

Raviteekonnapõhise tasustamise kirjeldus

28.07.2020

1. Raviteekonnad

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus (edaspidi tervishoiuteenuste loetelu) sisaldub 7 isheemilise insuldi raviteekonda tulenevalt esmasest ravist ja vanusest.

Tervishoiuteenuse nimetus	Kood	Piirhind eurodes
Isheemilise insuldi raviteekond, trombolüüsiga (19–44-aastasele isikule)	2323K	8501,32
Isheemilise insuldi raviteekond, trombolüüsiga (45–80-aastasele isikule)	2324K	7005,94
Isheemilise insuldi raviteekond, trombolüüsiga (vähemalt 81-aastasele isikule)	2325K	6603,23
Isheemilise insuldi raviteekond, trombektoomiaga (19–44-aastasele isikule)	2326K	21 062,45
Isheemilise insuldi raviteekond, trombektoomiaga (45–80-aastasele isikule)	2327K	16 538,80
Isheemilise insuldi raviteekond, trombektoomiaga (vähemalt 81-aastasele isikule)	2328K	15 412,98
Isheemilise insuldi raviteekond, muu aktiivravi (vähemalt 19-aastasele isikule)	2329K	4811,29

2. Raviteekonna algus ja lõpp

Isheemilise insuldi raviteekond algab ägeda isheemilise insuldiga kindlustatud isiku hospitaliseerimisega (vältimatu statsionaarne aktiivravi raviarve põhidiagnoosiga I63, millele on märgitud diagnoosi tunnus 5) SA-st Tartu Ülikooli Kliinikumi, SA-st Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse, SA-st Ida-Viru Kesksaiglasse või AS-st Lääne-Tallinna Kesksaiglasse. Euroopa Liidu kindlustatud isikute hospitaliseerimisel raviteekonda ei alga. Juhul, kui kindlustatud isiku kindlustuskaitse katkeb enne raviteekonna lõppu, ei ole tegemist isheemilise insuldi raviteekonnaga.

Milline seitsmest raviteekonna tervishoiuteenuste loetelul sisalduvast isheemilise insuldi raviteekonnast algab, sõltub vanusest ja kõige ressursimahukamast esmasest ravist järjekorras i) trombektoomia (koodiga 7811 või 2969L tähistatud tervishoiuteenused) ii) trombolüüs (koodiga 212R, 014C või 014D tähistatud tervishoiuteenused) iii) muu ravi.

Juhul, kui raviteekonna alguskuupäeval ja sellele järgneval päeval on isikule alustatud vältimatuid statsionaarseid raviarveid põhidiagnoosiga I63 mitmes erinevas raviasutuses, siis määratakse, millises raviasutuses algab isiku raviteekond, lähtutakse nendel arvetel osutatud tervishoiuteenustest ja nende osutamise kuupäevadest. Isiku raviteekond algab sellest asutusest, kelle esitatud raviarvel on varaseim trombektoomia kuupäev; trombektoomia teenuse puudumisel raviasutusest, kelle esitatud raviarvel on varaseim trombolüüsi kuupäev (kui on samal kuupäeval mitmes erinevas asutuses osutatud trombolüüsi, siis algab teekond sellest asutusest, kelle esitatud raviarve maksumus on suurem); trombektoomia ja trombolüüsi

puudumisel sellest raviasutusest, mille raviarve alguskuupäev on varaseim (kui on samal kuupäeval alustatud mitmes erinevas asutuses raviarveid, millel pole trombektoomiat ega trombolüüsi, siis algab isiku raviteekond sellest asutusest, kellele antud raviarve maksumus on suurem).

Raviteekond lõpeb 365 päeva möödumisel (viimase raviarve lõpukuupäev peab mahtuma 365 päeva sisse) eelnimetatud esimese tervishoiuteenuse osutamisest, enne nimetatud tähtaega saabunud surma või kordusinsuldi korral (vältimatu statsionaarse aktiivravi arve, millel on märgitud põhidiagnoosiks või kaasuvaks diagnoosiks I61–I64 ja diagnoosi tunnuseks 5).

Kindlustatud isiku vältimatu statsionaarse aktiivravi raviarved, millel on märgitud põhidiagnoosiks või kaasuvaks diagnoosiks I61-I64 ja mis on avatud esmase aktiivravi jooksul või kuni 7 päeva jooksul alates raviteekonna algusest, ei lõpeta juba alanud raviteekonda, vaid kuuluvad selle sisse.

3. Raviteekonnas sisalduvad kulud

Isheemilise insuldi raviteekonnad sisalduvad nende tervishoiuteenuste loetelus toodud tervishoiuteenuste, mille kohta esitatud raviarvetel on järgnevad tunnused, osutamiseiga seotud kulud¹:

Esmane aktiivravi indeksarve – vältimatu statsionaarse ravi raviarve, millel põhidiagnoos on I63 ja diagnoosi tunnus 5 (§ 56, lõige 1, punkt 2).

Esmane aktiivravi – esmase aktiivravi indeksarve ning sellised aktiivravi arved, mis on avatud esmase aktiivravi indeksarvega samal või järgmisel päeval ja millel põhidiagnoos on I63. Juhul, kui mainitud arved sisaldavad järelravi teenust 2047, siis kõik selle teenuse osutamise esimesel kuupäeval ning hilisematel kuupäevadel osutatud teenused, mis neil arvetel kajastuvad, loetakse järelravil osutatud teenuste hulka, mitte aga esmase aktiivravi hulka.

Järelravi – indeksarvele raviteekonna jooksul järgnevad raviarved põhidiagnoosiga I60-69 või G81, millel põhieriala on esmane järelravi. Juhul, kui esmase aktiivravi arvetel sisaldub teenus 2047, siis kõik esmase aktiivravi ajal osutatud teenused, mis on sama või hilisema kuupäevaga kui esimene teenus koodiga 2047, loetakse järelravil osutatud teenuste hulka.

Statsionaarne taastusravi – indeksarvele raviteekonna jooksul järgnevad I60-69 või G81 põhidiagnoosiga raviarved, millel teenuse tüüp on statsionaarne taastusravi (15).

Ambulatoorne taastusravi – indeksarvele raviteekonna jooksul järgnevad I60-69 või G81 põhidiagnoosiga raviarved, millel teenuse tüüp on ambulatoorne taastusravi (16).

Statsionaarne õendusabi – indeksarvele raviteekonna jooksul järgnevad I60-69 või G81 põhidiagnoosiga raviarved, millel teenuse tüüp on iseseisev statsionaarne õendusabi (18).

Ambulatoorne õendusabi – indeksarvele raviteekonna jooksul järgnevad I60-69 või G81 põhidiagnoosiga raviarved, millel teenuse tüüp on koduõendus (20).

¹ Vastavad kulud on toodud Sotsiaalministri määruse nr 31 lisas 51

Muu aktiivravi – indeksarvele raviteekonna jooksul järgnevad eriarstiabi raviarved põhidiagnoosiga I60-69 või G81, millel teenuse tüüp on ambulatoorne (v.a päevaravi ja päevakirurgia) (1) statsionaarne (2) või päevaravi ja päevakirurgia (19).

Välditav tüsistus – indeksarvele raviteekonna jooksul, kuid mitte hiljem kui 30 päeva pärast raviteekonnas aset leidvat statsionaarse ravi lõpukuupäeva, järgnev raviarve, millel teenuse tüüp on ambulatoorne (v.a päevaravi ja päevakirurgia) (1) statsionaarne (2) või päevaravi ja päevakirurgia (19) ja millel on põhidiagnoos üks järgnevatest:

- grupp a: I26;
- grupp b: L23, L89;
- grupp c: I80-I82;
- grupp d: J69;
- grupp e: J09-J18;
- grupp f: A40, A41;
- grupp g: K22.8, K25, K26, K27, K28, K62.5, K92.2;
- grupp h: N10, N12, N13, N17, N28.0, N30, N39.

Välditava tüsistuse arvena ei arvestata ülalmainitud kriteeriumitele vastavaid arveid juhul, kui patsiendil on 180 päeva enne esmase aktiivravi indeksarve avamist esinenud samast grupist põhidiagnoosiga statsionaarseid, päevaravi ja päevakirurgia või ambulatoorseid arveid.

Eeltoodud tervishoiuteenustele ei rakendu tervishoiuteenuste loetelus nimetatud mahu piirangud.

Vastavaid kulusid kasutatakse nii raviteekonna hinna arvutamisel ajaloolistel andmetel (v.a taastusravi), kui ka jooksvalt arvestamiseks, millised raviarved kuuluvad raviteekonna sisse. Hinnaarvutuses ajalooliste andmete kasutamise erandiks on taastusravi, kuna eelnevalt on taastusravi pakutud ebapiisavas mahus. Patsientide elukvaliteedi tõstmiseks oli vajalik nende teenuste mahtu tõsta järgnevalt i) statsionaarse taastusravi hõlmatus 40% ii) statsionaarse taastusravi intensiivsus 45h iii) ambulatoorse taastusravi hõlmatus 15% iv) ambulatoorse taastusravi intensiivsus 11h.

4. Raviteekonna hinda mõjutavad parameetrid

Tulenevalt patsiendi ja ravi tunnustest võivad raviteekonna maksumused olla erinevad. Mõistmaks, millised patsiendi ja ravi tunnused mõjutavad raviteekonna maksumust ning milliseid neist tuleks arvestada raviteekondade kujundamisel, tehti iga parameetri testimiseks statistiline analüüs.

Esmane ravi (trombektoomia, trombolüüs, muu neuroloogia, muu ravi piirkondlikus- või keskhaiglas) – Trombektoomia ja trombolüüsiga raviteekonna keskmine hind erines oluliselt ülejäänud esmastest ravidest. Muu neuroloogiaga algava raviteekonna keskmine hind erines trombektoomiast ja trombolüüsist, aga ei erinenud grupist muust ravist piirkondlikus- ja keskhaiglas. Seetõttu võeti kokku grupid muu neuroloogia ja muu ravi piirkondlikus- ja keskhaiglas kokku muuks raviks.

Kaasuvad haigused (Charlsoni indeks, kodade virvendusarütmia, kõrgvererõhktõbi) – kaasuvad haigused ei olnud statistiliselt oluliselt seotud raviteekonna hinnaga.

Eelneva aasta voodipäevad – eelneva aasta jooksul statsionaarsel ravil viibimine ei olnud statistiliselt oluliselt seotud raviteekonna hinnaga.

Sugu – sugu ei olnud statistiliselt oluliselt seotud raviteekonna hinnaga.

Vanus - vanus oli statistiliselt oluliselt seotud raviteekonna hinnaga. Seetõttu moodustati vanusgrupid (19-44, 45-80, 81+).

Analüüsist tulenevalt kujundati raviteekonnad vastavalt esmasele ravile ja vanusele ja arvatati ajaloolistele andmetele (v.a taastusravi) tuginedes nendele raviteekondadele hinnad.

5. Tasumise protsess

Raviteekonna jooksul tervishoiuteenuse osutamisega seotud kulud, mis on toodud punktis 3, kaetakse kõikidele raviteekonna jooksul tervishoiuteenused raviasutustele jooksvalt raviarvete alusel tavapärasel korras.

Raviteekonna lõpus (vt punkt 2) tehakse põhilise vastutaja ehk innovatsioonifondist toetuse saanud piirkondliku- või keskaiglasena tasaarveldus, võrreldes raviasutustele jooksvalt raviarvete alusel kaetud kogusummat raviteekonna hinnaga (vt punkt 1).

Kuna raviteekondade eest tasutakse vastavalt raviteekonna alguses kehtinud hinnale, kuid raviteekonna jooksul võivad tervishoiuteenuste loetelu hinnad muutuda, siis rakendatakse raviteekonna hinnale koefitsienti, mis tuleneb eelmisel perioodil kehtiva ja uuel perioodil kehtiva tervishoiuteenuste loetelu piirhindade erinevusest ja sellest, kui suurt osa ravikindlustuse raviteekonna teenustest on osutatud eelmisel perioodil kehtiva ja uuel perioodil kehtiva tervishoiuteenuste loetelu alusel. Koefitsiendid on järgnevad:

- a) $(\text{raviteekonna piirhind raviteekonna alguses kehtinud tervishoiuteenuste loetelus} \times 0,84 + \text{raviteekonna piirhind järgmises tervishoiuteenuste loetelus} \times 0,16) / \text{raviteekonna piirhind raviteekonna alguses kehtinud tervishoiuteenuste loetelus}$, kui raviteekond on tervishoiuteenuste loetelu muutmise hetkeks kestnud 7 päeva või vähem;
- b) $(\text{raviteekonna piirhind raviteekonna alguses kehtinud tervishoiuteenuste loetelus} \times 0,93 + \text{raviteekonna piirhind järgmises tervishoiuteenuste loetelus} \times 0,07) / \text{raviteekonna piirhind raviteekonna alguses kehtinud tervishoiuteenuste loetelus}$, kui raviteekond on tervishoiuteenuste loetelu muutmise hetkeks kestnud 8-28 päeva;
- c) $(\text{raviteekonna piirhind raviteekonna alguses kehtinud tervishoiuteenuste loetelus} \times 0,98 + \text{raviteekonna piirhind järgmises tervishoiuteenuste loetelus} \times 0,02) / \text{raviteekonna piirhind raviteekonna alguses kehtinud tervishoiuteenuste loetelus}$, kui raviteekond on tervishoiuteenuste loetelu muutmise hetkeks kestnud 29 päeva või rohkem.

Juhul kui tervishoiuteenuste loetelu muutub raviteekonna kestel mitu korda, arvestatakse seda tervishoiuteenuste loetelu, kus sisalduvad raviteekonna maksumust enim mõjutavad muudatused.

Tasaarvelduseks, et katta põhiliselt vastutajale raviasutustele jookvalt raviarvete alusel kaetud kogusumma ja raviteekonna hinna erinevust või küsida see tagasi, rakendatakse raviteekonna hindadele (vt. punkt 1) koefitsienti.

Haigekassa koostab koondarve I poolaastal lõppenud raviteekondade kohta hiljemalt 10. oktoobriks ja II poolaastal lõppenud raviteekondade kohta hiljemalt 10. aprilliks. Koondarve sisaldab raviarvete koondsummat. Kui raviasutus peaks tagasi maksuma, siis peab haigekassa tasaarvelduse summa kinni järgmisest raviasutusele tehtavast väljamaksest.

Raviteekonnapõhiselt tasutakse nende isheemilise insuldi raviteekondade puhul, mis algavad perioodil 1.juuli 2020.a kuni 30.juuni 2021.a.

6. Riski jagamine

Isheemilise insuldi raviteekonnapõhise tasustamise puhul kannab üldjuhul riski põhiline vastutaja, mis tähendab, kui tegelik raviteekonna maksumus kujuneb suuremaks kui raviteekonna hind, siis haigekassa seda ei kata. Samuti, kui tegelik raviteekonna maksumus kujuneb väiksemaks kui raviteekonna hind, siis haigekassa seda tagasi ei küsi.

Raviteekonna hinnad on arvutatud tulenevalt ajaloolisest (v.a taastusravi) teenuste osutamise praktikast ja kehtivatest teenuste hindadest. Seega juhul kui kõikidesse raviasutustesse jõuab sarnases proportsioonis raskemaid ja kergemaid patsiente, peaks optimaalsed teenuste osutamisega seotud kulud olema kaetud. Samas, kui mõnda raviasutusse satuvad siiski raskemad patsiendid, kelle ravi kujuneb väga kalliks, peab olema olemas mehhanism, mis seda riski raviasutuste jaoks maandab. Sellest tulenevalt on välja töötatud järgnev riskijagamise mehhanism. Kui juhtprojekti lõpus ehk 30.06.2022 on juhtprojekti raviasutuses raviteekondasid, mille puhul on jookvalt tasutud summa suurem, kui kõigi juhtprojekti raviasutustes raviteekondade jookvalt tasutud raviteekonna summade 99. protsentiil, vähemalt 5% kõigi selle raviasutuse raviteekondadest, siis tehakse nende raviteekondade puhul, mis ületavad eelmainitud 99. protsentiili, tagasimakse arvestades, et raviteekonnapõhine tasustamine ei kehti. Samuti ei kuulu raviteekonnapõhisele tasustamisele raviteekonnad, mille jooksev maksumus on kõrgem kui 100 000 eurot.

Kuna ebapiisavas mahus taastusravi üks raviteekonnaval tuvastatud probleemidest, lepiti koos insuldiravi osapooltega kokku optimaalses hõlmatuses ja intensiivsuses (tuleneb insuldijärgse taastusravi ravijuhendist²) ning vastavad mahud lisati raviteekonna hinda. Kõikidelt juhtprojekti raviasutused kinnitasid, et sellises mahus taastusravi on võimalik pakkuda. Arusaadavalt on inimeste vajadused erinevad ja kõik patsiendid ei vaja taastusravi, sellest tulenevalt võib tulenevalt patsientide struktuurist olla kõikumisi optimaalses hõlmatuses ja intensiivsuses. Samas väga suured kõikumised võivad viidata ebapiisavas mahus taastusravi osutamisele. Vältimaks olukorda, kus ebapiisavas mahus taastusravi pakkumine toob kaasa suurema kasumi on välja töötatud järgnevad riskijagamise mehhanismid.

- a) Kui juhtprojekti lõpus ehk 30.06.2022 on raviasutuses alustatud raviteekondadel kindlustatud isikutest saanud ambulatoorset taastusravi insuldile järgnenud 6 kuu möödumisel vähem kui 11% k.a (ambulatoorse taastusraviga hõlmatuse), siis küsitakse raviasutustelt 11% hõlmatuse ja tegeliku hõlmatuse vahele jäävate

² <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/7/insuldijargne-taastusravi#2dcc9a14>

raviteekondade kohta 315 eurot raviteekonna kohta tagasi Kui 30.06.2022 on raviasutuses alustatud raviteekondadel, mille jooksul osutati ambulatoorset taastusravi, insuldile järgnenud 6 kuu jooksul saadud ambulatoorse taastusravi keskmine intensiivsus alla 8 tunni k.a (taastusravi teenused, mille järgi intensiivsust mõõdetakse, on esitatud tabelis 1), siis küsitakse raviasutustelt tegelike ambulatoorset taastusravi sisaldavate raviteekondade kohta 27,13 eurot iga 8 tunni ja tegelike tundide vahele jääva tunni eest raviteekonna kohta tagasi. Hõlmatuse ja intensiivsuse arvestus on raviteekondade-põhine, mitte isikupõhine.

- b) Kui juhtprojekti lõpus ehk 30.06.2022 on raviasutuses alustatud raviteekondadel kindlustatud isikutest saanud statsionaarset taastusravi insuldile järgnenud 6 kuu möödumisel vähem kui 30% k.a (statsionaarse taastusraviga hõlmatuse), siis küsitakse raviasutustelt 30% hõlmatuse ja tegeliku hõlmatuse vahele jäävate raviteekondade kohta 3071 eurot raviteekonna kohta tagasi. Kui 30.06.2022 on raviasutustes alustatud raviteekondadel, mille jooksul osutati statsionaarset taastusravi, insuldile järgnenud 6 kuu jooksul saadud statsionaarse taastusravi keskmine intensiivsus alla 34 tunni k.a (taastusravi teenused, mille järgi intensiivsust mõõdetakse, on esitatud tabelis 1), siis küsitakse raviasutustelt tegelike statsionaarset taastusravi sisaldavate raviteekondade kohta 63,70 eurot iga 34 tunni ja tegelike tundide vahele jääva tunni eest raviteekonna kohta tagasi. Hõlmatuse ja intensiivsuse arvestus on raviteekondade-põhine, mitte isikupõhine.

Haigekassa koostab eeltoodud arvestades 10. oktoobriks 2022 koondarve. Juhul kui riskijagamine vajalik ei ole, koondarvet ei koostata.

Tabel 1. Taastusravi teenused koos kestustega

Tervishoiuteenuse nimetus	Kood	Kestus (min)
Psühhoteeraapia seanss ühele haigele	7601	90
Psühhoteeraapia seanss ühele haigele grupis (grupis kaks kuni kaheksa haiget)	7602	30
Psühhoteeraapia seanss perele	7603	120
Kliinilise psühholoogi konsultatsioon eriarsti suunamisel	7607	60
Isiksuse uuring	7615	300
Kognitiivse funktsiooni uuring	7616	300
Kliinilise logopeedi konsultatsioon	7620	90
Logopeediline uuring	7621	100
Logopeediline teraapia (kontaktaeg 50 min)	7622	90
Instrumentaalse uuringu planeerimine ja raviplaani täiendamine	7623	90
Logopeediline uuring hääleanalüsaatoriga	7624	45
Logopeediline uuring nasomeetriga	7625	60

Tegevusteraapia individuaalne (kestus 30 min)	7053	30
Tegevusteraapia 2–3 haigele samal ajal (kestus 30 min)	7054	30
Tegevusteraapia kodus	7061	60
Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)	7050	30
Füsioteraapia 2–3 haigele samal ajal (kestus 30 min)	7051	30
Füsioteraapia grupis (kestus 30 min)	7052	30
Füsioteraapia basseinis individuaalne (kestus 30 min)	7056	30
Füsioteraapia basseinis grupis (kestus 30 min)	7057	30
Füsioteraapia kodus	7060	60
6 minuti kõnnitist	7059	25

7. Raviteekonnapõhise tasustamise põhjendus

Raviteekonna põhine tasustamine, mille puhul on üks põhiline vastutaja, kes kannab rahalist riski, annab põhilisele vastutajale stiimuli vähendada patsientide tuisistusi ning selle nimel parandada tervishoiuteenuse osutajate ja süsteemide vahelist koostööd. Ühtlasi annab raviteekonnapõhine tasustamine, kus raviteekonna hind ei sõltu üksikutest osutatud teenustes, raviasutustele vabaduse osutada teenuseid vastavalt patsientide vajadusele (nt osutada teenuseid suuremas mahus kui tervishoiuteenuste loetelu on siiani võimaldanud; kasutada uusi teenuseid, mis tervishoiuteenuste loetelus ei sisaldu; kasutada alltöövõttu).

Juhtprojekti teised osad, tervisetulemite mõõtmine ja võrdlemine ning ravikorralduslikud arendusprojektid, täiustavad raviteekonnapõhisest tasustamisest tulenevaid stiimuleid. Tervisetulemite mõõtmine ja võrdlemine suunab tähelepanu ka tervisetulemite paranemisele. Seda stiimulit saab tulevikus tugevdada arvestades ka tasustamises tervisetulemitega. Ravikorralduslikud arendusprojektide lahendused (nt koordinaator ja terviklik raviplaan) annavad raviasutustele tööriistad, kuidas tegelikkuses ravi koordineerimist parandada.