

Taastusravi korralduse tõhusus

AUDITI PLAAN

nr 30010

Taastusravi korralduse tõhusus

Koostajad:

Liisi Uder

Siiri Suits

Laura Maran

Tallinn
2005

Sisukord

1. AUDITEERIMISE AJEND.....	4
2. AUDITIGA HÕLMATAV PROBLEEM JA SELLE OLULISUS	4
2.1. VALDKONNA ÜLDINE KORRALDUS	4
2.2. AUDITI PROBLEEM JA SELLE OLULISUS	6
2.3. PROBLEEMI PÕHJUSED	7
3. AUDITI EESMÄRK	8
4. AUDITEERITAVAD	8
5. VARASEMAD KONTROLLIMISED	9
6. AUDITI ULATUS JA KÄSITLUSVIIS (METOODIKA).....	9
6.1. AUDITI ULATUS	9
6.2. AUDITI METOODIKA	9
6.3. HINDAMISKRITEERIUMID	10
6.4. EKSPERTIDE KAASAMINE	11
7. AUDITEERITAVA SEISUKOHAD JA SISEAUDIT	11
7.1. AUDITEERITAVATE SEISUKOHT	11
7.2. AUDITEERITAVATE POOLT LÄBIVIIDAV KONTROLL, ANALÜÜS	11
8. AUDITI KORRALDAMIST MÕJUTAVAD RISKID	12
9. EELDATAVAD TULEMUSED.....	12
10. VAJATAVAD RESSURSID	13
11. ETTEPANEK.....	13
LISA 1. TAASTUSRAVI KULUTÕHUSUSE ANALÜÜSI METOODIKA JA PROGNOOSITAV AJAKAVA	14
LISA 2. AUDITI METOODIKA RISKID.....	16
LISA 3. TEGELIK TEENUSTE MAHT AASTATEL 2003-2005 TEENUSEPAKKUJATE LÕIKES	17
LISA 4. EELSELGITUSE KÄIGUS LÄBI VIIDUD INTERVJUUD.....	18
LISA 5. AUDITI PROBLEEMIDE PUU KOOS EELDATAVATE ETTEPANEKUTE JA METOODIKAGA	19

1. AUDITEERIMISE AJEND

Audit viiakse läbi Riigikontrolli 2005. aasta tööplaani alusel.

Auditi tööplaani võtmise peamisteks ajenditeks olid:

- Varasemate auditite raames läbiviidud intervjuudes tervishoiuteenuse osutajatega mainitud taastusravi potentsiaalne tõhusus (õigeaegne taastusravi võimaldab raha kokku hoida) ja selle valdkonna praegune kõrvalejätetus ning vähene maht.
- Sobiv etapp hindamiseks: valdkonna arengukava eesmärgid on seatud aastateks 2005, 2010, 2015.

2. AUDITIGA HÕLMATAV PROBLEEM JA SELLE OLULISUS

2.1. Valdkonna üldine korraldus

Taastusravi on meditsiiniline eriala, mida osutatakse tervishoiuasutustes ning selleks on ette nähtud eelarvevahendid ka Haigekassa eelarves. Taastusravi on suunatud häirunud funktsiooni taastamisele, säilitamisele või puudega kohanemisele¹. Lihtsamalt sõnastades on taastusravi eesmärgiks aidata haiguse/trauma põdenud patsient võimalikult kiiresti "jalule", s.t. patsient pöördub ruttu peale haigust oma normaalse elu juurde. Taastusravi vajadust (vajadus defineeritakse kui võime saada kasu taastusravist) määravad arstid, kuid mõningate diagnooside puhul on võimalik vajadus ka üldjoontes välja tuua (insuldi järgselt 60%² patsientidest, müokardi infarkti ja südame pärgarteri šundilõikuse³ järgselt 85%⁴ patsientidest, endoproteeside paigaldamisel ~100%⁵ patsientidest).

Varasem süsteem – taastusravi osutamine sanatooriumides tuusikute kaudu lõpetati aastal 2001. Praegu ostab Haigekassa sanatooriumidest ainult vähesel määral ambulatoorset teenust (piirkondades, kus taastusravi osutav tervishoiuasutus puudub). Taastusravi eelarvest rahastab haigekassa ainult ravipäeva (kas ambulatoorne või statsionaarne). Ravipäeva jooksul osutatavate teenuste hulka kuuluvad: liikumisravi, vesiravi, lokaalne käsimassaaž, sooja- või külmaravi, soolakamber, manuaalteraapia, nõelravi. Lisaks osutatakse taastusravi teenuseid aktiivravi etapis (varajane taastusravi), mida rahastatakse vastava eriala eelarvest.

Taastusravi reguleerib Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu ja sotsiaalministri määrus "Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise metoodika".

Alljärgnevas tabelis on toodud kokkuvõtvalt, millised on olulisemad haigusrühmad, kuhu kuuluvate haiguste puhul taastusravi osutatakse, kui palju sellele on raha kulunud ning kui palju arveid vastava rühma haiguste taastusravis esitati.

Tabel 1. Raviarvete arv ja taastusravile kulunud raha nende haigusrühmade lõikes, kus 2004. a oli üle 1000 taastusravi arve

Tähis	Haigusrühm	Maksumus (kr)	Taastusravi arveid*	Hind arve kohta
M	Lihaskonna ja sidekoehaigused	23 035 578	23 152	995
G	Närvisüsteemahaigused	7 721 115	5760	1341
I	Vereringeelundite haigused	17 119 589	2800	6114
S	Vigastused, mürgistused ja teatavad	3 217 489	2117	1520

¹ Taastusravivõrgu arengukava

² Eesti insuldi taastusravijuhend

³ Ahenenud veresoone asendamine mujalt võetud veresoone osaga või proteesiga.

⁴ Provision, uptake and cost of cardiac rehabilitation programmes: improving services to under-represented groups. Beswick A D, Rees K, Griebsch I, Taylor F C, Burke M, West R R, et al. Health Technology Assessment Vol.8: No.41 2004.; intervjuu prof. J. Maaroosiga

⁵ Intervjuu dr. M. Kelguga

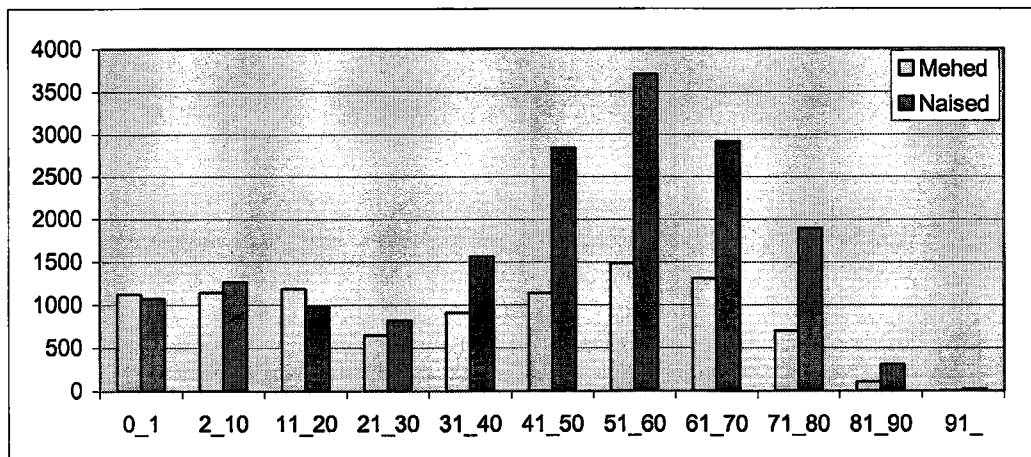
	muud välispõhjuste toime tagajärjed			
J	Hingamiselundite haigused	2 483 649	1257	1976
	Kokku	53 577 422	37 773	-
	Nende haigusrühmade osa kõikidest	93%	93%	-

Allikas: Haigekassa 2004. a taastusraviarved

*Sisaldab ka korduvate isikukoodidega arveid, st üks isik võib olla ühe diagnoosiga mitu korda või mitme erineva diagnoosiga.

Järgnev joonis iseloomustab 2004. a taastusravi saanud inimeste sugu ja vanust.

Joonis 1. Taastusravi saanud inimesed jaotatuna soo ja vanusgrupi järgi



Allikas: Haigekassa 2004. a raviarved

Ressursid

Taastusravi teenusepakkujaid ja teenuste mahtu iseloomustab alljärgnev tabel 2:

Tabel 2. Taastusravi teenus

	2003	2004	2005*
Teenusepakkujate arv**	47	49	47
Taastusravi teenuste kogumaht (kr)	46 096 720	57 415 188	40 038 357
Taastusravi teenuste kogumaht (ravijuhte)	30 968	37 777	25 813
Teiste erialade eelarvest rahastatavad taastusravi teenused (kr)		10 249 383	

Allikas: Haigekassa

* 13.09 2005 seisuga

** Teenusepakkujate nimekiri on toodud lisas 2.

2005. a on Haigekassa eelarves ettenähtud taastusravile 65,7 miljonit krooni, millest 42% peaks kuluma ambulatoorsete ning 58% statsionaarsete taastusravi teenuste osutamisele. Taastusravi eelarve tõus 2005. a võrreldes 2004. a eelarve täitmise prognoosiga on 13% (kogu eriarstiabi eelarve tõusis 14%). 2004 a. oli kokku 37 777 taastusravi juhtu, 2005 a. on planeeritud 38 176 ravijuhtu, mis teeb tõusuks 1% (ka kogu eriarstiabi ravijuhtude arvu tõus 1%). Ravijuhtu maksumus on aastatel 2002-2005 kõikunud. Keskmine ambulatoorse ravijuhtu hind 2004 a. oli 695 krooni, statsionaarse ravijuhtu hind 6192 krooni. Ideaalne suhe statsionaarsete ja ambulatoorsete ravijuhtude vahel peaks olema 20/80⁶ ning viimaste aastate lõikes ongi see vahekord püsitud⁷.

Septembri 2005. a seisuga on Tervishoiuameti meditsiinitöötajate registris registreeritud taastusarste ja füsiatriteid 156, taastusraviõdesid 585⁸. Füsioterapeute, tegevusterapeute ja logopeede, kes ka kuuluvad

⁶ Intervjuu Sotsiaalministeeriumi esindajaga

⁷ Haigekassa eelarved 2002-2005

⁸ Varem oli taastusravi arst füsiater, kes tegeles eelkõige elektriravi ja liikumisraviga, taastusraviõded on valdavalt füsiatria õded (intervjuu V-R. Tuulik-Leisiga).

taastusravi meeskonda, Tervishoiuamet ei registreeri (puudub regulatsioon, mis liigitaks need erialad meditsiinitöötajate hulka). Taastusravivõrgu arengukava kohaselt oli Eestis 2003. a 100 000 elaniku kohta 26 taastusravi spetsialisti⁹, Euroopas keskmiselt aga 92 spetsialisti 100 000 elaniku kohta.

2.2. Auditi probleem ja selle olulisus

Auditi probleem: kõik vajajad ei saa taastusravi ning nende taastusravist ilmajäämine võib riigieelarvele tekitada täiendavaid kulutusi. Probleem on jaotatud kaheks hüpoteesiks, mida auditis kontrollitakse.

Hüpotees 1. Auditi keskseks hüpoteesiks on, et Eestis ei saa kõik vajajad (õigeaegset) taastusravi. Väide on saanud kinnituse ka haigekassa ametnikelt, kelle hinnangul on taastusravi vajadus suurem praegustest võimalustest¹⁰. Taastusravi järjekorrad on kohati suhteliselt pikad (statsionaarse teenuse osas). Samas kinnitavad arstid ja haigekassa, et teades väheseid võimalusi, ei suunata suhteliselt paljusid patsiente lihtsalt taastusravile (ei panda järjekorda). Seetõttu ei pruugi järjekorrad reaalselt vajadust kajastada.

Hüpotees 2. Kui auditi keskne hüpotees leiab tõestust, püstitatakse järgmine hüpotees, et taastusravi vajavate inimeste taastusravist ilmajäämine (analüüsitava diagnooside korral) on kaasa toonud hilisemaid täiendavaid kulutusi riigieelarvest võrreldes sellega, kui nad taastusravi oleksid saanud.

Kui patsient, kes vajab peale aktiivravi taastusravi, seda ei saa, siis on oht, et ka aktiivravile kulutatud raha on osaliselt raisku läinud, kuna patsient ei pruugi haigusest või operatsioonist täielikult taastuda.

Hüpotees 2 kontrollimisel tuleb arvestada, et taastusravi eesmärgiks ei ole riigieelarve edasisi kulud tingimata kokku hoida, vaid just nimelt inimese jalule aitamine ja tema elukvaliteedi parandamine, mis võib mõningatel juhtudel kokkuhoidu hoopis vähendada (nt taastusravi saanu oskab küsida riigilt rohkem toetusi). Käesolevas auditis on valitud riigieelarve keskne lähenemine, kõrvale on jäetud nii indiviidi kui ka ühiskonna tasand, mis eeldaks elukvaliteedi paranemise hindamist, kuid sellega tuleb analüüsi tulemuste tõlgendamisel arvestada.

Hilisemate kulude sõltumine taastusravi saamisest:

Saamata jäänud tulu tööealise patsiendi koju jäämisest (või haiget hooldama jäänud lähedase koju jäämisest) sõltumist taastusravist on kinnitanud eelselgituse käigus intervjueritud arstid.

Puude aste ja sellega seotud sotsiaaltoetused olenevad otseselt taastusravi saamisest/mittesaamisest. St., et peale edukat taastusravi on võimalik puude astme vähenemine. Ka taastusravivõrgu arengukavas on toodud väide, et intensiivne taastusravi teenus ägeda haiguse ja trauma järgselt ei ole kõigile tagatud ja see soodustab tööelisel inimesel püsiva puude kujunemist. Nt. endoproteesimisega kaasneb iseenesest puude astme vähenemine, aga kui inimene ei õpi proteesiga elama (taastusravi ülesanne on seda õpetada), siis ei vähene reaalselt ka vaegurlus. Kuigi insuldi läbielanud saavad enamus puude astme, võib taastusravi aidata kaasa puude astme vähenemisele.¹¹

Kõige rohkem kahtlusi on arstidele tekitanud hilisemate ravi(mi)kulude sõltumine taastusravist, kuna neid on taastusravi saamise/mittesaamisega raske seostada. Ainukesena on kinnitatud, et müokardi infarkti diagnoosi puhul vähenevad taastusravi saanute ravikulud võrreldes taastusravi mittesaanuga¹².

Uuringud

Kulude kokkuhoiule viitava hüpoteesi kontrollimisel ei saa tugineda ainult meditsiinilistele uuringutele, kuna selle kohta, kas taastusravi on majanduslikult efektiivne või mitte, on kaks konkureerivat arvamust. On uuringuid, mis tõestavad taastusravi kulu-efektiivsust võrreldes selle mitte saamisega ning on uuringuid, kust seda välja ei tule. Põhjus, miks seda ei ilmne, võib seisneda selles, et taastusravi

⁹ taastusarst, füsioterapeut, tegevusterapeut, logopeed.

¹⁰ Intervjuu Haigekassa esindajatega

¹¹ Intervjuu dr. M. Kelk, dr. K. Gross-Paju

¹² Intervjuu prof. J. Maaroosiga

mõjutab eelkõige elukvaliteeti ning selle paranemist on väga raske mõõta.¹³ Väga paljud uuringud keskenduvad erinevate taastusravi sekkumiste efektiivsusele (nt. koduse taastusravi kuluefektiivsus võrreldes haiglas läbiviiduga jne).

Rootsis läbiviidud 5 aastane uuring¹⁴ tõestab, et müokardi infarkti järgselt taastusravi programmi läbinud naasevad oluliselt suuremal määral tööle võrreldes programmi mitteläbinutega, kusjuures erinevus ilmnes teisel uuringu aastal pärast taastusravi läbimist. Kokkuvõttes leiti, et taastusravi programmi läbinutel on paremad tervise näitajad (väiksem rehospitalseerimine, suremuse jms määr) ja sealjuures väiksemad kogukulud (erinevus ca 70 000 SEK 5 aasta jooksul, mis on üle 10% 5 aasta kogukuludest).

Uuringutes on leidnud kinnitust, et müokardi infarkti järgselt taastusravi saanud patsientide taastumine haigusest on parem¹⁵.

Lisaks on olemas uuringuid, mis näitavad taastusraviga mõjutatava haiguse kulu riigile aastas. Nt. Suurbritannias peetakse alaseljavalu üheks kulukamaks haiguseks, mis põhjustab tootlikkuse kao aastas 10 mlrd naela ulatuses¹⁶, Hollandis on välja arvatud, et kaelavalu raviks kulub 1% kogu tervishoiu rahadest¹⁷.

2.3. Probleemi põhjused

Järgnevalt tuuakse välja taastusravi vähese kättesaadavuse peamised põhjused.

Ressursside piiratus

Nagu teisi meditsiinierialasid, mõjutab taastusravi kättesaadavust Haigekassa eelarve piiratus ning vähesed võimalused eriala rahamahtu suurendada. Taastusravi teenuse pakkujad on intervjuudes väitnud, et suudaksid osutada rohkem teenust kui Haigekassa neilt praegu ostab.

Teenuse kättesaadavuse parandamist taastusravi eelarvet suurendamata võimaldaks eelkõige odavana ambulatoorse teenuse suurendamine statsionaarse arvelt. Ambulatoorse ravipäeva hind on aga 188 krooni, statsionaaris ligikaudu 500 krooni¹⁸. Näiteks määratakse statsionaarset ravi sageli ainult seetõttu, et patsient elab teenusepakkujast kaugel ega jõuaks seal iga päev ravil käia. Seda olukorda lahendaks füsioteraapia teenuse esmatasandile viimine, milleks aga praegu ei jätku selleks piisavalt väljaõppinud füsioterapeute.

Omaosaluse tõttu jääb teatud rühm patsiente vajalikust statsionaarsest abist ilma

Haigekassa tasub statsionaarse taastusravi eest 100%liselt vaid ägeda infarkti, tekkinud halvatus järgselt ning kuni 14a lapsele. Ülejäänud juhtudel kehtib patsiendile 20%line omaosalus¹⁹. Spetsialistide hinnangul põhjustab omaosaluse maksmine raskusi tööelastele traumaga patsientidele, kes selle väljaminekuga pole arvestanud. Samas on osapoolte vahel nõusolek, et kroonilise haiguse taastusravi peab olema omaosalusega, vastasel juhul tarbitaks seda üle. Kroonilise haigusega patsiendil pole spetsialistide sõnul raskusi omaosaluse maksmisega, kuna selle väljaminekuga osatakse arvestada.

Nõuded teenuse osutamisele ei toimi

Statsionaarse ja päevastatsionaarse taastusravi teenuse osutamisel on seatud nõue, et patsient peab saama päevas 3 erinevat taastusravi teenust. Nõue seati ajal, kui taastusravi statsionaarset teenust

¹³ Intervjuu dr K. Gross-Pajuga

¹⁴ L.A. Levin, J. Perk, B. Hedbäck. Cardiac rehabilitation – a cost analysis. Journal of Internal Medicine 230: 427-434. 1991

¹⁵ Intervjuu Jaak Maaroosiga

¹⁶ Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. Pain 2000;84:95–103.

¹⁷ Borghouts JA, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost-of-illness of neck pain in The Netherlands in 1996. Pain 1999;80:629–36.

¹⁸ Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu (2004)

¹⁹ 10 päevase ravi korral 930 krooni, lisandub voodipäevatasu 250 krooni (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu)

osutasid ka sanatooriumid ning see pidi tagama, et riik ei maksaks pelgalt majutusteenust ning patsient saaks vajalikud teenused.

Kui raviarvel kolme teenust ei ole esitatud, Haigekassa seda kinni maksta ei tohiks. Arstide hinnangul on aga patsiente, kellele ei ole 3 teenust näidustatud, sest osadel patsientidel on selleks liiga nõrk tervis. Osadel jällegi poleks nii palju erinevaid teenuseid vaja, piisaks 1-2 päevas. Selleks, et haigekassa aga teenuse kulus kataks, peab arst määrama veel kolmanda (mittevajaliku) teenuse. Hoolimata nõudest, on selgunud, et osad haigekassa piirkondlikud osakonnad on teinud erandeid (Tartu osakond TÜKile, Harju osakond Keila taastusravikeskusele).

Eelarve koostamise protsessis ei arvestata taastusravi mahtusid lähtuvalt haiguste esinemissagedusest ja sellest tulenevast taastusravi vajadusest

Haigekassa võtab eelarve koostamisel aluseks teenuse vajaduse, mida hindavad piirkondlikud osakonnad. Teiselt poolt seab piirid 3 aastaks ette kinnitatud eelarve ning põhimõtte, et kogu ravijuhtude arv jääb samaks (eriala sees võib ravijuhtude arv aastate lõikes erineda).

Ravijuhtude vajadust prognoosivad ka koostatud ravijuhised. Taastusravis on praegu kinnitatud vaid üks ravijuhis (insult), mille analüüsis haigekassa mõönab, et insuldihaiged saavad ravijuhises ettenähtust vähem taastusravi. Haigekassa esindajate endi sõnul ravijuhist ei saa rahastamise suurendamise aluseks võtta, sest paraku on kõikides kinnitatud ravijuhistes eelarve suurendamine põhjendatud.

Taastusravi teenuse sisu ei vasta vajadusele

Füsioteraapia ja tegevusteraapia ei ole seaduste järgi tervishoiuteenused, mida seetõttu teenusena eraldi ei rahastata. Füsioterapeut ja tegevusterapeut ei ole Tervishoiuteenuste korralduse seaduse mõistes tervishoiutöötajad, mistõttu neile ei kehti alampalga kokkulepe. Nt. füsioterapeudi kui kõrgharidusega spetsialisti osutatud teenuse eest on haigekassa tervishoiuteenuste loetelus arvestanud poole tunnise liikumisravi teenuse eest 19 krooni.

Taastusravi kompleksteenuse hulka ei kuulu psühholoogiline nõustamine, mis oleks oluline värskelt puude saanud inimesele.²⁰ Taastusravivõrgu arengukavas peetakse psühholoogi taastusravi meeskonna liikmeks.

Piirkondlik teenuse kättesaadavus on halb

Statsionaarse taastusravi järjekorrad on kohati pikad (on asutusi, kus järjekordi pole, teistes väga pikk). Taastusravi mõjus on mittekrooniliste haiguste puhul aga otseselt seotud selle õigeaegse saamisega. Arstide väitel valitakse hoolega, keda kohe peale aktiivravi taastusravile saadetakse (kõige parema arengudünaamikaga). Samas võib mõne inimese areng avalduda alles mõne nädala/kuu pärast. Selleks ajaks on patsient juba koju või hooldusravile saadetud, kus tal on küll võimalik lasta perearstil end järjekorda panna, kuid järjekord võib olla pikk ning õigeaegne taastusravi jääb saamata.

3. AUDITI EESMÄRK

Auditi eesmärgiks on anda hinnang praeguse taastusravi korralduse tõhususele. Selleks uuritakse, kui palju taastusravi vajavaid inimesi seda ka saab, kui palju sellest ilma jääb ning uuritakse põhjuseid, miks inimesed ei saa õigeaegset taastusravi. Analüüsitakse, kas nende inimeste taastusravi mittesaamine põhjustab hilisemate kulude suurenemist või tulude vähenemist riigieelarves.

Auditis tehakse ettepanekuid vähese kättesaadavuse põhjuste likvideerimiseks ning sõltuvalt majandusanalüüsi tulemustest ettepanekuid raha kasutamise tõhustamiseks.

4. AUDITEERITAVAD

Auditeeritavateks on Sotsiaalministeerium, Haigekassa.

²⁰ <http://www.postimees.ee/010805/esileht/172892.php>

5. VARASEMAD KONTROLLIMISED

1999. a viis Riigikontrolli IV kontrolliosakond läbi auditi “Riikliku ravikindlustuse eelarvest taastusraviks eraldatud raha kasutamise kontrollimise kohta”, kus hinnati ravikindlustusest taastusraviks eraldatud raha kasutamise seaduslikkust. Kontrolliaktis tehtud olulisemad ettepanekud ja tänane olukord on koondatud alljärgnevasse tabelisse:

Ettepanek	Praegune olukord
1)Töötada välja taastusravi korraldamise ja taastusravi teenuste eest tasumise ühtne kord, 2) määrata ambulatoorse ja statsionaarse taastusravi proportsioonid ja sanatoorsete ravituusikute eraldamise tingimused selliselt, et see toimuks ainult meditsiinilistel näidustustel kindlaksmääratud diagnoosiga haigete puhul.	1)Praegu reguleerib taastusravi korraldust ja teenuse eest tasumist “Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu” ²¹ ja “Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika” ²² . 2) Statsionaarse ja ambulatoorse teenuse vahel on toodud taastusravivõrgu arengukavas kui 20:80, selle suhtega on nõus ka Sotsiaalministeerium. Ravijuhtude vahel aastatel 2002-2004 on toodud tabelis 3. Taastusravi osutamine tuusikute kaudu lõpetati 2003. a.
Ettepanekud taastusravi teenuste hinnakirja täiendamiseks, sh luua võimalus tasuda ambulatoorseks taastusraviks ettenähtud summadest mitte ainult taastusravi pakettide järgi, vaid ka vajadusel üksikute protseduuride eest	Ambulatoorseid taastusravi teenuseid saab osta üksikult, kuid ambulatoorne päevaravi ja statsionaarne ravi peab sisaldama 3 teenust päevas. Sotsiaalministeerium tegi muuhulgas 2004. ja 2005. a ettepaneku selle nõude kaotamiseks. HK nõukogu pole otsust muudatuseks veel teinud.

6. AUDITI ULATUS JA KÄSITLUSVIIS (METOODIKA)

6.1. Auditi ulatus

Auditis ei käsitleta:

- puuetega inimestele rehabilitatsiooniplaaniga ettenähtud rehabilitatsiooniteenuste osutamist (vastav audit on planeeritud aastaks 2006)
- spetsiifiliste haigusgruppide taastusravi (sõltuvus-, psüühika-, nägemis- ja kuulmishäired)
- laste taastusravi

6.2. Auditi meetodika

Taastusravi kättesaadavuse ja tõhususe analüüsi meetodika sammud on detailselt lahti kirjutatud lisa 1. Kokkuvõtlikult plaanitakse

- 1) Leida kindlate diagnoosidega taastusravi vajanud patsiendid (ekspert hindab kokkulepitud kriteeriumide alusel haigusloo põhjal patsiendi taastusravi vajadust);
- 2) Kontrollida haigekassa raviarvete andmebaasist, kas nad taastusravi said (*hüpotees 1*) ning ühtlasi uurida, milliste tunnustega (vanus, elukoht jms) patsiendid taastusravist ilma jäid. Kui auditi keskne hüpotees ei leia tõestust, s.t. et praegustes tingimustes on taastusravi vajadus optimaalses mahu, tuleks uurida taastusravi õigeaegsust. Kui selgub, et osa taastusravi vajajatest on seda saanud märgatavalt hiljem kui peaks, siis viitab ka see, et nõudlus ületab pakkumist²³.
- 3) Võrrelda taastusravi saanute ja mittesaanute grupi edasisi ravikulusid, puude astet jm näitajaid, et leida taastusravi osutamise võimalik mõju riigieelarvele (*hüpotees 2*). Kui need grupid on väga erinevad, on risk, et võrdlemine ei ole võimalik ning majanduslikku mõju ei saa arvutada (vt riskid, lisa 1). Sel juhul piirdatakse vaid esimese analüüsiosaga.

²¹ Vabariigi Valitsuse 17. jaanuari 2005. a määrus nr 3

²² SM 03.10.02 määrus nr 121

²³ Intervjueeritud arstid on väitnud, et taastusravi on vajalik suhteliselt kiiresti peale aktiivravi. Samas on ka inimesed, kelle puhul arengudünaamika tekib kuid peale aktiivravi lõppu.

Analüüsis eeldatakse, et erinevate teenusepakkujate osutatav taastusravi on sarnase kvaliteediga.

Taastusravi vähese kättesaadavuse (ja seega ebatõhususe) põhjuseid analüüsitakse järgmise meetodikaga:

1. *Intervjuudega* planeeritakse koguda kvalitatiivset infot lisaks dokumentaalsetele ja statistilistele materjalidele. Planeeritavate intervjuude loetelu on toodud allolevas tabelis.

Sotsiaalministeerium	Auditi meetodika tutvustamine, arengukavad ja paanid, taastusravi meeskonna liikmete õiguslik seisund, transpordi soodustamine taastusravis.
TÜ kehakultuuriteaduskond, Tartu Meditsiinikool	Füsioteraapia eriala õpetamise võimalused ja probleemid
Valimi erialade arstid, taastusravi arstid	Kriteeriumide kooskõlastamine tõhususe analüüsiks. Põhjused, miks taastusravi vajaja seda ei saa
Perearstid	Valmisolek füsioteraapia teenuste pakkumiseks, taastusravile suunamine
Haigekassa piirkondlikud osakonnad (4)	Eelarve planeerimise protsess, piirkonna vajaduse hindamine
Sotsiaalministeerium 2, Haigekassa keskosakond	Analüüsi tulemuste tutvustamine, eeldatavate sõnumite arutamine
Kaja Põlluste – ambulatoorse taastusravi arengukava koostaja	Kursisolek arengukava koostamise protsessiga

Eelselgituse käigus läbiviidud intervjuud on toodud lisas 4.

2. *Õigusaktide analüüs*. Uuritakse nii kehtivaid kui väljatöötatavaid õigusakte.
3. *Arengukavade analüüs*. Auditis uuritakse taastusravivõrgu arengukava eesmärkide täitmist, kuid see pole põhieesmärgiks, vaid tehakse pigem halva kättesaadavuse põhjuste analüüsimise raames (intervjuud, statistika). Praegu töötab Sotsiaalministeerium välja eraldi ambulatoorse taastusravi arengukava, mis peaks valmima aasta lõpuks. Võimaluste piires antakse ka sellele hinnang.
4. *Statistika analüüs*. Tõhususe analüüsiks saadud informatsiooni kasutatakse ka üldise statistilise ülevaate saamiseks – milliseid teenuseid osutatakse, millistes piirkondades, millise profiiliga patsiendid taastusravist sagedamini ilma jäävad, kes tavaliselt taastusravile suunavad jne. Samuti kasutakse Tervishoiuameti andmeid taastusraviarstide ja –õdede ning teiste meeskonnaliikmete arvude väljatoomiseks.
5. *Teadusuuringute analüüs*. Töötatakse läbi kättesaadavaid uuringuid taastusravi kulutõhususe kohta.
6. *Päringuid* teostatakse tõhususe analüüsi raames (vt lisa 1). Lisaks on juba teostatud päringud haigekassale usaldusarstide kontrolliaktide kohta, teenusepakkujate ja järjekorrapikkuste kohta taastusravis.
7. *Arstide küsitlus*. Valitud erialadelt plaanitakse küsitleda ligi 20-30 arsti (sh taastusravi eriala). Eesmärgiks on saada informatsiooni teenusega seotud probleematika kohta (sh kolme teenuse nõue ja patsiendi omaosalus), ning põhjuste kohta, miks taastusravi vajaja seda ei saa. Küsitlus toetab tõhususe analüüsiga saadavaid tulemusi.

Meetodika seotud konkreetsete uurimisküsimuste ja sõnumitega on toodud probleemipuu lisas 5.

6.3. Hindamiskriteeriumid

Esimeseks kriteeriumideks on taastusravi saavate patsientide osakaal võrrelduna kõigi taastusravi vajajatega.) Näiteks, kui taastusravi saab 95% vajajatest, võime öelda, et analüüsivate diagnooside lõikes on taastusravi kättesaadav.

Kui taastusravist ei ole kättesaadav, saame kontrollida *teist kriteeriumi* ehk kas saamata jäänud taastusravi osutamisega oleks riigieelarvele saavutatud edasist kokkuhoidu. Ka siinkohal tuleb silmas pidada, et taastusravi peamiseks eesmärgiks ei ole hilisema kokkuhoiu saavutamine, mistõttu antud näitajat saab kasutada vaid lisaargumendina taastusravi rahastuse suurendamise kasuks, juhul, kui meie analüüs näitab, et rahastamise suurendamisega oleks võimalik suurendada kokkuhoidu.

6.4. Ekspertide kaasamine

Auditisse kaasatakse ekspert taastusravi tõhususe analüüsi metoodika koostamiseks ning läbiviimise hindamiseks. Ekspertdiks on Andres Vörk (PRAXIS, TÜ majandusteaduskond).

Auditis on vajalik kaasata ka meditsiinilise haridusega eksperdid. Ekspertide tööks saab olema valimisse sattunud patsientide haiguslugude (ka epikriiside, taastusravikaartide) põhjal taastusravi vajaduse hindamine. Ekspertide arv sõltub valimisse langevate erialade arvust (eeldatavalt 2-3) Lisaks sellele peavad eelnevalt olema paika pandud ja erialaseltsidega kooskõlastatud kriteeriumid, mille alusel eksperdid vajadust hindab²⁴.

7. AUDITEERITAVA SEISUKOHAD JA SISEAUDIT

7.1. Auditeeritavate seisukoht

Sotsiaalministeerium: On algatanud muudatusi, mis eeldatavalt lahendavad osa praegustest kättesaadavuse probleemist. Aasta lõpuks on plaanitud valmis saada ambulatoorse taastusravi arengukava. Kontaktisik: Heli Paluste

Haigekassa: Haigekassa hinnangul on auditis planeeritav analüüs vajalik ning tulemustest ollakse huvitatud. Kontaktisik: Reet Kadakmaa

7.2. Auditeeritavate poolt läbiviidav kontroll, analüüs

Haigekassa usaldusarstide poolt läbiviidud kontrollimised: haigekassa piirkondlikud osakonnad kontrollivad tervisekaartide täitmist ning nende vastavust esitatud raviarvetele. Eelselgituse käigus analüüsitud kontrollaktides on enamik probleeme seotud ebakorrektnete dokumenteerimise ning kolme nõutava protseduuri mittetäitmisega. Samuti leiti (Haapsalu, Kuressaare, Viljandi haiglas), et taastusravi arstid eksivad õigusaktide vastu, väljastades taastusravi ajaks esmaseid töövõimetuslehti töövõimelistele patsientidele. Haigekassa võttis seisukohta, et taastusravi arstid tohivad vaid perearsti alustatud töövõimetuslehte jätkata. Lisaks leiti, et arstid ei määra taastusravi jooksul diagnostilisi uuringuid, kuigi see sisaldub teenuse hinnas (2 uuringut ravipaketi kohta). Ka on saatekirjad taastusravile väheinformatiivsed, nt. on juhte, kus puuduvad isegi kaasuvad diagnoosid.

Eesti Haigekassa analüüs ja hinnang "Insuldi Eesti ravijuhendile": Insuldi taastusravi on 2003. aasta andmete põhjal ambulatoorselt saanud üle 10 korra vähem isikuid kui ravijuhend soovitas, insuldi taastusraviga seotud kulud olid kokku 8 981 759 krooni. Taastusravi juhendi täiemahuline rakendamine tooks 2003. a andmetele tuginedes kaasa ainuüksi taastusravi päevade (nii statsionaarse kui ambulatoorse) maksumuse tõusu 3,3 milj krooni. Oluliselt tuleks suurendada insuldi järgset ambulatoorset taastusravi. Statsionaarselt taastusravi saanud isikute arv on juhendis soovitud lähedane.

Taastusravi korralduse muutmiseks tehtud peamised ettepanekud (kui haigekassa nõukogu need vastu võtab, jõustuvad 2006. a 1. jaanuarist.):

- Baasvoodipäevale lisanduvad teenused (füsioteraapia, tegevusteraapia, kõneravi, psühholoogi seanss) vastavalt raviplaanile, mis on alternatiiviks praegusele "kohustuslikule kolmele" protseduurile ravipäeva jooksul.

²⁴ Võimalik, et tekib vajadus eksperttasuks (isikule, kes esmaselt koostab kriteeriumid, mida hakatakse kooskõlastama)

- Füsioteraapia teenus hõlmab ka praegu teenuse hinnas sisalduvaid tegevusi (liikumisravi, ravimassaaž, füüsikaline ravi), kuid kvalitatiivselt uuel tasemel osutatuna haritud spetsialisti - füsioterapeudi poolt.
- Lisandub tegevusteraapia eraldi teenusena
- Omaosaluse ta diagnooside hulka lisatakse: raskete traumadega patsiendid ehk vaagna luude hulgimurdudega ning ebastabiilsete lülisamba murdudega patsiendid, aortokoronaarse šunteerimise operatsiooni järgsed patsiendid, lapsed kuni 18 eluaastani (varem kuni 14)

8. AUDITI KORRALDAMIST MÕJUTAVAD RISKID

Risk	Riski vähendamise võimalused
1. Ajaline risk. Et palju audititegevusi sõltub päringutele vastuse saamise kiirusest, on risk planeeritud aega ületada kõrge. Samuti suurendab seda riski audiitor Laura Marani lahkumine ning Siiri Suitsu võimalik kuuajaline koolitus Indias.	Tihe suhtlemine päringud saanud asutustega vähendab riski teatud määral.
2. Metoodika risk (vt ka lisa 2). Võrreldavad taastusravi saanute ja mittesaanute grupid on liiga erinevad, et nende edasiste kulude võrdlemine võimaldaks teha järeldusi taastusravi saamise/mittesaamise majandusliku mõju kohta.	Suurendada valimit ehk võrreldavaid gruppe, see suurendab eksperditasu ning pikendab auditi aega (vt ka lisa 1, pt 7). Ka see abinõu ei kaota riski täielikult.
3. Sõnumirisk: a) Sõnum sõltub analüüsi tulemustest. b) Et analüüsime vaid valitud diagnoose, tuleb ettevaatlik olla sõnumi sõnastusega, mida eeldatavalt ei saa üldistada kogu taastusravi peale.	a) Sõnumi erinevad variandid on välja toodud pt 9 "Auditi põhisõnum" b) valime võimalikult suurt rahahulka hõlmavad diagnoosid; soovime analüüsi teiste taastusravi diagnooside korral.
4. Mitmed probleemid lahenevad tõenäoliselt juba auditi ajal: a) Füsioterapeutide kutseprobleem lahendatakse kutsemäärusega. Mitmed probleemid kajastab ja pakub lahendused ambulatoorse taastusravi arengukava b) Sotsiaalministeeriumi ettepanek taastusravi korralduslike muutuste osas võetakse VV poolt vastu (vt pt 6.2)	Koostöö koostajatega dokumendi arengu jälgimiseks

9. EELDATAVAD TULEMUSED

Vastavalt püstitatud hüpoteesidele oleks põhisõnum: Erinevatel põhjustel jääb patsiendil taastusravi pärast teatud haigusi tihti saamata, mistõttu ta ei tervene täielikult. Seega ei ole valdkond tõhusalt korraldatud, mistõttu kaotab nii riigieelarve (hilisemad täiendavad ravi- või hoolduskulud ning saamata jäänud maksutulu) kui ka patsient (edasine elukvaliteedi langus puude näol või vähenenud sissetulekute arvel).

Et me ei tea analüüsi tulemusi (pilootuuringut ei ole võimalik teha²⁵), ei ole auditi sõnum kindel enne analüüsi tulemuste väljaarvutamist. Analüüsist tulenevalt on kolm eeldatavat varianti vastuseks küsimusele:

Kas taastusravi teenuse osutamata jätmise analüüsitava diagnooside korral on põhjustanud riigieelarvele täiendavaid kulutusi, ehk kas taastusravi teenuste mahu suurendamine hoiaks riigieelarves hiljem raha kokku?		
Variant 1. Jah, hoiaks kokku.	Variant 2. Kulutused jäaksid samaks.	Variant 3. Kulutused hoopis suureneksid.
Tulemus on majanduslikuks lisaargumentiks teenuse rahastamise suurendamiseks. Samas ei ole võimalik öelda, milliste erialade arvelt peaks taastusravi mahtu tõstma, sest teisi erialasid me ei analüüsi.	Puudub majanduslik argument korralduse või rahastuse muutmiseks (v.a eeldatav tõus elukvaliteedis, mida me auditis ei uuri).	Taastusravi ei ole majanduslikult otstarbekas praegusest rohkem osutada.

²⁵ Pilootuuringu jaoks tuleks koostada samad üksteisele järgnevad päringud ning seega kestaks see ajaliselt vähemalt 2 kuud. Ka ei ole mõistlik koormata asutusi samade päringutega kaks korda.

Kõikide tulemuste (eriti kahe viimase) korral tuleb arvestada, et ühegi ravi, sh taastusravi eesmärgiks pole seatud raha kokkuhoid eelarves, vaid ikkagi patsiendi seisundi või elukvaliteedi parandamine. Seega pole ükski tulemus argumendiks, et taastusravi rahastamist vähendada.

Kui analüüsi tulemustel selgub, et taastusravi võimaldab riigil hoida kokku kulutusi, tuleb teha ettepanek taastusravi teenuse mahu suurendamiseks. Kui analüüsist selgub, et taastusravi ei võimalda kulusid vähendada ei ravikindlustuse ega sotsiaalkindlustuse osas, siis on järelduseks, et selgelt mõõdetavaid kulusid taastusravi ei võimalda kokku hoida.

Ettepanekud: Lisaks auditi põhisõnumile tehakse konkreetseid ettepanekuid valdkonna paremaks korraldamiseks (mis samuti vähemalt osaliselt vajaksid raha suurendamist taastusravis):

- Vähendada omaosalusmäärasid teatud haiguste taastusravis.
- Kaotada kompleksteenuse nõue ambulatoorses päevaravis ning statsionaarses ravis
- Füsioteraapia reguleerida ametliku erialana ning teenus HK hinnakirjas kirjeldada. Vastavalt võimalustele tegeleda eriala arenguga (koolitustellimus).
- Edaspidi võtta eelarvestamisel arvesse taastusravi vajavate haiguste trende ja patsientide hulka piirkonnas. Planeerimisel lähtuda olemasolevatest ravijuhistest, arengukavadest
- Suunduda füsioterapeudi teenuste osutamisele perearstipraksistes (muuta seadusandlust, hakata füsioterapeute juurde koolitama). Vähendada ravijärjekordi ostes teenust proportsionaalselt taastusravi vajajatega piirkonnas. Parandada transpordivõimalusi teenuse osutaja juurde.
- Võtta eelarvestamisel arvesse taastusravi vajavate haiguste trende ja patsientide hulka piirkonnas. Planeerimisel lähtuda olemasolevatest ravijuhistest, arengukavadest

Kolm esimest ettepanekut võivad vastavalt ministeeriumi ja haigekassa plaanidele saada ellu viidud juba auditi ajal. Ettepanekute seos probleemidega on toodud tabelis lisa 5.

10. VAJATAVAD RESSURSID

Auditi peamised tähtajad ning mahukamate tegevuste detailne ajakava on toodud lisa 1.

Lähetuskuludeks on kavandatud kuni 5000 krooni.

Ekspertide kaasamiseks kavandatud summa on töö mahust sõltuvalt ca 60 000 kr (arstidest ekspertidele 1000 haigusloost koosneva valimi puhul kuni 40 000 sh sots maks ning A. Võrgule kuni 20 000 sh sots maks). Summa võib suureneka (kuni kahekordseks, vt märkust lisa 1 tabelist pt 7), kui valim oluliselt suureneb.

11. ETTEPANEK

Palume nõusolekut viia läbi audit “Taastusravi korralduse tõhusus” vastavalt kavandatud plaanile.

Jüri Kõrge
peakontrolör

Liisi Uder
auditijuht

Lisa 1. Taastusravi kulutõhususe analüüsi metoodika ja prognoositav ajakava

	Päringu või tegevuse sisu	Kellelt andmed	Eeldatav tähtaeg	Tulemus
1.	Taastusravi 2004. a raviarved	Haigekassa	30. sept 05	Arvete põhjal valitakse välja 5-10 enam taastusravi saavat diagnoosi, arvestades ka taastusravi maksumust. Lisaks koostatakse üldine statistiline ülevaade.
2.	Väljavalitud kümne diagnoosi ravikulud	Suhtlus arstide erialaseltsidega, Haigekassa	15 okt 05	Valitakse välja 3-5 diagnoosi, ning uuritakse, kui palju ravile riik nende raviks raha kulutab
3.	*Eelneva 3-5 diagnoosi kõik jaanuari (veebruari) 2004. a ravijuhud *	Haigekassa	11. nov 05	Valitud 3-5 diagnoosidega ravijuhtude alusel moodustatakse valim kõikidest 2004. a jaanuari (veebruari) patsientidest
4.	*3-5 diagnoosi jaoks koostada ja hiljem kooskõlastada kriteeriumid, mille põhjal hakkab ekspert haigusloost hindama, kas patsient vajab või ei vajanud taastusravi*	Erialaseltsid ja taastusarstide selts	11. nov 05	Kooskõlastatud kriteeriumid, mille põhjal eksperdid hindavad taastusravi vajadust haigusloost.
5.	Valimisse kuuluvate ravijuhtudega inimeste haiguslood ja nende analüüsimine ekspertide poolt	Tervishoiuasutused, kes valimisse langenud patsiente on ravinud Ekspertidelt analüüsi tulemused	9. dets 05	Haiguslugude põhjal valim hinnatud: kas a) vajab või b) ei vajanud taastusravi. (Võimalik, et ka patsiendi seisund – kerge, raske vms). Taastusravi mittevajavad patsiendid, (samuti surnud) jäetakse välja ning neid analüüsitakse hiljem eraldi. Märkus: Selle etapi tulemuste põhjal ühtlasi analüüsida, mille poolest erinevad taastusravi saanud/mittesaanud.
6.	Antud valimisse kuuluvate ja taastusravi vajavate inimeste kohta kõik kulud (raviarved, ravimikulud, teenitav palk, makstud toetused ja hüvitised jms) 2003. a ja 2004. a ning 2005.a kolme esimese kvartali osas.	Haigekassa (ravikulud ja ravimikulud) Sotsiaalkindlustusamet (töövõimatus ja puue) Maksuamet (inimese palk või töövõimetushüvitis)	21. jaan 05	Andmed inimeste kulude, puude jne kohta enne ja pärast taastusravi saamist.
7.	Kulude kokkuarvutamine ja kahe grupi võrdlemine. Kui selgub, et grupid on uuritavate tunnuste (vanus, sugu, elukoht) lõikes võrdlemiseks liiga erinevad, siis tuleb kas ** a) analüüsist loobuda või b) algset valimit suurendada ning tellida	Audiitorite arvutused. Kui osutub vajalikuks, siis lisaandmed Haigekassast, Sotsiaalkindlustusametilt ja Maksuametilt	17. veebr 06	Analüüsi tulemused ning kahe grupi võrdlemine. Tulemuseks vastus küsimusele: Kui palju võimaldab taastusravi riigieelarves raha kokku hoida?

	eksperdilt täiendavad haiguslugude hindamised (minna uuesti pt 5 juurde).			
8.	Aruande eelnõu kirjutamine		märtsi lõpp 06	Aruande eelnõu esitamine siseläbirääkimistele

Märkused:

1. Auditi ajaline risk on kõrge, kuna paljud tähtjad sõltuvad üksteisele järgnevatest päringutest.
2. Tähtjad on arvestusega, et auditi rühma leitakse hiljemalt novembri alguseks teine audiitor aastaks lahkuva Laura Marani asemele.
3. Ajakavas võib tekitada muudatusi Siiri Suitsu võimalik osalemine kuuajalisel Indias toimuval koolitusel.
4. Paralleelselt ajakavas toodud tegevustega viiakse läbi intervjuud ja arstide küsitlus.

* (pt 3, 4) Tegevused, mis toimuvad samaaegselt.

** (pt 7) Majandusanalüüsist loobumine (variant a) vähendaks auditi koguaega ligikaudu kuu võrra. Valimi suurendamine (variant b) suurendaks nii eksperditasusid (kuni kahekordseks) kui ka auditi aega (ligi kuu võrra).

Lisa 2. Auditi metoodika riskid

Risk	Riski vähendamise võimalused	Riski esinemise tõenäosus 1 (madal) - 5 (kõrge)
Ei suudeta kokku leppida kriteeriumeid hindamaks taastusravi vajadust	Võimalikult lai ekspertide valik (erialaseltsid, taastusrarstide selts). Tihe suhtlus	1
Taastusravi vajadus ei selgu ka epikriisist (elektroonsed). Tuleb analüüsida haiguslugusid, taastusravi kaarte, mis võivad olla "arsti käekirjaga" ja mitteloetavad	Kasutada võimalusel epikriise, anda eksperdile piisavalt aega haigusloo hindamiseks	4
Taastusravi osutamine ei selgu raviarvest – taastusravi teenuste hulka kuuluvaid teenuseid osutatakse haiguse ravi raames (LTKH ortopeedia näide)	Küsida HKst väljavõtte üksikult osutatud teenuste kohta. Võimalik arvestada inimesed, kes on ainult aktiivravi ajal taastusravi teenuseid saanud, eraldi grupina. Defineerimise küsimus	1
Patsient ostab taastusravi ise erapakkuja käest, mistõttu me ei suuda anda täieliku ülevaadet, kui palju patsient ikkagi taastusravi saab.	Kontrollida erapakkujate andmeid (ei pruugi kätte saada)	4
Võrreldavate gruppide moodustamise riskid: Ei suuda kokku panna piisava arvu patsientidega võrreldavaid gruppe: - Gruppidesse jagamise kriteeriumeid palju (vanus, sugu, elukoht, haiguse raskusaste, sai taastusravi/ei saanud taastusravi). - Üle kahe kuu andmeid võtta ei saa, mis tähendab, et inimesi pole palju jagada (võtame 2004. a andmed, mis tähendab, et väheneb mõju hindamise aeg, kui võtame rohkem kuid)	- Teeme üldise analüüsi (järelused ja neist tulevad ettepanekud nõrgemad). - Vajadusel küsime juurde 2003. a andmed	5 (kui see risk realiseerub: a) analüüs lõppeb gruppide kirjeldusega ning taastusravi mõjusid ei analüüsita b) suurendatakse algset valimit nii palju, et tekiks võrreldavad grupid
Süsteemaatilised vead: - Kergema haiguskuluga patsiendil on võrreldes raskema haiguskuluga patsiendiga paremad tulemused (puude aste, töövõimetusmäär jne) hoolimata taastusravi saamisest. Teiselt poolt jäetakse taastusravist eemale nn lootusetud juhud. - Kõrgelt motiveeritud patsientidele määratakse rohkem taastusravi, kuigi psühholoogiline aspekt on üks osa taastusravist	- Lisada üheks patsientide grupeerimise kriteeriumiks haiguse raskusaste (suurendab eelmises lahtris olevat riski) - Motivatsiooni osadel juhtudel võimalik epikriisi põhjal hinnata (praegu puudub ülevaade, kas on kõikides epikriisides märgitud)	3 (nende riskide maandamine suurendab eelmist riski (6))
Puudub korrelatsioon puude, ravikulude jne ja taastusravi vahel (kuna on liiga palju muid mõjutavaid faktoreid). Korrelatsiooni kohta prognoosi teha ei saa, kuna arstid väidavad nii ja naa	Hindame patsiente individuaalselt (taastusravi tulemusi) – ebareaalne, liiga mahukas analüüs. Tuleb teha eeldus, et muud erinevused (muud haigused vm kriteeriumid, mida me ei arvesta) ei mõjuta tulemusi, kuna piisavalt suure valimi korral need ühtlustuvad gruppide sees.	3

Lisa 3. Tegelik teenuste maht aastatel 2003-2005 teenusepakkujate lõikes

aasta	2003		2004		2005*	
	summa	RJ	summa	RJ	summa	RJ
Raviasutus	EEK	tk	EEK	tk	EEK	tk
SA Haapsalu Neurolog.Rehab. Keskus	9 046 880	1 827	10 851 995	1 973	8 025 206	1 399
Jõgeva Haigla SA	229 263	292	318 150	318	259 996	197
Läänemaa Haigla SA			110	1		
SA Puru Haigla	287 910	180				
Pärnu Haigla SA	1 155 083	3 195	1 477 087	4 099	1 512 678	2 150
Sillamäe Haigla SA	845 654	162	423 660	127	171 268	105
SA Tallinna Lastehaigla	2 061 294	3 731	2 094 845	4 215	1 358 031	3 055
SA Elva Haigla TM	82 001	135	209 390	259	185 276	208
Haapsalu Kuurort AS	8 460	2				
Keila Taastusravikeskus AS	5 581 548	641	7 269 941	831	5 715 621	667
Loksa Ravikeskus OÜ	271 339	136	316 007	177	168 384	167
Märiamaa Haigla AS	471 409	299	463 239	326	273 352	221
Narva-Jõesuu Sanatoorium AS			51 642	30	20 680	11
Põlva Haigla AS	1 159 853	1 371	1 789 839	1 469	1 286 911	862
AS Rakvere Haigla	528 061	342	719 397	435	392 151	226
Sanatoorium Tervis AS	35 677	21				
Taastusravikeskus Estonia AS	67 433	16	3 384	1	117 312	99
Valea Haigla AS	334 501	645	362 187	698	256 161	435
Lõuna-Eesti Haigla AS	1 368 317	854	1 524 793	807	1 086 986	462
AS Lääne-Tallinna Keskhaigla	359 743	709	565 168	982	459 871	817
Pärnu Mudaravila AS	305 261	205	413 965	364	15 717	12
SA Hiiumaa Haigla			189 126	148	184 804	137
AS Kallavere Haigla	204 497	89	193 125	93	97 760	52
SA Kohtla-Järve Haigla	1 489 321	541				
SA Narva Haigla	1 222 014	397	1 674 311	535	1 393 887	421
Järvamaa Haigla AS	824 365	513	926 820	543	593 704	318
Kuressaare Haigla SA	692 212	251	824 690	317	525 742	251
Kuressaare Sanatoorium AS	159 722	53	188 664	165	63 958	54
SA Mustvee Tervis	494 103	207	616 774	233	423 869	146
Prana TÜ	284 014	183	256 842	156	81 592	45
Taastusravikeskus Sõprus AS	395 937	68	328 310	149	194 016	145
Tapa Haigla AS			106 020	62	92 120	49
Toila Sanatoorium AS	1 221 268	226	403 305	136	94 000	50
TÜ Kliinikum SA	4 329 134	4 659	5 916 966	6 050	3 934 837	3 818
Viimsi Haigla	538 850	227	987 099	395	675 666	245
AS Lasnamäe Tervisekeskus	469 870	481	1 000 209	1 795	969 231	1 869
Taheva Lastesanaatorium	1 237 406	201	1 526 795	208		
Värskas Sanatoorium AS	138 937	62	50 343	26		
OÜ Šatl Taastuskeskus	225 970	140	126 540	74	30 080	16
Viljandi Haigla SA	1 260 077	1 050	1 572 187	996	1 059 790	682
Almeda Kliinik OÜ	162 106	108	187 929	117	50 008	28
FIE Uuskari Tiiu	240 526	207	73 530	57		
Raissa Turuseva "Gnossis	166 710	103	162 450	95	33 840	18
AS Pühajärve Puhkekodu	102 032	62	30 267	18		
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla	137 183	968	165 246	884	122 817	634
TAASTUSRAVIKESKUS VIKING AS	225 788	112	187 484	145	40 292	29
AS Ida-Tallinna Keskhaigla	5 211 177	5 038	6 905 527	5 515	4 337 285	4 131
AS Andrade	1 540	1				
AS A.L. Medical	88 285	89	88 053	83	162 832	123
Viimsi Tervis OÜ			188 528	120	190 866	105
SA Kiviõli Tervisekeskus			112 860	66	144 505	77
BioDesign OÜ					9 823	6
Taastusravi Koiu Kätte OÜ	69 885	45	25 433	16		
SA Ida-Viru Keskhaigla	304 105	124	3 003 572	1 135	2 406 840	787
Corrigo OÜ			541 386	333	595 684	342
Adeli Eesti OÜ					54 641	30
OÜ GNOSSIS RTI					15 040	8
Promelauks OÜ					153 226	104
Kokku	46 096 720	30 968	57 415 188	37 777	40 038 357	25 813

* 2005.a teenusemahud on 13. septembri seisuga

Lisa 4. Eelselgituse käigus läbi viidud intervjuud

Asutus	Isikud	Kuupäev
Ida-Tallinna Keskhaigla	Varje-Riin Tuulik-Leisi - Taastus-järelravikeskuse juhataja, taastusravi arst	29.04.05
Tallinna Lastehaigla	Hille Maas - füsioterapeut, Eesti Füsioterapeutide Liidu (EFL) juhatuse liige	10.05.05
Lääne-Tallinna Keskhaigla	Agris Koppel - juhatuse esimees	18.05.05
Sotsiaalministeerium	Heli Paluste - peaspetsialist	15.06.05
Lääne-Tallinna Keskhaigla	Margus Kelk - ortopeedia osakonna juhataja, ortopeed	20.06.05
Lääne-Tallinna Keskhaigla	Katrin Gross-Paju <i>Sclerosis Multiplex'i</i> keskuse juhataja, neuroloog, Euroopa Rehabilitatsiooni Ühenduse juhatuse liige	15.06.05
Eesti Haigekassa	Arvi Vask - juhatuse liige Reet Kambla - siseauditi osakonna juhataja Helvi Tarien - tervishoiuteenuste osakonna juhataja Maie Thetloff - tervishoiuökonoomika osakonna juhataja Reet Kadakmaa - tervishoiuspetsialist Elin Raaper - tervishoiuökonoomika spetsialist	24.08.05
TÜ Kliinikumi spordimeditsiini ja taastusravi kliinik	Jaak Maaros - kliiniku juhataja Rein Kuik - kliiniku direktor	25.08.05
Põlva haigla	Margit Rikka - ülemarst	26.08.05

Lisa 5. Auditi probleemide puu koos eeldatavate ettepanekute ja meetodikaga

Alaprobleem	Auditi küsimused	Metoodika	Eeldatavad ettepanekud
PÕHIPROBLEEM: Kõik vajajad ei saa taastusravi.			
Põhiprobleemi võimalik majanduslik mõju riigieelarvele: Taastusravi vajavate inimeste taastusravist ilmajäämine toob kaasa hilisemaid täiendavaid kulutusi riigieelarvest võrreldes sellega, kui nad taastusravi oleksid saanud.			
Inimese normaalse elu juurde pöördumine viibib taastumise pika aja tõttu, mistõttu vähenevad riigi maksutulud	Kas taastusravi võimaldab vähendada ravikindlustuse ja/või sotsiaalkindlustuse kulusid?	Selle etapi metoodika kirjeldus on lahti kirjutatud detailselt lisas 1.	Kui analüüsi tulemustel selgub, et taastusravi võimaldab riigil hoida kokku kulutusi, tuleb teha ettepanek taastusravi teenuse mahu suurendamiseks. Kui analüüsist selgub, et taastusravi ei võimalda kulusid vähendada ei ravikindlustuse ega sotsiaalkindlustuse osas, siis on järelduseks, et selgelt mõõdetavaid kulusid taastusravi ei võimalda kokku hoida.
Suureneb sotsiaalsfääri toetuste/hüvitiste maksmise vajadus			
Suurenevad ravikulud, kuna inimese paranemine (taastumine) viibib			
Suurenevad ravimikulud, kuna inimese paranemine (taastumine) viibib			
PÕHIPROBLEEMI EELDATAVAD PÕHJUSED			
Omaosaluse määra tõttu võib inimene jääda ilma vajalikust abist*	Kas eristuvad mingid diagnoosid, mille puhul patsiendid on saanud vähem taastusravi ning kas nendele kohandub omaosalus?	- Intervjuud arstidega - Arstide küsitlus? Nt nende patsientide kohta, kes taastusravi ei saanud.	Vähendada omaosalusmäärasid teatud erialadel.
Kompleksteenuse nõue tekitab põhjendamatu kulutusi*	- Kui paljudele patsientidele kirjutatakse välja 3 teenust, samas kui piisaks 1-2st? - Kui palju on patsiente, kes ei ilmu väljakirjutatud protseduurile?	Arstide küsitlus	Kaotada kompleksteenuse nõue ambulatoorses päevaravis ning statsionaarses ravis
Taastusravi teenuse sisu ei vasta vajadusele*	- Kuidas on kavas reguleerida füsioteraapia ja tegevusteraapia eriala ja teenus? - Kas taastusravi kompleksteenuste hulka tuleks lisada ka psühholoogi vastuvõtt?	- Intervjuud/päringud SoM, taastusarstid, TÜ kehakultuuri teaduskond - Õigusaktide analüüs	Füsioteraapia ja tegevusteraapia reguleerida ametliku erialana ning teenus HK hinnakirjas kirjeldada. Vastavalt võimalustele tegeleda eriala arenguga (koolitustellimus).
Eelarve koostamise protsessis ei arvestata taastusravi mahtusid lähtuvalt haiguste esinemissagedusest ja sellest tulenevast taastusravi vajadusest.	- Kuidas toimub eelarvestus? - Kuidas jagatakse rahad piirkondlike osakondade vahel?	- Intervjuud HK piirkondlikes osakondades - Haigekassa eelarvete analüüs	Edaspidi võtta eelarvestamisel arvesse taastusravi vajavate haiguste trende ja patsientide hulka piirkonnas. Planeerimisel lähtuda olemasolevatest ravijuhistest, arengukavadest

Piirkondlik teenuse kättesaadavus on halb	• Kui pikad on järjekorrad? • Kas mingites maakondades on kättesaadavus väiksem? • Millest on tingitud erinevused kättesaadavuses maakonniti? • Kas perearsti keskustes osutatakse taastusravi (füsioteraapia) teenuseid? Milline on selleks valmisolek?	• Ravijärjekordade analüüs • Maakondlik raviarvete analüüs taastusravi teenuste lõikes. • Teenuse osutajate kaardistus • Intervjuud perearstidega, teenuse osutajatega, haigekassaga	Suunduda füsioterapeudi teenuste osutamisele perearstipraksistes (muuta seadusandlust, hakata füsioterapeute juurde koolitama). Vähendada ravijärjekordi ostes proportsionaalselt taastusravi vajajatega piirkonnas. Parandada transpordivõimalusi teenuse osutaja juurde.
---	---	---	---

* Tärniga märgitud probleemid võivad saada vähemalt osalise lahenduse käesoleval aastal.

SISELÄBIRÄÄKIMISTE PROTOKOLL

Tallinn

05. oktoober 2005 nr

Teema: auditi nr 30010 "Taastusravi korraldus tõhusus" plaani arutelu.

Koosoleku juhataja: M.Oviir

Auditiosakonna esindajad: J.Kõrge, L.Uder, S.Suits

Teised osalised: O.Lüüs, I.Metsalu, T.Saar, T.Mattson, K.Vetevoog, J.Kasendi

Protokollija: J.Kasendi

Riigikontrolöri otsus: kiita auditi plaan heaks.

Siseläbirääkimiste raames tõstatatud küsimus/tehtud ettepanek/märkus	Meeskonna kommentaarid
Mida auditi tulemusena öeldakse?	Ühelt poolt, kas abivajajad saavad taastusravi. Teine osa sõltub analüüsi tulemustest. Väga üldistatult peaks hinnang olema, kas taastusravi vähese kättesaadavuse tõttu toimub raiskamist või mitte. Kui taastusravi mahu suurendamine meie hinnangul annaks kokkuhoidu, siis kust raha leida, me ei ütle (selleks peaks auditis korraga hõlmama ka enamikku ülejäänud erialasid, mis käiks ilmselgelt üle jõu), kuid üheks argumendiks raha jagamise otsustamisel võiks see siiski olla.
Mis diagnoosid analüüsiks valitakse?	Südamehaigused (eelkõige infarkt), endoproteesid (pole küll diagnoos, vaid operatsioon, mis taastusravi vajab), insult ja ilmselt ka traumad (luumurrud).
Kas taastusravi on tänaseks defineeritud?	Jah.
Milline peaks olema inimese enda vastutus taastusravis ja kas seda auditis ka vaadeldakse?	Mingi osa taastusravist toimub tõepoolest riigi(eelarve) väliselt, nt kui arst annab haiglas operatsioonijärgselt taastumiseks nõu, samuti mõjutab taastumist inimeste enda aktiivsus (nt käivad jalutamas). Neid andmeid pole võimalik aga kuidagi kätte saada. Need riskid (analüüsi tulemuste tõlgendamisel) toome aruandes eeldatavasti välja.
Kas taastusravi tarbeks on olemas n-ö standardpaketid, mida teha tuleb?	Ravijuhis taastusraviks on olemas insuldile ja hetkel väljatöötamisel on see infarktile. Teiste diagnooside puhul neid seni ei ole.