodika ei ole läbipaistev ega arvesta kõiki komponente; haiglate prognoose ei ole arvestatud.
- Sotsiaalministeeriumil ja Haigekassal puudub analüüs, milline suurusjärk (% raviteenuste hinnast) tuleks tegelikult arvestada kapitalikuludele. Kapitalikulud ja palgatõus sisalduvad voodipäeva maksumuses, kuigi kvaliteetravi tulemusena peaks voodipäevade arv vähenema.
- Raviteenuste mõningane hinnatõus ja kapitalikulu komponendi arvestamine raviteenuste hinna sisse ning DRG kasutuselevõtt ei taga veel kapitali taastootmist, eriti väiksemate haiglate puhul.

Ettepanekud sotsiaalministrile

- Kavandada abinõud ravivoodite kasutusstruktuuri muutmiseks eesmärgiga suurendada hooldusravivoodite arvu järel- ja hooldusraviks.
- Vaadata üle kapitalikulude kujunemise ja jaotamise põhimõtted, käivitades sellel eesmärgil pilootprojekti ja vastavad järelevalvemehhanismid.

³¹ “Eriarstiabi rahavoogude analüüs 2002–2030”, Lõhmus, Haavel, Viisemann. Põhivara amortisatsiooni perioodide määratlemisel on eeldatud, et tasuta põhivara raames saadud hooned amortiseeritakse aastaks 2015 ning meditsiintehnika aastaks 2003.

5. Tervishoiuprojektile eraldatud raha kasutamine

5.1. 2002. aasta

Tabel 10. Riigieelarvest THP-le 2015 eraldatud vahendid ja nende jaotus eelarveartiklite kaupa

Töötasu	3 492 480
Sotsiaalmaks	1 152 520
Töötukindlustus	-
Kantseleikulud	386 500
Administreerimiskulud	-
Majanduskulud	386 500
Sõidukite ülalpidamise kulud	249 000
Lähetused	364 000
Koolitus	-
Infotehnoloogia	186 500
Ostetavad tööd ja teenused	7 797 000
Muud kulud	1 006 400
Kokku	15 020 900

Esimese poolaasta olulisemad tegevused olid investeerimispoliitika põhimõtete tutvustamine ja selgitamine kohtumistel ja seminaridel: tervishoiuseminaril, Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa ühis-seminaril, TÜ Kliinikumi aastapäevakonverentsil ja arutelul Haiglate Liiduga. Rahandusministeeriumi esindajatega arutati laenu saamist Maailmapangalt. Korraldati koolitus haiglajuhtidele põhivaratasu olemusest ja rahavoogude planeerimisest. Koolituseks valmistati ette vastav mudel ning haiglate andmed ja rahavoogude prognoosid koondati ühtsesse analüüsi. Koostati analüüsid aktiivravi haiglate ja hooldus-ravihaiglate majandustegevuse kohta ning käibemaksu eri määrade mõjust haiglate majandustegevusele.

Jätkus töö Maailmapanga laenu ettevalmistamiseks, mille käigus valmis analüüs alternatiivsetest laenu-võimalustest Maailmapanga kõrval. Toimusid Maailmapanga esindajate kohtumised Sotsiaal- ja Rahandusministeeriumis. Osaleti EL-i tõukefondi haiglavõrgu ümberkorraldamise meetme koostamises.

Teise poolaasta prioriteediks oli ette valmistada investeerimispoliitika rakendamiseks vajalikud seaduse-muudatused ja nendega seotud rakendusaktid. Koostöös advokaadibürooga Raidla & Partnerid on ette valmistatud seadusemuudatuste pakett, mida on arutelude tulemusel täiendatud ja muudetud. Muudatus-ettepanekud keskenduvad põhivaratasu rakendamisele, järelevalvele ja investeringuloa rakendamisele.

Septembris viidi läbi ERDF-i tutvustav seminar, millest võttis osa enamik haiglate tippjuhte. Oktoobris toimusid visiidid Portugali, et tutvuda EL-i tõukefondi raha kaasamisega haiglavõrgu arendamiseks ja investeringute katteks, Ühendkuningriiki, kus tutvuti tervishoiusektori kogemusega.

Rakendusaktide ettevalmistamiseks viidi novembris läbi riigihange, mille võitjaks tunnistati AS KPMG Estonia. Töövõtja ülesandeks on välja töötada rakendusaktide kavandid, mis sisaldavad rakendusakti ülesehituse ja olulisemate sätete esialgse sõnastuse.

Paralleelselt rakendusaktide ettevalmistamisega toimus eeltöö põhivaratasu rakendamiseks, sh põhivara-registri käivitamiseks. Selleks on koostatud põhivararegistri ülesandepüstitus, ettevalmistamisel on registri põhimäärus ja asutamisdokumendid, samuti riigihanke kutse dokumendid.

Detsembri lõpul alustati haiglate põhivara hindamiseks vajalike ettevalmistustöödega.

Auditeerimisel ilmnes, et THP 2015 lähetuskuludest maksti mitmel juhul kinni peale projekti töötajate ka mitmete Sotsiaalministeeriumi ametnike lähetused.

THP 2015 eelarvest osteti 83 983 kr eest mööblit, mis anti üle TÜ Biomeedikumile. Projekti rahaga kaeti mitmeid väiksemaid kulutusi (nt viidi läbi konkurss värbamiseks töötajaid ravimipoliitika osakonda).

THP 2015 raames sõlmisid Sotsiaalministeeriumi kantsler ja Haigekassa 16.12.2002 lepingu nr 471, mille kohaselt eraldati Haigekassale 250 000 krooni DRG-de rakenduste ja klassifikaatorite väljatöötamiseks (vt tabel 3 lisas). Tellija kohustus raha üle kandma 14 päeva jooksul pärast lepingu sõlmimist.

Vastavalt lepingule pidi töö valmima 31.01.2003. Oma 06.03.2003. a kirjas Sotsiaalministeeriumile teatas Haigekassa, et aruannet eraldise kasutamise kohta ja kuludokumentide ära kirju ei ole võimalik esitada, kuna Haigekassa ei ole vastavalt kokkulepitud ajakavale DRG projekti juurutamisega alustanud. Audiitoritele antud selgituste järgi tehakse töö siiski ära ja seda finantseerib Haigekassa omavahendite arvel.

Vastavalt Inimgeeniuringute seadusele on 2002. aastal ja 2003 I poolel THP 2015 vahenditest eraldatud Eesti Geenivaramule ja SA Eesti Geenikeskusele kokku 935 000 kr.

Tervishoiuprojekt 2015 ühe alakomponendina on ette nähtud digitaalse terviseloo, digitaalse retsepti ja koodikeskuse ning tervishoiuregistri käivitamine. Eesti Haigekassale eraldati sel eesmärgil 400 000 kr. Tervishoiuregistri loomiseks ja käivitamiseks sõlmis Sotsiaalministeerium Ideelahendus OÜ-ga lepingu summas 198 240 kr. Mõlemad lepingud on praeguseks täidetud täies mahus.

22.11.2002 sõlmisid Sotsiaalministeerium ja PERH toetuslepingu nr 428 ja 30.12.2002 lepingu lisa, millega eraldati PERH-ile 2,5 mln kr Keila Haigla liitmiseks. Sotsiaalministeeriumi esindajana kirjutas lepingule alla kantsler, kes samaaegselt on PERH-i nõukogu esimees. Eraldatud summaga kaeti Keila Haigla võlad ravimite hulgimüüjatele, Haigekassale ja teistele asutustele. Sisuliselt kuluski kogu raha võlausaldajatele. Seda põhjendati asjaoluga, et kohustuste üleminek viinuks PERH-i raskustesse.

Riigikontroll leiab, et kõnealune rahaeraldus ei seonu THP 2015 eesmärkidega. See asjaolu kinnitab, et ei ole paika pandud rakenduspoliitikat, kuidas haiglainvesteeringuid rahastada ja reguleerida. Kõige halvemad on ühekordsed “poliitilised” lahendused, mis lükkavad teiste haiglate arendusplaanid ebamäärasesse tulevikku.

Tervishoiuprojekti kulude kasutamise üle pole Sotsiaalministeerium järelevalvet teostanud. See kuulub tervishoiu asekancleri ametikohustuste hulka.

5.2. 2003. aasta

Tabel 11. Riigieelarvest THP-le 2015 eraldatud vahendid ja nende jaotus eelarveartiklite kaupa

Kulud	2003. aasta eelarve
Töötasu	4 031 306
Sotsiaalmaks	1 330 331
Töötukindlustus	20 157
Kantsleikulud	-
Administreerimiskulud	1 740 325
Majanduskulud/inventarikulud	51 111
Sõidukite ülalpidamise kulud	-
Lähetused	331 736
Koolitus	331 736
Infotehnoloogia	177 778
Ostetavad tööd ja teenused	-
Muud kulud / Uurimis- ja arendustegevus	4 895 697
Kokku	12 910 177

2003. aasta eesmärgiks on välja töötada haiglate projekteerimise standard, mis määratleb eri liiki haiglate funktsionaalsed valdkonnad, valdkondadevahelised seosed, põhiruumide arvestusliku vajaduse tulenevalt tervishoiuteenuse liigist ja mahust, vajalike struktuuriüksuste ruumiprogrammi ja ruumi-nõuded, haigla erinõuded insener-tehnilistele kommunikatsioonidele ning haiglate tervisekaitse-nõuded. Need dokumendid töötas välja Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakonna standardite büroo.

2003. aastal keskendutakse investeerimispoliitika meetmete väljatöötamisele ja rakendamisele. Eesmärk on viia sisse põhivaratasu arvestamine. Selleks tuleb haiglatel põhivarad hinnata. Hinnatud ja auditeeritud põhivara kantakse Tervishoiuameti moodustatavasse andmekogusse.

2003. aasta plaanis on käivitada EDRF-i rakendusüksus ning töötada ekspertabiga välja EL-i abiraha kasutamise raamistik.

Seadmaks tervishoiuteenuste rahastamisele selgemad prioriteedid ja kriteeriumid, kavandatakse analüüsida haigestumist, suremust, puudeid ja arstiabi kasutamist. See on baastöö, mille põhjal saab riik kujundada oma tervisepoliitika ning edaspidi kiita heaks strateegiaid tervise parandamiseks.

Kuluefektiivsuse hindamiseks korraldas Sotsiaalministeerium riigihanke, mille võitis KPMG. Sotsiaalministeerium ja KPMG sõlmisid 10.12.2003 lepingu, mille mahuks on 460 200 kr.

Auditivalimisse kuulunud PERH ja TÜ Kliinikum ei olnud auditeerimise ajaks projekti raha saanud.

Kokku on I poolaastal THP 2015 arvelt välja makstud 1 134 545 kr. Maksed olid seotud THP 2015 tegevustega, v.a üks, kus kulu ei olnud seotud projekti eesmärkide täitmisega. Projekti eelarvest maksti 2003. aastal 20 000 kr Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudi 10. aastapäeva kogumiku avaldamiseks.

Ettepanekud sotsiaalministrile

- Võtta seisukoht SA-le PERH eraldatud 2,5 mln kr suhtes: eraldis anti tegevusteks, mis pole seotud THP 2015 eesmärkidega; samuti rikuti sellega haiglate võrdse kohtlemise printsiipi.
- Hoiduda THP 2015 lepingute sõlmimisest tingimustel, mis panevad tellijale kohustuse tasuda kokkulepitud tasu kogu ulatuses ettemaksuna.

Sotsiaalminister selgitas, et SA-le PERH eraldatud 2,5 mln kr oli vajalik Keila Haigla ülevõtmisega seotud rahaliste kohustuste katmiseks ja see tegevus oli suunatud Eesti haiglavõrgu korrastamiseks, mis omakorda on seotud THP 2015 eesmärkidega.

Riigikontroll on jätkuvalt seisukohal, et kõnealune rahaeraldus ei ole seotud THP 2015 eesmärkidega. Ka rikuvad taolised ühekordsed rahaeraldised Tervishoiuprojektist raviuasutuste võrdse kohtlemise põhimõtet.

Jüri Kõrge
Peakontrolör
Tegevusriskide auditi osakond

Lisa

Tabel 1. Muutused mõnede tervishoiuteenuste hindades viimase 5 aasta jooksul (kroonides)

Kood	Tervishoiuteenus	Hind 01.02.99	Hind 01.09.03	Muutus
	Ambulatoorne arstiabi			
3002	Eriarsti esmane vv	80	110	38%
3004	Eriarsti korduv vv	50	73	46%
3056	Perearsti pearaha 0–2 a	20	27,55	38%
3057	Perearsti pearaha 2–70 a	16	21,05	32%
3058	Perearsti pearaha üle 70 a	18	24,60	37%
3051	Perearstipraksise baasraha	5 000	6 401	28%
	Uuringud, protseduurid			
6001	Sonograafiline uuring	105	130	24%
6010	Vaagnapiirkonna UH naistel	100	106	6%
6053	Kontrastaine 1 annus MRT ³² -l	1 288	1 358	5%
6054	Nõrga väljaga MRT	877	1 270	45%
6055	Tugeva väljaga MRT	1 844	2 576	40%
6056	Kompuutertomograafia (pea)	390	411	5%
6067	Rindkere röntgen. Otseülesvõte	97	112	15%
6070	Kopsude röntgenoskoopia	95	100	5%
6074	Mammograafia	157	178	13%
6320	EKG	30	33	10%
6324	Koormusega EKG	200	219	10%
7100	Ambulatoorne pisioperatsioon	60	65	8%
7106	Kipslahase asetamine	70	77	10%
7551	Ösofagogastrroduodenoskoopia ³³	185	203	10%
7562	Rektoskoopia ³⁴	55	60	9%
7654	Koronarograafia ³⁵	6 600	7 240	10%
7655	Koronaarangioplastika	34 750	38 118	10%
7657	Valvoloplastika ³⁶	36 460	39 993	10%
7709	Hemodialüüs	2 470	2 710	10%
	Laborianalüüsid			
6500....	Biokeemilised analüüsid	10–16	10–16	0
6503–6507	Biokeemilised analüüsid	18–60	21–66	10–17%
6601....	Uriini analüüs	2–12	2–12	0
6621....	Väljaheite analüüs	7	7	0
6911	Günekoloogiline tsütoloogia	44 (2x22)	81	84%
6916	Lahang ilma histoloogiata	440	626	42%
6917	Lahang koos histoloogiaga	1 100	1 482	35%
6901	Biopsia histoloogia. Uuring	79	138	75%

³² Magnetresonants tomograafia – teostatakse organite uuringuid

³³ Maosond

³⁴ Pärasooleuuringud

³⁵ Jämesooleuuringud

³⁶ Südameklapi kontroll

Kood	Tervishoiuteenus	Hind 01.02.99	Hind 01.09.03	Muutus
	Operatsioonid			
2203K	Kinnine kardiokirurgiline operatsioon	18 000	26 345	46%
2204K	Kunstliku vereringe operatsioon	42 000	50 237	20%
2240K	Suure liigese endoproteesimine	15 600	19 426	25%
2242K	Apendektomia	4 400	5 571	27%
2248K	Katarakti ³⁷ op.	4 000	4 879	22%
	Lisavahendid			
2503L	Koronaarstent ³⁸	25 000	27 773	11%
2504L	Kardiosstimulaator SSI	10 000	11 109	11%
2506L	Kardiosstimulaator DDD	40 000	44 436	11%
2650L	Standardne tsementeeritav puusaprotees	Kuni 12 500	17 774	42%
2660L	Standardne tsementeeritav põlveprotees	Kuni 25 000	30 576	22%
2803L	Aordiprotees	6 000	6 665	11%
	Ravimid			
200R	Erütropoietiinravi 2000TÜ	330	367	11%
202R	Tsütomegaloviiruse ravikuur	7 800	8 665	11%
302R	Hepatiit B – vaktsiin (1 lastedoos)	62 (98)	92	48%
	Hambaravi			
5466	Juurekanali täitmine ühe kanaliga hambal	133	47	35%
5000	Konsultatsioon, raviplaani koostamine, staatuse märkimine	30	110	27%

Tabel 2. Haigusjuhud DRG-de lõikes

MDC kategooria	MDC nimetus	DRG	DRG nimetus	Juhte
MDC '01	Närvisüsteemi haigused	019	Kraniaal- ja perifeersete närvide haigused, kht-ta*	1
MDC '04	Hingamiseldite haigused	078	Kopsuarteri emboliad	1
MCD '05	Vereringehaigused	104	Südameklappide operatsioonid koos südame kateteriseerimisega	83
MCD '05	“	105	Südameklappide operatsioonid ilma südame kateteriseerimiseta	3
MCD '05	“	112	Perkutaansed kardiovaskulaarsed operatsioonid	3
MCD '05	“	115	Püsistimulaatori implanteerimine ägeda müokardi infarkti, südamepuudulikkuse või šoki korral	1
MCD '05	“	116	Muude püsistimulaatorite, elektroodide või kardioverteri implanteerimine	5
MCD '05	“	124	Vereringesüsteemi haigused (va äge müokardi-infarkt), kht-ga**, südame kateteriseerimisega	7
MCD '05	“	125	Vereringesüsteemi haigused (va äge müokardi-infarkt), kht-ta, südame kateteriseerimisega	20

³⁷ Silmakäe operatsioon

³⁸ Südame veresoontkonna uuring

MDC kategooria	MDC nimetus	DRG	DRG nimetus	Juhte
MCD '05	“	127	Südamepuudulikkus ja šokk	2
MCD '05	“	130	Perifeersed vaskulaarhaigused, kht-ga	1
MCD '05	“	131	Perifeersed vaskulaarhaigused, kht-ta	1
MCD '05	“	133	Ateroskleroos, kht-ta	3
MCD '05	“	135	Südame kaasasündinud haigused ja klapirikked, vanus >17, kaasuvate haigustega	17
MCD '05	“	136	Südame kaasasündinud haigused ja klapirikked, vanus >17, kht-ta	8
MCD '05	“	137	Südame kaasasündinud haigused ja klapirikked, vanus 0–17	8
MCD '05	“	139	Südame arütmiaid ja juhtehäired, kht-ta	1
MCD '05	“	145	Vereringesüsteemi muud haigused, kht-ta	3
MCD 06	Seedeelundite haigused	189	Seedeelundite muud haigused, vanus >17, kht-ta	1
MCD '08	Luulihaskonna ja sidekoe haigused	238	Osteomüeliit	1
MCD '08	“	256	Luulihaskonna ja sidekoe muud haigused	1
MCD '09	Naha, nahaaluskoe ja rinnanäärme haigused	261	Rinnanäärme operatsioon mittepahaloomuliste haiguste puhul, va biopsia ja paikne ekstsiseerimine	1
MCD '23	Tervist mõjutavad tegurid ja muud kontaktid tervisteenistusega	467	Muud tervist mõjutavad tegurid	22
99	Klassifitseerimata	468	Põhidiagnoosiga mitteseonduv ulatuslik operatsioon	4
	Klassifitseerimata		Ebaselge raviarve tunnus	13
			KOKKU	211

* kht-ta – kaasuvate haigusteta

** kht-ga – kaasuvate haigustega

Tabel 3. Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa lepingus määratletud tegevused DRG-de rakenduste ja klassifikaatorite väljatöötamiseks

Tegevus	Summa
NordDRG definitsiooni- ja vastavustabelite uuendamine	32 000
DRG juhendi ettevalmistamine (sh internetiversioon)	33 000
NordDRG 2003. a grupeerijate “batch” (1 litsents) ja “visual” (mitu litsentsi) versioonid	70 000
Koolitus	70 000
Erialade töö tasustamine	45 000
Kokku	250 000

Sotsiaalministri vastus



Hr Jüri Kõrge
Peakontrolör
Riigikontroll
Narva mnt 11a
15013 TALLINN

Teie 25.11.2003 nr 2-7.1-TR/03/1697

Meie 17.12.2003 Nr 1-6/6575

Austatud härra Kõrge

Edastame kommentaarid kontrolliaruande eelnõu nr 2-4/03/130 "Tervishoiuprojekt 2015" Teiepoolsete ettepanekute osas.

"Tervishoiuprojekt 2015" juhtimine

Programmi allutamist juhtasutusele ei ole me vajalikuks pidanud, sest "Tervishoiuprojekt 2015" (edaspidi THP 2015) on oma olemuselt tervishoiualase arendustegevuse alaprogramm ning alates THP 2015 loomisest on juhtasutuseks de facto olnud Sotsiaalministeerium.

2002. aastal oli THP 2015 eelarve kinnitatud riigieelarves "ühe reaga" (peatükk 0175), sellise täpsusastmega peeti ka projekti kohta raamatupidamisarvestust eelarve mõistes. Raamatupidamislikult täpsustas kulu sisu raamatupidamiskonto.

2004. aastal on planeeritud rakendada kogu Sotsiaalministeeriumi tegevuste lõikes (ka THP 2015 raames tehtavate) tegevuspõhist kuluarvestust, mis võimaldab iga tegevuse kohta pidada eraldi arvestust kõigi enam levinud kululiikide osas.

Raviteenuste hinnakiri

2004. a ennistatakse Eesti Haigekassa juures hinnakomisjon tagamaks teenuse hinna määramise protsessi läbipaistvus ning loomaks võimaluse erinevate osapoolte arvamuse kuuldavale toomiseks.

Haigekassa juures töötab juba aastal 2003 tegevuspõhiste hindade väljatöötamise komisjon kuhu kuuluvad ka raviasutuste finantsspetsialistid. Seoses tegevuse osutumisega mahukamaks, kui eelnevalt prognoositud, jätkab komisjon oma ülesannete täitmist ka 2004. aastal. Kapitalikulude arvestusmeetodika vaadatakse üle samaaegselt tegevuspõhiste hindade väljatöötamisega.

Investeeringuvajadus

Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakond tegeleb ühena põhiülesannetest aktiivselt tervishoiukulude optimeerimisega, mille raames rakendatakse ka Hooldusravivõrgu arengukava 2015. Hooldusravi arengukava 2015 esitamine Vabariigi Valitsusele kinnitamiseks on kavandatud 2004. aasta algusesse. Kinnitatud Hooldusravi arengukava 2015 alusel valmistatakse ette maakondlikud hooldusravi arengukavad, millede alusel viiakse 2015. aastaks ellu ravivoodite kasutusstruktuuri muudatused. Samas märgime, et hooldusravi vajaminevast 2000 voodikohast on käesolevaks hetkeks juba avatud ning rahastatud 1130 voodit.

RIIGIKONTROLL

Kuupäev

Reg.nr

17.12.03

2-7.1-TR/1697-2

Investeeringispoliitika rakendamiseks esitatakse 01. märtsiks 2004. Vabariigi Valitsusele vastavad "Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse" ja "Ravikindlustuse seaduse" muudatusettepanekud.

Tervishoiuprojektile eraldatud raha kasutamine

Eesti Haigekassa esitas 18. augustil 2003. a aruande DRG projekti juurutamiseks saadud vahendite kasutamise kohta, mistõttu ei nõua me Eesti Haigekassalt talle eraldatud vahendeid 250 000,00 krooni ulatuses riigieelarvesse tagasi. Leiame, et lepingus sätestatud ülesanded on kvaliteetselt teostatud. DRG süsteemile üleminek on arutamisel 11. detsembri 2003 Vabariigi Valitsuse istungi päevakorrapunktina nr 7 "Vabariigi Valitsuse 5. augusti 2003. a määruse nr 209 "Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu" muutmise."

Samuti oleme seisukohal, et SA PERH eraldatud 2,5 milj kr oli vajalik Keila haigla ülevõtmisega seotud rahaliste kohustuste katmiseks. Tegevusena, mis suunatud Eesti haiglavõrgu korrastamiseks, on see tihedalt seotud THP 15 eesmärkidega.

Põhimõttest hoiduda lepingute sõlmimisel kohustusest tasuda kokkulepitud tasu kogu ulatuses ettemaksuna, oleme kinni pidanud juba 2003. aasta lepingute ettevalmistamisel.

Täname Riigikontrolli mahuka ning kompleksse aruande koostamise eest.

Lugupidamisega



Marko Pomerants
Minister

Liis Kelberg 626 9139
Liis.Kelberg@sm.ee