

KUIDAS SUUNAB RAVI RAHASTAMISE LEPING RAVITEGEVUST?

17. mai 2017

Mart Einasto, Merje Tikk, Pille Justus
Kliinikum



Tartu Ülikooli Kliinikum

Ravi rahastamise leping (HK-RRL)

- RRL on ajas muutunud
- Ravi rahastamise lepingu (RRL) üldtingimused on kokku lepitud haiglatega mõlemapoolse allkirjastamisega
- Raamleping valmis 2014 koostöös EHL-ga (haiglate esindajatega)
- **Olulisemad muutused ja piirangud RRL-s tulid 2014.a.**
- *Tegelikult saavutati see erinevate kompromissidega:*
 - *Lepingu paindlikkus vajab põhjalikku analüüsi*
 - *Vältimatu ravi määratlus vajab täpsustamist*
 - *I pa täitmisest lähtuv lubadus „läbi vaadata aasta täitmine“*
 - *Paindlikkus ravi tüüpide vahel ühe eriala piires*



Lepingu ülesehitus

RRL on muutunud aastatega detailsemaks

- 1999-2000. a. - lepingu rahaline maht teatud eriala profiilidel
- 2002. a. - lisandus ravijuhtude ja operatsioonide arv
- Kuni 2004.a. oli päevaravi ambulatoorse mahu sees
- 2014. a. RRL nõuded TTO-le suurenesid, paindlikkus vähenes
 - poole aastane lepinguperiood
 - kindel arv ravijuhte ja RJKM erialati
- HK surve lepingu planeerimisel
 - odavam RJKM
 - odavamad teenused
- *Tegelikult teenused kallinevad, RJKM suureneb (tehnoloogia kallinemine, ohutus, mugavus)*
- *RJKM suurenemise meditsiinilisi argumente ignoreeritakse*



RRL planeerimine

- Eesmärgiks on saavutada eriarstiabi teenuste senisest ühtlasem ja ühetaolisem kättesaadavus kogu Eestis.
- Kuni 2014. a. toimus RRL planeerimine koostöös TTO-ga. Planeerimise protsessis osalesid kliinikute ja erialade esindajad ning arvesse võeti meditsiinilisi argumente ja konkreetsete teenuste vajadusi, sh järjekordi.
- 2014.a-st lähtutakse ***hinnatud nõudlusest*** - haigekassa poolt arvutatud kindlustatute oodatavast ravivajadusest ehk nõudlusest tervishoiuteenuste järele. Nõudluse hindamine viiakse läbi kõikidel erialadel ja teenuse tüüpides maakondlikul tasemel lähtudes kindlustatu elukohast. **Kuna võimalused on vajadusest väiksemad, piiratakse hinnatud nõudlust eelarveliste võimalustega.**
- *Selle tulemusena võib lepingus arusaamatul moel ravijuhtude arv kasvada või väheneda (2017):*
 - S näo- ja lõualuudekirurgia ↑ ca 230 RJ (70%)*
 - S günekoloogia ↑ üle 600 RJ (42%)*
 - S sisehaigused ↓ -200 RJ (-34%)*



HK-RRL lepingu sõlmimine – haigla kohustused

Haigla (TTO) kohustused lepingus on „**peab**“ tähenduses

- **Leping sõlmitakse ja lepingut jälgitakse** poolaastate kaupa (I ja II pa)
- **TTO planeerib** TT (tervishoiuteenuste) osutamiseks lepingus kokkulepitud ravijuhtude arvu ja rahaliste vahendite kasutamise **poolaastate lõikes nii**, et oleks teenuse osutamine tagatud kogu lepingu perioodi (lepingu kehtivuse aja) ning HK nõukogu poolt kinnitatud ravijärjekorra maksimumpikkuse jooksul.
- **kui TTO ei täida** lepingus kokkulepitud ravijuhtude arvu, **siis on** haigekassa poolt ülevõetavate **rahaliste kohustuste** nende alatäidetud RJ võrra **väiksem**

Kuidas saab täita lepingut ja teenust osutada kinnitatud ravijärjekorra maksimumpikkuse jooksul kui lepingu sõlmimisel on mõlemale osapoolle teada, et lepingu maht ei taga seda ja nii aastast aastasse?



HK-RRL lepingu sõlmimine – HK kohustused

HK kohustused lepingus on „**võib**“ tähenduses

- TTO **võib** teenuse kättesaadavuse tagamiseks esitada HK-le põhjendatud **taotluse** II pa lepingu muutmiseks
 - Oma lepingumahu piires (näiteks erialade vaheliseks muutmiseks)
 - Täiendavaks lepinguks, kui plaanilise ravi järjekord ületab maksimumpikkuse ja I pa ravijuhtude arv on täidetud
 - I pa täitmata ravijuhtude ja summa või täitmata summa ülekandmist II pa-sse
- HK **võib keelduda** rahaliste kohustuste suurendamisest lähtudes HK eelarve võimalustest
- HK **võib** teenuse kättesaadavuse tagamiseks suurendada II pa lepingumahtu I pa alatäidetud mahu arvelt (sõlmitud lepingu mahu arvelt)



Lepingu muudatuste taotlemine

- **TTO võib** kogu lepinguperioodi jooksul tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamiseks esitada põhjendatud taotluse jooksva perioodi lepingu rahalise lisa muutmiseks. Kokkuvõttes on see võimalik vaid:
 - TTO oma rahalise mahu piirides
 - Täiendava lisalepinguna
 - Ülikallitele ravijuhtudele ($\geq 65\ 00$ eurot)
 - HK avatud kohustuste osas (sünnitused, organiirdamised jm)
- Haigekassa **analüüsib taotlust ning teeb põhjendatud otsuse** kas lepingu muutmiseks või muudatusest keeldumiseks üldtingimustes toodud alustel.
 - *HK töökorraldus ja protseduurid on ajaliselt nii pikad, et enne lõpeb poolaasta ära kui otsus tehakse või TTO saab otsust realiseerida.*
 - *Meditiinilisi olulisi argumente lepingu muutmisel ei arvestata*



Lepingu jälgimine

- Lepingu täitmist jälgitakse kalendriaasta jooksul **poolaastate** kaupa
- Eriarstiabis jälgitakse **ravitüübiti (juhte + RJKM)**
 - Ambulatoorne (31 lepingueriala koos erijuhtudega)
 - Päevaravi (20 lepingueriala koos erijuhtudega)
 - Statsionaarne (32 lepingueriala koos erijuhtudega)
 - Ennetus (3 positsiooniga)
 - Õendusabi (2)
 - Hambaravi (2)
- Eraldi jälgitakse lepingus **erijuhtusid** ravitüübiti (endoproteesimised, katarakti operatsioonid, brahhüteraapia, IVF, kuulmisimplantatsioon)
- Eraldi jälgitakse ka HK **avatud kohustusi** (sünnitused, hemodialüüs ja organsiirdamised ning luuüdi transplantatsioon)
- *See on liiga lühike periood - arvestades et järjekorrad on statsionaaris kuni 1 aasta pikad (üldkirurgias), ambulatoorsed järjekorrad paljudel erialadel 100-120 päeva.*
- *Ülipudistatud leping 2* aastat – $(31+20+32)*2 = 206+(4*2) = 214+$ erijuhud*



Rahalise mahu lubatud kõikumised

- Haigekassaga **kooskõlastamata võib esineda** lepingu lisas 3 kokkulepitud erialade või erijuhtude rahaliste kohustuste summa kõikumist ravitüüpide lõikes järgmiselt:
 - +/- **10% ambulatoorse ravi** eriala või erijuhtu rahalise mahu osas, kuid mitte üle kokkulepitud rahaliste kohustuste kogusumma;
 - +/- **10% päevaravi** eriala või erijuhtu rahalise mahu osas, kuid mitte üle päevaravis ja statsionaarses ravis kokkulepitud rahaliste kohustuste kogusumma;
 - +/- **7% statsionaarse ravi** eriala või erijuhtu rahalise mahu osas, kuid mitte üle statsionaarses ravis kokkulepitud rahaliste kohustuste kogusumma.
- *Kuna lepingu maht kitsastel erialadel pole kuigi suur, siis eelnimetatud lubatud 7-10% kõikumine pole ka **kuigi märkimisväärne***
- *Teenuseosutaja ei saa ise otsustada ega kasutada lepingus olevat raha seal, kus on suurem nõudlus, pikem järjekord jne.*



Vältimatu abi eest tasumine

- **Kindlustamata** isikute vältimatu abi eest tasub Sotsiaalministeerium kõikidel juhtudel.
- **Kindlustatud** isikute vältimatu abi eest tasub haigekassa **vaid lepingumahu tingimuste piires**, mistõttu halveneb teatud erialadel oluliselt kindlustatute plaanilise ravi kättesaadavus.

Võrdne kohtlemine eeldaks:

- *Vältimatu abi eest makstakse 100%-liselt nagu kindlustamata isikute puhul teeb Sotsiaalministeerium.*
- *Haigekassa ostab kindla hulga plaanilist ravi juhte (lähtuvalt ravijärjekorra pikkusest ja nõudlusest).*



„Ületöö“ maksmine

- Ületööd makstakse, aga (kui üldse):
 - Statsionaari RJ koefitsiendiga **0,3**
 - Päevaravi ja ambulatoorsed RJ koefitsiendiga **0,7** (kuni 5% antud ravitüüpide kogu lepingu mahust)
- **Kui ambulatoorsed ravijuhud (I pa või II pa) on täidetud**
- Ületöö maksmine 2 korda aastas (I ja II pa järel)
 - *Süsteemi loogika sunnib tegema „palju odavaid amb juhte“ et stats saaks kinni makstud -> patsiendi „jooksutamine“*
 - *Rahaliselt suurim ületöö tuleb statsionaarist*
 - *Vältimatu arstiabi osakaal on kõrge*
 - *Piirkondliku haiglana tuleb teistest haiglatest üle võtta kõik raskemad haiged (täiendavateks uuringuteks, protseduurideks, operatsiooniks ja/või intensiivraviks)*



Kättesaadavuse tagamine

- Ambulatoorne järjekord 42 päeva
- Statsionaari ja päevaravi järjekord 8 kuud (v.a. erijuhud)
- Ambulatoorsed vastuvõtugraafikud peavad olema avatud:
 - Saatekirjaga erialadel vähemalt 4 kuud
 - Saatekirjata erialadel vähemalt 3 kuud
- Tasuliste teenuste osutamine ei tohi halvendada kindlustatud isikutele tervishoiuteenuste osutamist (N. leping on täitmata ja järjekord on üle lubatud ooteaja)
- Suurema vajadusega kindlustatutele tagama lühemad ooteajad st *Cito!* vastuvõtud

Tegelikult on paljudel erialadel järjekorrad pikemad ja juba lepingu sõlmimisel mõlemale osapoolle teada, et lepingu maht ei taga nõutava ajaraami sisse mahtumist. Nii aastast aastasse



Ravipikendused - kooskõlastus HK-ga

TTO võib taotleda ravipikendusi kindlatel juhtudel:

- **Kirjalik kooskõlastus haigekassaga, kui ravikestus > 60 päeva**
 - tbc pikaajaline ravi
 - pikaajaline psühhiaatriline ravi
 - raske trauma järgne ravi
 - onkoloogiline või **HIV-positiivse haige pikaajaline ravi**
 - laste raske kaasasündinud liitpatoloogia ravi
 - **raskekujuline infektsioon** põhihaiguse või kirurgilise tegevuse tüsistusena
- haige lapse hoolduseks vanema viibimise haiglas üle lubatud päevade arvu
- **II, III ja IIIa astme intensiivravi** teenuste osutamine üle lubatud voodipäevade arvu

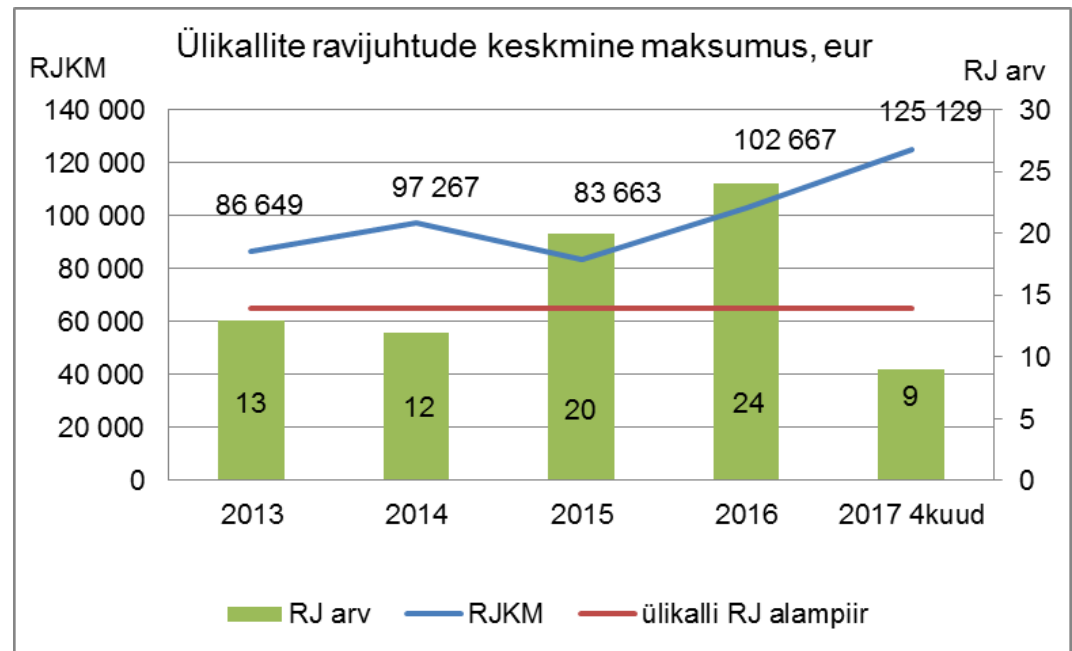
Tegemist on formaalse kohustusega. TTO lähtub patsiendi vajadusest, kuid sellega ei kaasne lepingusse täiendavat raha, vaid suureneb RJKM ja kasvab ületöö.



Tervishoiuteenuste kallinemine, ülikallid ravijuhud

- Kuni 2014. aastani maksti ülikallid ravijuhud HK reservist. Ülikalli ravijuhu alampiir lepidi kokku ühendlääbirääkimistel.
- Alates 2014. a. on ülikalli ravijuhu min maksumuseks 65 tuh EUR
- 30% ülikallid ravijuhu maksumusest planeeritakse RRL-e eriala täpsusega ning 70%-i ulatuses saab taotleda haigekassalt lisalepingu.

Ülikalleid ravijuhete tekib erialadel, kuhu neid ei ole planeeritud. Nad mõjutavad lepingu täitmist ja vähendavad plaanilise ravitöö võimalusi. Keskmine maksumus on iga aastaga kasvanud.



Moraal: kuidas suunab RRL haigla tööd?

- Leping survestab ja suunab haiglat:
 - suurele ambulatoorsele mahule (ravijuhtude arvule), mille RJKM on võimalikult madal
 - statsionaarse mahu vähendamisele, arvestamata piirkondlikku vältimatu abi vajadust ja ravijärjekordi (üldkirurgia 10-12 kuud)
- Lepingu „planeerimine“ = matemaatiline arvutus arvestamata meditsiiniliste argumentide ja vajadustega
 - Maakond on planeerimiseks liiga väike
 - „HK võtab probleemi teadmiseks“
- Haigla on süüdi, et järjekorrad on pikad
- Probleemide lahendamine ja avalikkuse teavitamine lükatakse haigla õlgadele
- HK „võib“ / TTO „peab“. VÕS?
- *Ravime patsiente teadmisega, et ei suuda osadel erialadel teenuseid osutada HK nõukogu poolt kehtestatud ravijärjekordade piires*



Moraal: mida tähendab RRL patsiendile?

- **Ambulatoorselt:** „rohkem ja odavamaid juhte“ = korduv pöördumine eriarstile nn „jooksutamine“
- **Statsionaari puhul:** „ravige päevaravis/ambulatoorselt“= ravige voodihaigeid püstijalu
- **Järjekorrad:** pikenevad üha kiirenevas tempos
- **Ravikvaliteet:** „tehke odavamalt“ = madalam RJKM tähendab vähem uuringuid, väiksemat ohutust
- **Ebavõrdne kohtlemine suureneb:** ravile pääsemine on üha enam seotud juhuslike asjaoludega, „õnnega olla õigel ajal õiges kohas“
- **Inimeste turvatunne väheneb**



Ettepanekud

Põhimõttelised muudatused ravi rahastamise süsteemis:

- Vältimatu abi osutamise eest maksta haiglale 100%
- Plaanilise abi rahastamine lähtuvalt kehtivatest järjekorra piirmääradest
- Ülikallid ravijuhud HK avatud kohustuseks 100%
- Lepingu periood min 1 aasta

Läbirääkimiste korraldus:

- Arvestada meditsiiniliste argumentidega ja kaasata eriala esindajaid lepingu planeerimisele ja sõlmimisele

Lepingu jälgimine aasta vältel:

- Lepingu erialade ja ravitüüpide vahel paindlikum käsitlus
- Lühemad ja sisulisemad taotluse menetlemise protsessid

