

www.pwc.ee

Eesti Haigekassa Eriarstiabi tervishoiuteenuste hinnakujundusmetoodika analüüs

Lõpparuanne

*Eesti Haigekassa
24. juuli 2014*



pwc



Teet Tender

Direktor

T: +372 6 141 800

M: +372 56 218 528

teet.tender@ee.pwc.com

Erki Mägi

Juhtivkonsultant

T: +372 6 141 800

M: +372 56 256 340

erki.magi@ee.pwc.com

Allar Karu

Konsultant

T: +372 6 141 800

M: +372 52 030 69

allar.karu@ee.pwc.com

AS PricewaterhouseCoopers Advisors

Pärnu mnt 15, Tallinn 10141, Estonia

T: +372 6 141 800

F: +372 6 141 900

Eesti Haigekassa

Lembitu 10

10114 Tallinn

Lugupeetud Tanel Ross

Käesolev aruanne on koostatud AS PricewaterhouseCoopers Advisors ("PwC") poolt Eesti Haigekassale vastavalt Eesti Haigekassa ja PwC vahel 7. aprillil 2014 sõlmitud lepingule ("Leping").

Aruanne on koostatud Eesti Haigekassa hinnakujundusmetoodika analüüsi eesmärgil.

Oleme Projekti raames teostanud kokkulepitud tööd ajavahemikus 07.04.2014-20.06.2014.

Aruandes sisalduv info pärineb mitmest aruandes kirjeldatud allikatest ja me ei ole Projekti raames hinnanud nende infoallikate usaldusväärsust ega testinud sealt pärineva info tõepärasust. Meie töö näol pole tegu kindlustandva audiitorteenusega ja selles sisalduvat finants- ega muu info õigsuse osas pole läbi viidud kontrollprotseduure, välja arvatud eraldi sätestatud juhtudel. Seetõttu ei vastuta PwC aruande täpsuse ega täielikkuse osas.

Me pole Projekti raames teostanud töid ega küsitlenud erinevaid osapooli pärast 13.06.2014, mis on meiepoolne Aruande koostamiseks vajalike tööde lõpetamise kuupäev. Aruanne ei sisalda pärast seda kuupäeva teatavaks saanud informatsiooni ning ilmsiks tulnud sündmusi, asjaolusid ja nende võimalikku mõju. Me ei võta seisukohta küsimuses, kas hilisematel töödel või küsitlustel oleks olnud oluline mõju Aruandele.

Aruande lõppversioon on koostatud, võttes arvesse teie 10.06.2014 kommentaare meie 30.05.2014 esitatud aruande projektile ning 09.07.2014 ja 10.07.2014 esitatud kommentaare meie täiendatud aruandeprojektile.

PwC kannab aruandega seoses õiguslikku vastutust Lepingus sätestatud ulatuses üksnes Eesti Haigekassa ja mitte ühegi teise osapoolle ees, kes võib oma otsustes olla tuginenud selles aruandes sisalduvale teabele või seisukohtadele.

Aruannet puudutavates küsimustes võtke palun ühendust Erki Mägi'ga, 614 1800, erki.magi@ee.pwc.com.

Lugupidamisega

Teet Tender

AS PricewaterhouseCoopers Advisors



Oluline teadaanne isikutele, kes ei ole aruande adressaadid

Isikud, kes ei ole käesoleva aruande adressaadid ja seda aruannet loevad, loetakse ta nõustunuks alljärgnevate tingimustega:

1. Aruannet lugev isik võtab teadmiseks, et AS PricewaterhouseCoopers Advisors on selle koostanud vastavalt oma kliendilt saadud juhiste.
2. Aruannet lugev isik tunnistab asjaolu, et ta pole selle aruande adressaat ning vastamaks tema huvidele ja vajadustele oleks võinud aruande koostamiseks osutada vajalikuks läbi viia teistsuguseid või täiendavaid töid.
3. Lugejal pole vastuväited asjaolule, et AS PricewaterhouseCoopers Advisors, selle juhtorganid, töötajad ega esindajad ei vastuta mingil kujul kahju ega saamata jäänud tulu eest, mis õigusvastaselt aruandega tutvunud isikule sellega seoses kaasneda võivad.

Sisukord

Analüüsi eesmärk	6
Kokkuvõte	9
Metoodika	18
Tähelepanekud	21
0.1 Hinnamudelidest tugevused	22
0.2 Hinnamudeli eesmärk	23
0.3 Hinnamudeli üldised kitsaskohad	27
0.4 Hinnakujundusmetoodika tegevuste ja ressursikulude seotuse optimaalsus	30
0.5 Hinnamudeli ja tegelike kulude erinevus	31
0.6 Hinnamudeli potentsiaalne dünaamika	33
0.7 Meditsiinipersonali kulude diferentseerimine piirhindades	34
0.8 Personali tööjõukulude kajastamine mudelis	36
0.9 Pindade suuruste ja kulutuste kajastamine	38
0.10 Seadmete ja pindade optimaalne kasutus	39
0.11 Ühe- ja korduvkasutatavate materjalide arvestus	40
0.12 Meditsiiniseadmete personali koolituskulu	41
0.13 Personali koolituskulu	42
0.14 Üldressursside sidumise loogika hinnakujundusmetoodikaga	44
0.15 Koefitsientide/Kohanduste rakendamine	46
0.16 Muud üldised hinnakujundusmetoodika tähelepanekud	47
0.17 Andmete kogumine ja kvaliteet	48
0.18 Hinnakirja uuendamine	49
0.19 Hinnamudeli tehniline keskkond	51
0.20 Järgmised sammud	53

Sisukord

Lisad	54
0.1 Töö käigus intervjueeritavad isikud	55

Analüüsi eesmärk

Analüüsi eesmärk

Sissejuhatus

Käesolev aruanne on koostatud Eesti Haigekassa eriarstiabi hinnakujundusmetoodika analüüsile tuginedes. Aruandes oleme välja toonud seisukohad Haigekassa poolt esitatud uurimisküsimustele ning esitanud võimalusel endapoolsed ettepanekud hinnamudeli erinevate aspektide paremaks muutmisel. Lisaks oleme välja toonud ka meie hinnangul täiendavat analüüsi vajavad valdkonnad.

Eesti Haigekassa metoodika lühikirjeldus

Eesti Haigekassa hinnakujundusmetoodika tugineb **tegevuspõhisel kuluarvestusel**, mille korral on raviasutuste osutatavad teenused jagatud põhitegevusteks, tugitegevusteks ja materjalideks. Põhitegevused on seotud otseselt tervishoiuteenuste patsiendile osutamisega ja nendega seotud ressursidega, tugitegevused toetavad põhitegevusi ning materjale kasutatakse vaid põhitegevuste osutamiseks.

Tegevustele allokeeritud ressursid on liigitatud järgnevalt: personal, pinnad, seadmete inventar, instrumendid, korduvkasutatavad ja ühekordsed materjalid, sisseostetavad teenused ja muud kulud. Tegevused ja ressursid kaardistatakse iga eriala kaupa ning määratletakse erialaspetsiifilised ressursid. Ressurssidele kirjeldatakse kulu kas otseselt läbi kulukontode või läbi teiste ressursside.

Analüüsi eesmärk

Antud Haigekassa hinnakujundusmetoodika põhiraamistik on paika pandud suures osas valdavalt ca 10 aastat tagasi. Käesoleva analüüsi eesmärgiks on **tuvastada Haigekassa hinnakujundusmetoodikas võimalikke parenduskohti** ning esitada ka võimalusel ettepanekuid kitsaskohtade likvideerimiseks. Konkreetseteks uurimisküsimused olid järgmised:

- Kas tegevuste ja protsesside kirjeldamise viis on optimaalne?
- Milliste kulude osas on erinevused raviasutuste ja hinnamudeli vahel kõige suuremad?
- Kas ja milliste ressursimaksumuste automaatne muutmine võiks olla võimalik?
- Kas ja mil moel peaksid olema diferentseeritud meditsiinipersonaliga seotud kulud?
- Kuidas on mõistlik kajastada pindade suuruseid ja kulutusi?
- Kuidas arvutatakse seadmete ja pindade optimaalne kasutusaeg?
- Kus ja kuidas peaks olema kajastatud meditsiineseadmete personali koolituskulu?
- Kas personali koolituskulu kaetakse piisavas mahus?
- Milline on üldressursside sidumise loogika hinnamudelis?
- Kas hinnamudeli tehniline keskkond on ajakohane ning riskid maandatud?

Lisaks eelpool mainitud konkreetsetele uurimisküsimustele oleme omalt poolt võtnud eesmärgiks anda omapoolseid soovitusi ka Haigekassa hinnakujundusmetoodikale üldisemal tasandil.

Eesti Haigekassa hinnakujundusmetoodika on vaid üks komponent terviklikust tervishoiukorralduse süsteemist. Käesoleva analüüsi eesmärk ei olnud tuvastada probleeme süsteemis laiemalt (rahastuse piisavus, ravilepingute sõlmimine, tasustamismeetodite strateegiline valik (nt DRG), meditsiinitöötajate pädevushindamine jms), kuigi mitmed töö käigus tõstatatud probleemid on otseselt või kaudselt rahastamisega seotud. Analüüs keskendus kitsamalt just valitud strateegilise suuna ehk tegevuspõhise kuluarvestuse metoodika võimalikule parendamisele.

Taustsüsteem

Hinnakujundusmetoodika olemus ja eesmärgid

Eesti Haigekassa hinnakujundusmetoodika on vahend tervishoiuteenusele hinna kehtestamiseks, arvestades riigi rahaliste ressursside piiratusega. On selge, et erinevatel osapooltel on väga erinevad nägemused ning kohati ka vastandlikud huvid hinnakujundusmetoodika osas:

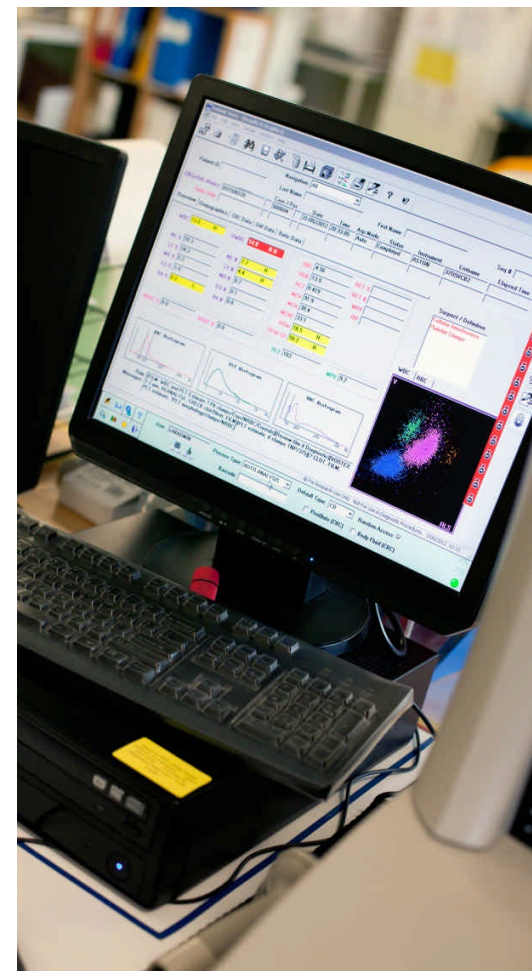
- b) Rahastaja vaade – fookus rahastuse optimaalsusel (efektiivsus ja tõhusus) ning jätkusuutlikkusel (kättesaadavus ja kvaliteet);
- c) Tervishoiuteenuse osutaja vaade – fookus piisavas mahus teenuste tasustamisel.

Haigekassa hinnamudeli koostamisel ning esmakordsel rakendamisel lähtuti järgmistest aluspõhimõtetest:

- Hinnamudel peab tagama Haigekassa kehtestatud hindade **läbipaistvuse** ja **põhjendatuse**;
- Eriarstiabi finantseerimisvajadus määratletakse tulenevalt teenuste mahust ja nende osutamiseks **vajalikest** kuludest;
- Mudeli abil peab olema võimalik hoida kogu tervishoiuteenuste loetelu **korrektsena**.

Juhime tähelepanu, et hinnakujundusmetoodika vaid jaotab olemasolevat ressursi teenuse osutajate vahel ega ole võimeline tekitama süsteemi täiendavaid rahalisi vahendeid.

Täiendavalt rõhutame, et Haigekassa hinnakujundusmudel ei ole mõeldud kontrollima või suunama haiglate tegelikku rahakasutust – Eesti Haigekassa ei sekku haiglate juhtimisotsustesse ning saadud vahendite tegelik kasutamine ning ressurssidele jaotamine on täies ulatuses haigla juhtkondade pädevuses ning vastutusallas. Süsteemi jätkusuutlikkuse ning stabiilsuse kontekstis on oluline, et Eesti Haigekassa säilitaks oma tänase sõltumatuse nii poliitikakujundajatest kui ka teenuse osutajatest.



Kokkuvõte

Üldised tähelepanekud 1/3

Valdkond	Kirjeldus
Kulu-efektiivsus	Töötades Eesti Haigekassa hinnakujundusmetoodika analüüsiga oleme täheldanud, et tegemist on tugevalt kuluefektiivsusele suunatud süsteemiga , seda nii mudeli haldamise seisukohast (minimaalse inimeste arvuga hoitakse üleval toimivat hinnakujundusmehhanismi) kui ka mudeli kaudu finantseeritavate tervishoiuteenuste osutajate kuluefektiivse tegutsemise soodustamises. Viimane on lisaks mitmetele teistele Eesti tervishoiusüsteemi ülesehituse elementidele üks olulisi põhjuseid, miks Eesti tervishoiusüsteem on üks kuluefektiivsemaid.
Hinnamudeli eesmärk ja erinevad kulude tasandid	<p>Hinnakujundusmetoodika eesmärgid ei ole kõigi osapoolte vahel täna ühtselt mõistetavad, mistõttu on oluline osapoolte vahelise kommunikatsiooni parandamine. Lisaks ei täida tänane metoodika kõiki talle seatud eesmärgi (läbipaistvus, vajalike kulude rahastamine, tervishoiuteenuste loendi korrektsus). Peamiselt on problemaatiline mudeli läbipaistvuse eesmärgi saavutamise – tänaseid mudeli kirjendatud optimaalseid kulutasemeid ei ole tihti võimalik faktidele tuginevalt põhjendada. Seetõttu soovime optimaalsete kulude määramisel tekitada haiglatel kohustus anda täpseid ning kontrollitavaid ressurside kuluandeid, mille tarbeks on vaja haiglates hakata teostama tegeliku täisomahinna arvestust. Leiame, et hinnakujundusmetoodika läbipaistvuse ja hindade põhjendatuse tagamiseks peaks esmalt saama põhjaliku ülevaate haiglate tegelikest kuludest ning nende teenuste täisomahindadest. See tagaks nii finantseerijale kui ka haiglatele endile selgema ülevaate teenuste tegelikest omahindadest, looks vajalikud eeldused sisuliseks hinnadiskussiooniks ning igal haiglal tekiks reaalne võimalus tuvastada oma sisemisi ebaefektiivsusi. Tagamaks võrreldavust, peaks haiglate sisemised täiskuluarvestused lähtuma ühistest metoodilistest alustest. Täpsete ressurside maksumuste ja tegelike täisomahindade info kaardistamise korral on võimalik läbi võrdlusanalüüside (Eesti haiglate või välisriikide näidete varal) määratleda optimaalseid kulusid läbipaistvalt ja põhjendatult.</p> <p>Piirhind omakorda peaksid baseeruma optimaalse kulumudeli põhisel teenuste hinnakirjal, millele rakendatakse erijuhtudel teatud hinnakohandusi (spetsiifilistest tervishoiupoliitilistest strateegiatest tulenevalt – soodustamaks süsteemis pikaajaliselt (kulu)efektiivsemate lahenduste rakendamist). Rõhutame, et piirhind ei tohiks olla poliitiline vahend haiglate rahastamist muuta – piirhinna ainus eesmärk oleks soodustada üksikute efektiivsemate ravimeetodite või ennetustegevuste laiemat kasutust (e-konsultatsioonid, koduõendus vms). Seega võiks süsteem toimida laiemalt kolmel tasandil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tegelikule vastav haiglate täiskulu ehk teenuse täisomahind (nn „Tegelik hind“) – iga haigla enda sisemine kuluarvestus; • Teenuste optimaalne kulutase (nn „Standardhind“) – Eesti Haigekassa kulumudel; • Parim jätkusuutlik tervishoiupoliitika ehk kaalutletud alustel modifitseeritud teenuste tegelik finantseerimishind (nt „Piirhind“) – manuaalne korrigeerimine standardhinnale spetsiifilise teenuse soosimise või pärssimise tarbeks. <p>Rangelt piiritletud hinnatasandid ja konkreetsete põhimõtted võimaldaks säilitada läbipaistvust, anda ülevaadet haiglate tegelikest tegevuspõhistest kuludest, põhjendada optimaalsete kulude määramist ning tekitada süsteemi vajaliku mehhanismi eelistatud teenuste kiiremaks arenguks.</p>

Üldised tähelepanekud 2/3

Valdkond	Kirjeldus
Eesti Haigekassa hinnamudeli üldised kitsaskohad	<p>Kuigi hinnamudel oma üldkontseptsioonis töötab efektiivselt ning ka Haigekassa poolt kasutatav metoodika on olulises osas erinevaid osapooli tänasel hetkel rahuldav, oleme siiski tuvastanud erinevaid olulise mõjuga puudujääke.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hinnamudeli sisendid ei pruugi olla optimaalsed (esineb olulisi erinevusi optimaalsetes kuludes võrreldes tegelike täiskuludega ning erisust ei ole täna alati võimalik läbipaistvalt põhjendada); Tänasel kujul kasutuses olev piirhinna kasutamise metoodika ei toeta haigekassa eesmärke ega pruugi olla pikaajaliselt ratsionaalne; Teatud haiglate poolt kasutatavad Haigekassa poolt finantseeritavate teenuste osutamiseks vajalikud ressursid (nt haiglaapteegi teenus, osad valveringid) on hinnamudelist kas täielikult või siis lihtsalt eraldi identifitseeritava kulukomponendina välja jäetud. Kuna mitmed tuvastatud probleemkohad seonduvad EMOga, siis soovime kaaluda võimalusi EMO teenuste eraldiseisvaks kaardistamiseks ning mudelis eraldi teenustena kirjendamiseks.
Andmete kogumine ja kvaliteet	<p>Tänasel hetkel puuduvad Eesti Haigekassal selged juhendid ja vormid haiglate poolseks aruannete täitmiseks. Samuti oleme tuvastanud kohatist erinevust ning järjepidevuse puudumist haiglate poolt täidetavate aruandevormide puhul. Selleks, et vältida kuluarvestuse mitmeti mõistmist ning tagada standardiseeritud lähenemine kuluarvestusele erinevate osapoolte lõikes tuleks koostada konkreetseid üheselt mõistetavad juhendid ja aruandlusstandardid arvestuse pidamiseks. Tuginedes täpsematele standardiseeritud andmetele on ka Haigekassal võimalik teostada kuluarvestust kvaliteetsematele alusandmetele tuginedes, millele põhjal on võimalik defineerida optimaalne kulutase.</p> <p>Täiendavalt oleks Haigekassal tarvis hakata koguma haiglate tegeliku täisomahinna arvestuse infot, loomaks läbipaistva võimaluse hindade võrdluseks ja sellest tulenevalt aluse optimaalsete kulutasemete muutmise diskussiooni alustamiseks. Vastava võimekuse loomiseks haiglate poolt võib osutada vajalikuks Sotsiaalministeeriumi sekkumine ning toetus.</p> <p>Kui aruandluse kord on standardiseeritud ja üheselt mõistetav, on võimalik andmekvaliteedi osas teostada ka kontrolli nende usaldusväärsuse üle. Täna see võimalus Haigekassal sisuliselt puudub, mistõttu kuluarvestus tervikuna võib olla ebakorrekne.</p>

Üldised tähelepanekud 3/3

Valdkond	Kirjeldus
Hinnakirja uuendamine	<p>Erialade või muude sisendite kaardistamisel/ülevaatamisel esineb kohati järske muutusi teenuse hinnakirjas. Kuigi piirhindade ühtlustamine tegeliku kulupõhise hinnaga on vajalik, tuleks sisse viia mehhanism piiramaks liiga suuri hinnakõikumisi. Need ei tekita finantseeritavates kindlust, kahandavad oluliselt finantsplaneerimisvõimekust ning vähendavad raviaasutuste motivatsiooni hinnakirja uuendamist ette võtma.</p> <p>Hinnakirja uuendamisega kaasnevate muudatuste sujuvamaks elluviimiseks soovitame hinnakirja uuendusi viia läbi sagedamini. Samuti soovitame lisada n-ö dünaamilisi iga-aastaselt muudetavaid muutujaid ning hinnamudelid leida täiendavaid ressursse, mida üle erialade ära siduda (nt levinuimad seadmed). Täiendavalt soovitame hinnakirjade uuendamisel kaaluda lisaks erialapõhisele lähenemisele ka kuluobjekti põhist lähenemist üle erialade (nt pinnad ja materjalid).</p> <p>Kuna tänane hinnakirja uuendamine on äärmiselt sõltuv erialaliitude seisukohtadest, siis võimalusel soovitame teatud juhtudel kasutada tegevuste ja ressursside kirjeldamiseks täiendava andmeallikana ka teiste riikide praktikaid.</p> <p>Oluline on, et hinnakirja muudatused tuleks kasutusel olevas hinnamudelil läbi viia komplekselt mitmes vastassuunalise rahalise mõjuga valdkonnas korruga (tasakaalustades üheaegselt nii üle- kui alafinantseeritud valdkondi – nt palgakulu ja materjalid). Vastasel juhul eksisteerib kõrge risk, et finantseeritav kogusumma läheb tegelikest kuludest oluliselt nihkesse ning raviaasutustel tekivad olulised finantsprobleemid.</p>
Tegevuste ja ressursside optimaalne seotus	<p>Leiame, et tänane tegevuste ja ressursside seotus ning jagunemine Eesti Haigekassa hinnakujundusmetoodikas on üldkontseptsioonil optimaalselt üles ehitatud ning järgib kõigis olulistest osades tegevuspõhise kuluarvestuse põhimõtteid. Samas tuvastasime ebaühtlast taset tegevuste kuluressursside kirjeldamisel. Kohati on ressursid kirjeldatud äärmise detailsusega (eraldi mudelisse kirjeldatud palju väga väikse kuluga ressursse), mistõttu soovitame järgida ühtlast lähenemist ressursikulude kirjeldamisel. Siinkohal tuleks Haigekassal kehtestada süsteemne lähenemine, mille alusel otsustatakse, kui detailselt mingit tegevust kaardistatakse. Haigekassa peaks võtma jõulisema hoiaku ka erialaliitude suhtes antud küsimuses ning määrama baasprintsipiibid, millise detailsusega kuluressursid tegevuste kirjeldamiseks mudelisse sisenditena määratletakse.</p>

Uurimisküsimused 1/5

Valdkond	Kirjeldus
Hinnamudeli ja tegelike kulude erinevus	<p>Võrreldes mudeli kaudu finantseeritud kulukomponente haiglate tegelike kuludega, oleme tuvastanud olulisi erinevusi teatud kululiikide lõikes. Kuigi meil puudub kindlus haiglate kuluandmete usaldusväärsuse osas, on näiteks 2012. aastal viie referentshaigla poolt raporteeritud tegelikud tööjõukulud ca 12% suuremad (kogusummas ca 15,6 mln eurot) kui kulumudeli kaudu finantseeritud tööjõukulu komponent, samas on materjalikulud ca 49% väiksemad (kogusummas ca 21,5 mln eurot). Lisaks erineb märkimisväärselt varieeruvust ka üksikute haiglate kulude katmise ulatuse vahel.</p> <p>Kuna optimaalse hinnataseme seadmine on täna muu hulgas ka Haigekassa eelarvepiirangutest tingitud ning teisalt on kulud osaliselt sisuliselt hindamata, siis ei ole võimalik hinnata, kas need hinnavad on asjakohased (st optimaalne kulu peabki olema tegelikust erinev) või mitte. Juhul kui seatud kulutasemed ei ole täna optimaalsed, võib antud olukord viia turumoonutuseeni ning sellest tulenevalt võivad kasumlikumad valdkonnad vähemalt teoreetiliselt liikuda erasektoris, tekitada avaliku sektori haiglate vahel ebatervet konkurentsi või viia ülehinnastatud teenuste väärkasutamiseni (hästitasustatud uuringute tegemine, mida tegelikult ei pruugi patsiendile vaja olla).</p>
Hinnamudeli potentsiaalne dünaamika	<p>Haigekassa hinnamudel on hetkel staatiline ning ressursikulude muutumisel kaotavad mudeli abil leitud teenuste kulud üsna kiiresti aktuaalsuse. Seega soovime mudeli ajakohase kirjeldusvõime parendamiseks kaaluda automaatselt muutuvate sisendparameetrite kasutuselevõttu, näiteks:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarbijahinnaindeks (THI) – kommunaal-, transpordi- ja muude sarnaste tegevuskulude korrigeerimiseks; • Ehitushinnaindeks - hoonete ehitushinna komponendi korrigeerimiseks. <p>Täiendavalt soovime analüüsida täiendavate sisendite sidumist hinnamudelis üle erialade. Üheks selliseks võimaluseks võib olla standardsete seadmete sidumine erinevate erialade vahel, mis tagaks ühe eriala hinnakirja uuendamisel automaatselt ka teiste erialade sarnase ressursi hinnakomponendi ajakohastumist. Dünaamiliste muutujate lisamisega väheneks surve ja töömaht ka erialade hinnakirjade manuaalsel uuendamisel ning samuti tõstab see mudeli täpsust ning aktuaalsust.</p> <p>Finantseerimise aluseks olevate piirhindade muutmise puhul soovime haiglate finantsstabiilsuse tagamiseks võtta aluseks põhimõtte, et piirhindu ei muudeta eriala kui terviku mõju suhtes iga-aastaselt rohkem kui teatud protsentuaalse piirmäära ulatuses.</p>

Uurimisküsimused 2/5

Valdkond	Kirjeldus
Personali- kulude different- seerimine	<p>Tänasel hetkel diferentseeritakse personalikulusid viie personaliliigi lõikes, milledeks on: arstid, õenduspersonal, hoolduspersonal, muu kõrgharidusega spetsialistid ja muu keskharidusega spetsialistid. Turuosalistelt saadud informatsiooni kohaselt ei pruugi antud ulatuses diferentseerimine kohati olla piisav. Võimalusi täiendavaks diferentseerimiseks on mitmeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diferentseerida arstide palgakulud täiendavalt staaži alusel; • Diferentseerida palgakulud erialade kaupa; • Diferentseerida palgakulud funktsiooni kaupa <p>Lähtudes praktilistest kaalutlustest ja rakendamise võimalustest, soovime kaaluda meditsiinipersonali kulutuste diferentseerimist vaid õenduspersonal palgakulude osas üld- ja eriõdede (nt intensiivi- ja operatsiooniõed) vahel, sest antud valdkonnas on turul tegelikkuses selge palgaerinevus nii tegelike kui ka optimaalsete kulude osas.</p> <p>Piirhinna tasemel ei soovita me hakata meditsiinipersonali kulutusi diferentseerima erinevate erialade vahel, sest see võib tekitada olulisi lisapingeid süsteemi.</p>
Personali tööjõukulude kajastamine	<p>Haigekassa hinnamudelis täna kasutatav sisendinfo, mille alusel arvutatakse erinevate personaliliikide tööjõukulu, ei vasta tegelikule olukorrale ning hetkel puudub põhjendatud argumentatsioon vastava kulu optimaalsuse tõestamiseks. Hetkel ei kata hinnamudeli palgakomponent ei üldpildis ära tänast tegelikku palgakulu taset, kuid samas puudub ka adekvaatne ülevaade sellest, kui efektiivselt haiglad tööjõuressurssi rakendavad – võimalik, et tänane tööjõukulu ühikuhinna tegelikust kulust väiksem finantseerimine on põhjendatav haiglatepoolse ressursikasutuse ebaefektiivsusega.</p> <p>Hinnamudelis arvestab, et arstid kulutavad tööajast 85% sisuliste teenuste osutamisele. Tegelikkuses võivad arstid kasutada oma tööaega teisiti ning muu hulgas võivad erinevate erialade arstide utilisatsioonid olla väga erinevad. Sellest tulenevalt soovime nt valimi baasilt arstide tööaja kasutus kaardistada ning kaaluda võimalusi erinevate utilisatsioonimäärade rakendamiseks erialade kaupa.</p> <p>Tähelepanu vajavad lisaks sisulisele tööajale ka tegelik puhkusepäevade arv (enamikes haiglates on see 35, mitte 28), koolituspäevade arv (mudelis 5 päeva, seaduse järgi kohustuslik 7,5 päeva) ja võimalikud muud tegurid.</p> <p>Täiendavalt soovime aga rõhutada, et utilisatsioonimäärade muutmine mõjutab koheselt ka teenuste hinda ning hõiveanalüüsi muutuse kaudu ka teenustes kajastuva arsti aja mahtu – seega ei pruugi utilisatsioonimäärade muutmine teenuse hinda ilmtingimata tõsta, küll aga võib see erinevad kuluelemendid omavahel õiglasemalt paika seada.</p>

Uurimisküsimused 3/5

Valdkond	Kirjeldus
Pindade suuruste ja kulutuste kajastamine	<p>Antud aruande koostamise hetkel on Haigekassal pooleli tegelike pindade kaardistamine. Soovitame antud kaardistamise kindlasti lõpule viia, et oleks võimalik optimaalsete kasutusaegade/mahtude andmed mudelis uuendada.</p> <p>Finantseerimismeetodite puhul soovitame Haigekassal kaaluda kahte võimalikku varianti:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jätta finantseerimismehhanismtänasele mudelis olevale kujule, kuid toetada haiglates riigi ja/või omanike poolt adekvaatsete kontrollmehhanismide loomist, et raha tõepoolest reserveeritakse hoonete ehitamiseks/remontimiseks (vältimaks olukordi, kus pindade asendusmaksumuse raha eest kaetakse jooksvaid tegevuskulusid ning kui pinnad tulevikus amortiseerunud on, ei ole nende asenduseks/ehituseks vajalikke rahalisi reserve); Haiglate põhikorpuste finantseerimine viia hinnamudelid välja ning rahastada edaspidi mitte Haigekassa poolt vaid nt Sotsiaalministeeriumi alt sihtfinantseerimise alusel. <p>Spetsiifiliste pindade osas (nt EMO ja nukleaarmeditsiini pinnad) soovitame viia läbi täiendava analüüsi selliste pindade mahtude tuvastamiseks ning diferentseerimise võimaliku mõju hindamiseks.</p>
Seadmete ja pindade optimaalne kasutusaeg	<p>Nii haiglatel kui ka Haigekassal puudub täna detailne arvestus pindade ja seadmete tegeliku kasutusaja suhtes. Soovitame viia läbi täiendav analüüs seadmete tegeliku kasutusaja hindamiseks. Kuna Haigekassal on olemas informatsioon nii seadmete kasutuskordade kui ka mudelipõhise kasutusaja kohta (puuduvad vaid haiglates olemasolevate seadmete hulga andmed), ei tohiks antud analüüsi teostamine olla väga ajamahukas. Antud analüüsi tulemusel on võimalik hinnata, kui ulatuslikult on seadmed tegelikult aktiivselt kasutuses ning kas tänast 40 tunnist kasutusaega nädalas oleks vaja korrigeerida.</p>

Uurimisküsimused 4/5

Valdkond	Kirjeldus
Ühe- ja korduvkasutatavad materjalid	<p>Eesti Haigekassal puudub selge ülevaade kulumaterjalide tegelikust kulust. Siinjuures puudub osade erialade puhul arusaamine, mis materjale hinnamudelil komplekti alla kajastatakse ja mida mudel täpselt hinna kujundamisel arvesse võtab. Soovitame kehtestada süsteemse korra ja vastavad aruandevormid ning juhendid, kuidas materjalide kulude üle arvestust peetakse. See loob võimaluse nii tegelikku materjalikasutust peegeldavate andmete kandmiseks konkreetse eriala teenusekirjeldustesse kui ka mudeli sisendite osas kontrollprotseduuride teostamiseks.</p> <p>Leiame, et materjalide puhul on komplektide kasutamine ratsionaalne ning nende kasutamist tuleks rakendada ka tulevikus ning soovitame erialade hinnakirjade uuendamise raames jätkuvalt üle vaadata ja selgelt määratleda, milliseid materjale erialade põhiselt omavahel komplektidesse määratletakse ning kuidas komplektide hind kujuneb.</p> <p>Lisaks komplektide süsteemi korrastamisele tuleks ka üksikmaterjalide koguste ning hindade osas täpsemaid andmeid koguda. Soovitame alustada kõige kallimatest/finantsiliselt olulisematest materjalidest, mille puhul ka detailne arvestus haiglatel suhteliselt heal tasemel olemas on (nt L-koodiga implantaadid ja muud sarnased identifitseeritavad materjalid, mille osas haiglatel laomoodulis kogused ja hinnad kergest kättesaadavad on). Hinnamudeli kirjeldus- ja arvestusvõime parendamiseks soovitame analüüsida ja kaaluda ka võimalust L-koodiga vahendite maksumuse linkimist hinnamudelisse. Soovitame siinkohal võtta eeskuju R-koodiga ravimite uuendamise protseduuridest.</p>
Meditšiini-seadmete personali koolituskulu	<p>Oleme tuvastanud, et antud koolituskulud sisalduvad valdavalt seadmete ostuhindades või täiendkoolituste puhul tavapärase koolituskulude kirjete all. Meie hinnangul on antud kulude kajastamise põhimõte mõistlik nii haiglate kuluarvestuse kui ka Haigekassa hinnamudeli kontekstis.</p> <p>Kuna antud kulutuste mõju kogu hinnamudelile on väheoluline ning ka nende allokeerimine tänasel kujul on mõistlik ei näe me siinkohal vajadust hinnamudeli sisulisteks muudatusteks.</p>
Personali koolituskulu	<p>Võimalike finantseerimisvõimaluste täpsemaks hindamiseks soovitame Sotsiaalministeeriumil esmalt vastu võtta poliitiline seisukoht, kas erasektor võib tegeleda meditsiinipersonali koolitamisega või mitte. Omades kindlat seisukohta antud küsimuse suhtes on võimalik koostada ka täpsemaid hinnanguid koolitussüsteemi rahastamise suhtes.</p> <p>Vaatamata koolituste rahastuse põhimõttest soovitame analüüsida võimalust koolituskulude viimist mudeliväliseks, kasutades sihtfinantseerimise printsiipe näiteks riigi või haigla omaniku poolt. See aga eeldaks toimiva pädevushindamissüsteemi loomist ning vastava järelevalvesüsteemi juurutamist. Samas annaks võimaluse ka koolituste täpsemaks suunamiseks ning koolituste üle kontrolli omamiseks. Kuid siinjuures peaks säilima põhimõte, et personali pädevuse (sh koolituste) tagamine on tööandja vastutus ja mistahes muudatuste korral peaks see kohustus ja motivatsioon ka säilima.</p>

Uurimisküsimused 5/5

Valdkond	Kirjeldus
Üldressursside sidumise loogika hinnamudel	<p>Täna hetkel on eelkõige haiglate hulgas ebaselgust ja arusaamatust selle suhtes, kuidas üldressursse hinnamudel arvestatakse ning kuidas täpselt peavad haiglad vastavaid kulusid raporteerima. Näiteks ei ole alati üheselt selge, millisest tasandist alates on tegemist juhtimiskuludega (nt arstist osakonnajuht).</p> <p>Sellest tulenevalt soovitame Haigekassal koostada ja kehtestada konkreetseid üldkulude kajastamise ja arvestamise põhimõtteid. Siinjuures tuleks koostada ka selged juhendid ja üheselt mõistetavad vormid, mille alusel üldkulusid raporteeritakse. Samuti tuleks arusaadavalt kirjeldada, kuidas antud kulusid hinnamudel täpselt allokeeritakse.</p>
Hinnamudeli tehniline keskkond ja riskid	<p>Tuvastasime mitmeid tähelepanekuid seoses kõrgete isikuriskidega. Oluline teave Haigekassa infovarast on vaid üksikute isikute (nii organisatsioonisiseste kui –väliste) peades.</p> <p>Haigekassa põhiprotsess on suures sõltuvuses välise partneri võtmesiku kättesaadavusest. Välise partneriga puudub hooldusleping ning Haigekassal ei ole vahendeid partneri soorituse juhtimiseks. Tehnoloogiliselt on hinnamudeli süsteem Optime ABC sõltuv välise partneri serveriteenuse toimimisest. Haigekassa ei oma kontrolli Optime ABC uuenduste ja nende paigaldamise üle ning süsteemi arendustegevus on pärsitud.</p> <p>Haigekassa poolt esile toodud funktsionaalsed puudujäägid Optime ABC raporteerimises ja andmeanalüüsis tekitavad kõrged nõuded haigekassa põhiprotsessi töötajatele spetsiifiliste sisuliste ja tehnoloogiliste teadmiste osas. Puudub teadmishaldus nende teadmiste püsivaks kindlustamiseks Haigekassas.</p>

Metoodika

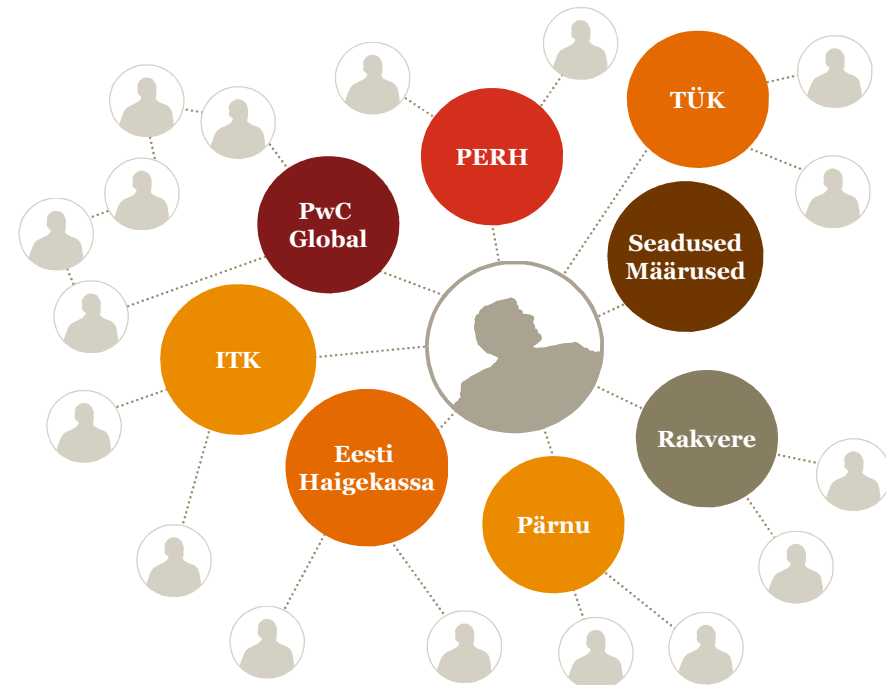
Metoodika

Analüüsi sisukaks ja põhjalikuks teostamiseks oleme hankinud alusinformatsiooni Eesti Haigekassa esindajatelt ja erinevatelt turu osapooltelt. Lisaks oleme pöördunud PwC võrgustiku ekspertide poole, et omandada arusaamine praktikatest teistes Euroopa riikides. Põhiosas oleme suhelnud ekspertidega Poolast ja Ühendkuningriikidest. Poolas asub PwC Kesk- ja Ida-Euroopa tervishoiu nõustamiskeskus ning Poola majandusmudel ning üldine elatistase on sarnane Eesti majandusega. Ühendkuningriikides on Euroopa üks enim arenenud tervishoiusektoreid, millest tulenevalt on sealt võimalik hankida parimaid valdkonda puudutavaid praktikaid.

Tervikliku ülevaate andmiseks oleme läbi viinud **järgmised toimingud**:

- Kogunud informatsiooni avalikest teabeallikatest (seadused ja määrused);
- Hankinud informatsiooni ja alusandmeid Eesti Haigekassalt;
- Viinud läbi intervjuud* Eesti Haigekassa kulumudeli toimimise eest vastutavate esindajatega nii sisu kui tehnilise teostuse osas;
- Viinud läbi kaks grüpiintervjuud* viie Eesti haigla (PERH, TÜK, ITK, Pärnu, Rakvere) esindajatega. Intervjueeritavate hulka kuulusid nii juhatuse liikmed kui ka finantsistid;
- Hankinud läbi intervjuude* ja teostatud uuringute näiteid ja praktikaid PwC globaalsest võrgustikust;
- Analüüsinud kogutud informatsiooni ning koostanud nende põhjal järeldused ja hinnangud Eesti Haigekassa hinnakujundusmetoodika suhtes.

Tuginedes omandatud informatsioonile koostasime omapoolsed ettepanekud ja soovitused hinnakujundusmetoodika parendamiseks. Põhilise analüüsi fookuse oleme suunanud kliendi poolt esitatud uurimisküsimustele vastuse leidmiseks, kuid siinjuures oleme pööranud tähelepanu ka hinnamudeli fundamentaalsetele aluspõhimõtetele ning välja kujunenud tegevuspraktikatele.



* Intervjueeritud isikute nimed on esitatud lisades.

Metoodika

Kuluarvestuse põhimõtted

Eesti Haigekassa kuluarvestuse hinnakujundusmetoodika analüüsi käigus oleme tuginenud järgmistele efektiivse kuluarvestussüsteemi aluspõhimõtetele:

- Huvigruppide kaasatus.** On oluline, et hinnakujundusmetoodika arvestaks kõikide osapoolte vajadusi ja võimekust ning et hinnakujundusest saaks üheselt aru nii finantseerija, finantseeritavad kui ka lõplik teenuse saaja (nt patsientide esindusühing);
- Süsteemi järjepidevus.** Selleks, et oleks võimalik koostada prognoose ja teha ka jooksvat analüüsi parendusvõimaluste leidmiseks, on tarvilik sisuline järjepidevus üle aastate;
- Andmete täpsus.** Kuluarvestus ei oma ole sisulist tähendust, kui selle aluseks olevad sisendandmed on ebatäpsed. Selleks peaksid olema paika seatud meetodid, mis tagavad alusandmete korrektse edastuse ning võimaldavad ka saadud andmete kontrolli;
- Olulisus.** Pole otstarbekas rakendada ressursse valdkondadele, mille üle arvestuse pidamine on kulukam kui arvestusest tulenev võimalik võit. Seega tuleb ressursid suunata otseselt valdkondadele, mille üle täpse arvestuse pidamine loob ka olulist rahalist või kvalitatiivset kasu;
- Põhjuslikkus ja objektiivsus.** Kuluarvestussüsteemi puhul peab olema järgitud, et kulude matemaatilisel kirjeldamisel on tegevus kirjeldatud kuludega ka realselt seotud ning põhjus-tagajärg suhtes on majanduslikult mõistlikud. Siinjuures peaksid need seosed olema ka objektiivsed ehk vastama mõistlikus ulatuses võimalikult täpselt tegelikule olukorrale;
- Läbipaistvus.** Kuluarvestussüsteem peaks olema võimalikult lihtsalt arusaadav ja mõistatav ka inimestele, kes selle haldamisega otseselt ei tegele. See eeldab nii avalikku ja loogilist kulumudelit, kui ka seda, et on olemas kättesaadavad korrektsed juhendid kuluarvestussüsteemi täitmiseks, järgmiseks ja analüüsimiseks.

Erinevatele uurimisküsimustele lähenedes oleme võtnud võimalusel aluseks antud baaspõhimõtted ning kontrollinud nende rakendamist Haigekassa kulumudeli puhul. Tuginedes nendele eeldustele oleme välja toonud võimalusel ka süsteemi kui terviku võimalikud kitsaskohad või puudujäägid ning andnud suunised võimalikeks parendusteks.



Tähelepanekud

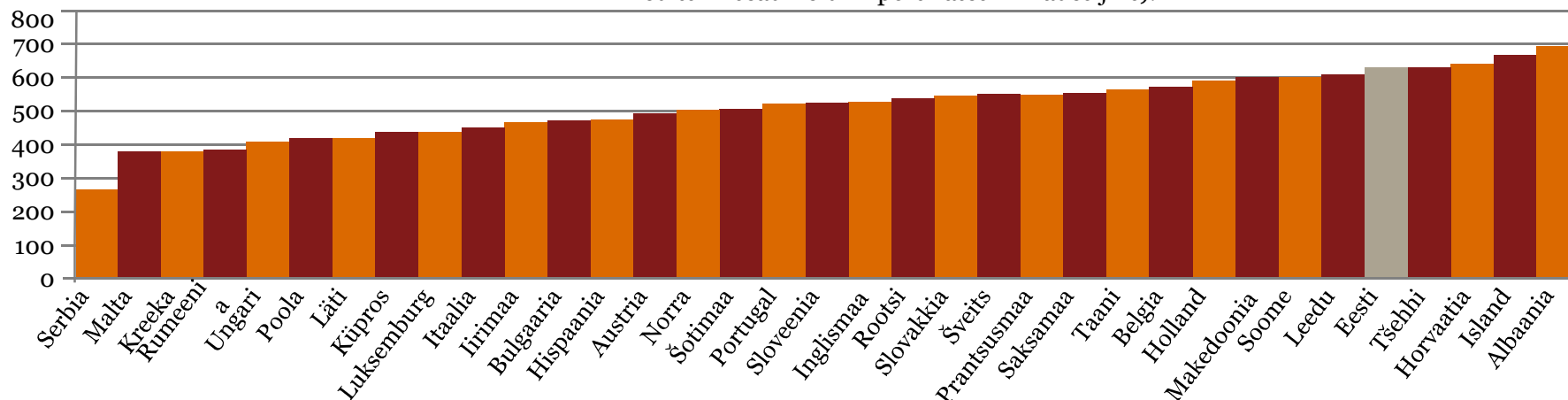
Tähelepanekud Hinnamudelid tugevused

Töö käigus oleme tuvastanud lisaks otseselt küsitud uurimis-küsimustele tähelepanekuid ka hinnamudeli üldise kontseptsiooni, eesmärgi ja funktsionaalsuse kohta.

Hinnamudeli tugevused:

Üldjoontes on Eesti Haigekassa poolt kasutatav hinna-mudel turu osapoolte sõnul oma kontseptsioonis toimiv ning sobib ravikulude hüvitamiseks. Siinjuures on tegemist suhteliselt detailse ja põhjaliku mudeliga. Olles töö käigus konsulteerinud mitmete PwC tervishoiu-ekspertidega oleme jõudnud järeldusele, et Eestis kasutatav **süsteem on üks detailsemad ja täpsemad** ravikulude hüvitamiseks.

Bang-for-the-Buck kohandatud hinnangud, 2013



Positiivse küljena tuleb märkida, et Eesti Haigekassa hinnamudeli haldamine ja juhtimine on äärmiselt **kuluefektiivne**. Keerulist hinnamudeli süsteemi hallatakse väheste inimeste arvuga ning siinjuures on ravikulude hüvitamine teenusepakkujatele toimunud järjepidevalt ning sujuvalt. Võrrelduna paljude teiste riikide hinnamudelitega, on Eesti lähenemise tugevuseks on ka kõigi kulutuste sisaldumine mudelis. Enamikul välisriikidest on mitmed olulised kuluartiklid rahastatud erinevatest allikatest, mistõttu on neil ülevaate saamine tegelikest rahalistest mahtudest ja kuludest raskendatud.

Kasutuses olev metoodika püüdleb **optimaalsuse ning kuluefektiivsuse** poole ja **motiveerib** raviasutusi kasutama aina efektiivsemaid meetodeid teenuste osutamiseks. Selle mõjutusena on kogu Eesti tervishoiusüsteem omandanud silmnähtava kuluefektiivsuse ning seda kogu maailma kontekstis – EHCI 2013. aasta statistikas väljendub selgelt, et Eestis saadav kasu ühest kulutatud USD-st tervishoiuteenustele on üks suuremaid.

Samas võib suuresti kuluefektiivsusele üles ehitatud süsteem potentsiaalselt võimendada tervishoiuvaldkonnas laiemalt levinud probleeme (arstide Eestist lahkumine, eetilised dilemmad erasektori poolt finantseeritud koolituste osas, arstide osalused materjale ning meditsiiniseadmeid importivates firmades jms).

Tähelepanekud

Hinnamudeli eesmärk 1/4

Haigekassa hinnamudelit analüüsidest oleme tajunud, et mudeli kasutajatel on erinevaid nägemusi mudeli eesmärgi osas. Turuosalistel ei ole ühest arusaama, kas mudelit kasutatakse tegelike kulude määramiseks (nn täiskulu meetodi alusel leitav teenuse kogumaksumus) või on see pigem rahastamisvahend haiglate finantseerimiseks (kas tegelike täiskulude või optimaalse hinnataseme hüvituse mehhanism). Seetõttu on oluline ka välistele osapooltele selgemalt kommunikeerida, et hinnamudeli **eesmärk on välja selgitada tervishoiuteenuste optimaalne maksumus** (mis on samaaegselt ka haiglate poolt osutatavate teenuste õiglase finantseerimise aluseks). Hinnamudel ei ole mõeldud hüvitama kõiki haiglate tehtud kulutusi, kuna vastasel juhul puuduks haiglatel kulude optimeerimise motivatsioon.

Samas ei ole meie hinnangul võimalik tagada mudeli läbipaistvust ning optimaalse hinnataseme adekvaatset määramist omamata täpset ülevaadet haiglate tegelikest kuludest ning teenuste täisomahinnast. Kuigi see ei puuduta otseselt Haigekassa kulumetoodikat, on meie hinnangul tarvis tänase süsteemi adekvaatseks toimimiseks luua mehhanism ja võimalused saada ülevaade haiglate tegelikest kuludest ja teenuste täisomahinnast.

3 võimalikku vaatenurka hindadele

Meie hinnangul on kulumudeli ülesehitusest parema arusaamise loomiseks vaja mõista järgnevat kolme lähenemist teenuse hindadele üldisemalt:

- Tegelikkuusele vastav haiglate täiskulu ehk **teenuse täisomahind** (nn „**Tegelik hind**“);
- Teenuste **optimaalne kulutase** (nn „**Standardhind**“);
- Parim jätkusuutlik tervishoiupoliitika ehk kaalutletud alustel modifitseeritud teenuste **tegelik finantseerimishind** (nt „**Piirhind**“).

Tänane Haigekassa kulumetoodika kirjendab ära optimaalse kulutaseme (**standardhind**) ning eraldi (ajalooliste) kokkulepete alusel on osadele teenustele määratud optimaalsest kulutasemest erinev tegelik finantseerimishind (**piirhind**). Samas ei ole täna süsteemis ülevaadet haiglate tegelikest teenuste omahinnadest, kuna haiglad ei ole juurutanud kuluarvestussüsteeme ning on teenuse omahinna määramisel ning sisemisel analüüsil tuginenud pelgalt Haigekassa kulumudeli hindadel. Seetõttu puudub täna haigla juhtkondadel ülevaade, kui palju tegelikult mingi teenuse osutamine igal haiglal eraldiseisvalt ressursikulu kaasa toob ning millised oleks selle konkreetse haigla puhul realistlikud optimeerimise valdkonnad.

Rõhutame veelkord, et hinnametoodika paneb paika õiglasel alusel ressursside jaotamisel teenusepakkujate vahel ning saadud eelarve piires haiglate optimaalse majandamise küsimused, otsustuspädevus ning –vastutus lasub haiglatel. Juhul kui haiglatel puudub ülevaade nende tegelikest ressursikasutustest (st teenuse täisomahinnast), on organisatsiooni optimaalne juhtimine oluliselt raskendatud ning investeeringu- või ressursikulu jaotamise otsused võivad tugineda valedele alustele.

Tähelepanekud

Hinnamudeli eesmärk 2/4

Tegeliku hinna puhul oleks tegemist standardse tegevuspõhise kuluarvestusega ehk teenuste omahindade tuvastamisega iga haigla enda tegelike kulude baasil.

Vastava juhtimisinfo kogumine ja analüüs peaks olema iga haigla vastutusallas, kuna saadav informatsioon on ärikriitiliseks sisendiks teenuste ümberkorraldustel ning ressursijaotusel. Kui haiglad hakkaksid arvestama teenuste täisomahindu ühtlase arvestusmetoodika alusel vastavalt nende tegelikule kulubaasile, annaks see võimaluse haiglate vahel teenuste omahindu võrrelda. Sellel on omakorda kaks väga positiivset mõju:

- a) Igal haiglal tekib võimalus tuvastada oma sisemisi ebaefektiivsusi (nii ressursside kulutaseme kui ka ressursi mahtude osas) ning fokuseeritult õppida teiste haiglate parimatest praktikatest;
- b) Haiglate ja Haigekassa vahel tekib läbipaistev ning argumenteeritud diskussioon optimaalsete standardhindade kehtestamisel (lisaks teenuste täisomahinnale kogutakse infot ka ressursside tegelike maksumuse osas).

Rõhutame, et teenuste täisomahinna leidmisel ei tohiks Haigekassa poolt finantseeritavatele teenustele jaotada neid haiglate ressursside maksumusi, mida ei kasutata Haigekassa teenuste osutamiseks (tasuliste teenuste osutamine, ravimiuuringud jms). Haiglate kogukuludest Haigekassa teenuste osutamiseks vajalike kulude eraldamiseks võivad haiglad vajadusel kasutada lihtsustatud meetodeid (nt proportsiooniarvestus).

Standardhinna näol oleks tegemist nõ optimaalse hinnaga, mida Haigekassa teenuste eest tasub. Optimaalse hinna määramisel on oluline roll tegelike ressursi maksumuste analüüsi tulemustel, mille tulemil seatakse teatud ressursside hindadele optimaalsed kulutasemed (nt lisavahendite maksumus) või korrigeeritakse erandjuhul ka erialaliitude poolt hinnatud ressursi mahtusid (nt arsti minutid) – motiveerimaks haiglaid tegutsemaks efektiivsemalt.

Juhime tähelepanu asjaolule, et ressursside optimaalne hinnatase võib olla nii tegelikust täiskulust madalam kui (kohati) ka kõrgem.



Tähelepanekud

Hinnamudeli eesmärk 3/4

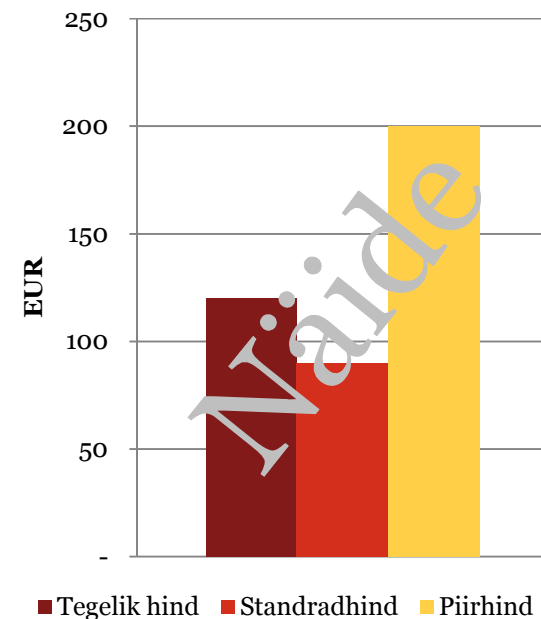
Piirhinna puhul oleks tegu tervishoiupoliitika kujundamisega finantseerimise kaudu – see annaks võimaluse rahaliste motivaatorite abil soodustada või pärssida teatud teenuste osutamist haiglates. Rõhutame, et piirhind ei tohiks olla poliitiline vahend haiglate rahastamist muuta – piirhinna ainus eesmärk oleks soodustada üksikute efektiivsemate ravimeetodite või ennetustegevuste laiemat kasutust. Sel juhul ei oleks näiteks lihtsa ennetusprotseduuri maksumus pelgalt optimaalse kulu põhine, vaid see tasustataks raviasutusele kõrgemalt. See tooks kaasa vastava protseduuride arvu suurendamist ning seega vähendaks riski hilisemaks kalliks raviks. Hinna määramine toimuks teenuste kaupa ning manuaalselt ning vajadus automatiseeritud IT süsteemi järele puudub, kuna meie hinnangul ei tohiks tervishoiupoliitilistel eesmärkidel modifitseeritavate teenuste hindade hulk olla suur ning peaks piirduma vaid üksikute tõendus põhiste teenustega (nt e-konsultatsioonid, koduõendus vms) – mitte mingil juhul ei tohiks piirhinna kontseptsiooni kasutada voodipäeva minutite, vastuvõtu aja jms. rahastamise korrigeerimiseks.

Kõigil teenustel, mida ei ole vaja tervishoiupoliitiliselt soosida või piirata, oleks standardhind võrdne piirhinnaga ning finantseerimine toimuks jätkuvalt piirhindade põhisel.

Kõrvaloleval joonisel on illustratiivne näide, kuidas hinnatasemed ühe tegevuse/teenuse lõikes võiksid varieeruda nt teatud ennetustegevuse lõikes:

- Tegelik hind** oleks seega tegevuse/teenuse tegelik täiskulu ehk referentshaiglate poolt välja arvatatud (keskmine) täisomahind;
- Standardhind** oleks hinnatase, kus ebaratsionaalselt kõrgetele kuludele on seatud hinnapiirid;
- Piirhind** oleks hinnatase efektiivsemat kogukulu pakkuva (nt ennetustegevust soosiva) tervishoiupoliitika suhtes.

Sisuliselt on tänases kulumetoodikas olemas nii standardhinna kui piirhinna funktsionaalsus, kuid puudub täpne ülevaade haiglate tegelikest ressursimaksumustest ning sellest tulenevast tegelikust täisomahinnast. Ilma selleta on aga optimaalse kulutaseme määramine ning hilisem põhjendamine oluliselt raskendatud.



Allikas: PwC

Tähelepanekud

Hinnamudeli eesmärk 4/4

Haigekassa hinnamudeli koostamisel lähtuti järgmistest aluspõhimõtetest:

- Hinnamudel tagab Haigekassa kehtestatud hindade **läbipaistvuse ja põhjendatuse**;
- Eriarstiabi finantseerimisvajadus määratletakse tulenevalt teenuste mahust ja nende osutamiseks **vajalikest** kuludest;
- Mudeli abil on võimalik hoida kogu tervishoiuteenuste loetelu **korrektsena**.

Rõhutame, et kui hinnamudeli esmane eesmärk on tervishoiukulude optimaalse taseme selgitamine, siis mudeli väljund peaks olema õiglane optimaalne tase (mitte minimaalne võimalik tase).

Leiame, et täna kasutusel olev hinnakujundusmetoodika ning hinnamudeli kuju **ei taga parimal võimalikul moel kulude põhjendatust ega läbipaistvust**. Sellest tulenevalt soovitamegi optimaalse hinnataseme väljaselgitamiseks esmalt välja selgitada/kaardistada eriarstiabi tegelikud kulud (haiglate sisemine juhtimisinfo) ning selle baasilt liikuda edasi optimaalsete kulude määramisele. Optimaalsete tasemete määramiseks kasutatakse üldjuhul võrdlusanalüüsi meetodeid (*benchmarking*). Näideteks võiksid olla nii referentshaiglate ressursikulude ja -mahtude omavaheline võrdlus kui ka võrdlus välisriikide tervishoiu kulutasemete või -struktuuridega (nt välisriigis kehtestatud teenuste hinnakirjade proportsioonidega või kuluartiklite omavaheliste proportsioonidega) – kuigi siinkohal tuleb teadvustada, et enamikes riikides on osad kulud finantseeritud erinevatest allikatest, mistõttu ei pruugi andmed tihti olla täielikud ega võrreldavad.



Allikas: PwC

Tähelepanekud

Hinnamudeli üldised kitsaskohad 1/3

Kuigi täna kasutuses olev hinnakujundus- ja finantseerimismetoodika on oma ülesehituselt ratsionaalne, suhteliselt täpne ning äärmiselt efektiivne, sisaldab see ka teatavaid parenduskohti. Töö käigus üles kerkinud üldised tähelepanekud oleme esitanud järgnevalt.

Süsteem ei pruugi katta kulusid optimaalsel tasemel, kuna puudub struktureeritud mehhanism mudelis kasutatavate optimaalsete sisendhindade määramiseks

Kulude katmise analüüsi käigus oleme tuvastanud, et hinnamudeli poolt finantseeritavad kulud võrreldes haiglate tegelike kuludega on kohati oluliselt erinevad. Kuna täna puudub Haigekassal täpne ülevaade, millest märkimisväärsed erinevused tulenevad, siis **on reaalne oht, et tänases hinnamudelis ei pruugi olla kõik kulud optimaalselt määratletud.**

Kui hinnamudel ei kirjelda kulutusi optimaalselt, ei finantseerita õiglaselt ka haiglate kulutusi ning see hakkab tervishoiu turgu osaliselt moonutama. See omakorda loob lisaprobleeme riiklikule tervishoiusüsteemile (nt kasumlikud tervishoiuteenused liiguvad erasektorisse ja kahjumilikud jäävad riigile) ning tekitab ebatervet konkurentsi ka haiglate ning erialade vahel. Hinnakujundusmetoodika pikaajaseks ning elujõuliseks toimimiseks on oluline, et kulud oleksid kirjeldatud optimaalselt ning et need optimaalsed hinnad oleksid läbipaistvatel alustel määratletud ning ka turuosalistele põhjendatavad.

Optimaalse taseme määramiseks ning põhjendatavuse tagamiseks on meie hinnangul kriitilise tähtsusega, et haiglad hakkaksid ühtsetel alustel oma tegelikke kulusid raporteerima ning neist tulenevaid tegelikke täiskulu baasilt leitud omahindu arvestama ning raporteerima.

Piirhindade süsteemi kasutus ei ole eesmärgipärane

Täna on Haigekassas kasutusel süsteem, kus läbi hinnamudeli arvutatakse kõikidele Haigekassa poolt rahastatavatele tegevustele/teenustele mudelipõhine nn standardhind. Siinjuures on olemas ka nn piirhind, mille põhjal koostatakse tegelik hinnakiri ning mille alusel tasustatakse tervishoiuasutustele tehtavaid kulutusi. Standardhind ja piirhind on samad ligikaudu 2/3 teenuste ulatuses, ning 1/3 teenustel on standardhinna ja piirhinna vahel erinevused. Need on tingitud peamiselt ajaloolistest põhjustest, kus piirhind on fikseeritud kunagisel standardhinna tasemel – samas puudub Haigekassal ülevaade, kas nimetatud hinnafikseeringud on täna jätkuvalt õigustatud. Leiame, et **antud ajaloolised erinevused tegeliku kulu ja makstava tasu vahel tuleks kõrvaldada** ning tuleks kaaluda üleminekut eelnevalt kirjeldatud kolmetasandilise hinna põhimõttele, kus piirhind erineks standardhinnast vaid pikaajaliste tervishoiupoliitiliste eesmärkide saavutamiseks, kasutades haiglate käitumispraktikate mõjutamiseks rahalist motivaatorit.

Tähelepanekud

Hinnamudeli üldised kitsaskohad 2/3

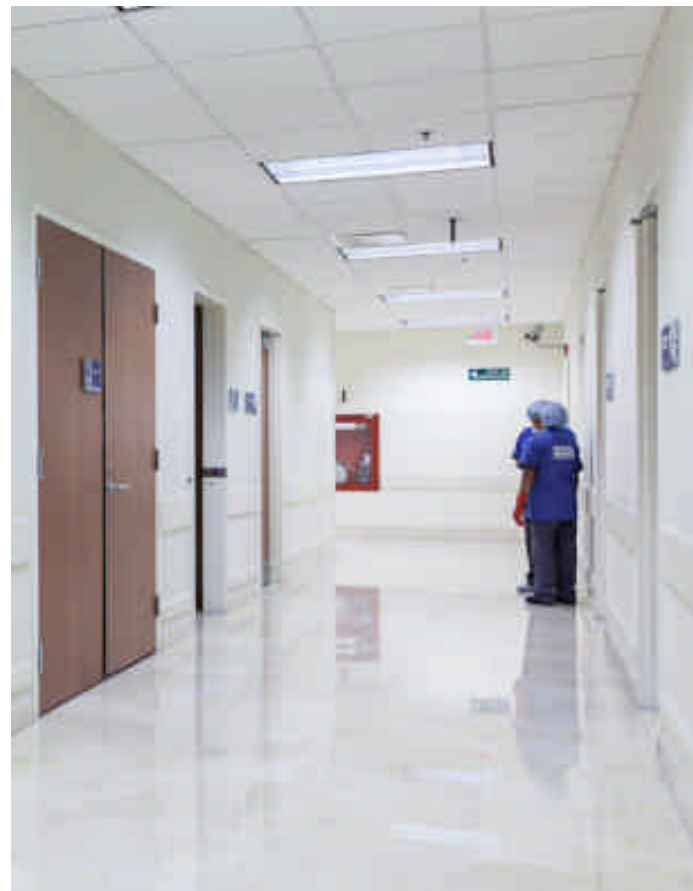
Hinnamudel ei ole läbipaistev

Töö käigus oleme tuvastanud, et tervishoiuteenuste osutajate silmis on optimaalse kulutaseme määramisel kõige olulisem kriteerium Haigekassa eelarvepiirang. On selge, et riik ei saa üle oma võimete kulutada, kuid eelarve ei tohiks kindlasti olla ainus argument mudeli sisendite hinnataseme määramisel. Sellest tulenevalt rõhutame taaskord vajalikkust sisemise võrdlusanalüüsi järele, põhistamaks optimaalsete sisendhindade tasemete seadmist.

Hetkel muudetakse mudeli parameetreid erinevatel tasanditel - kohati modifitseeritakse ressursi ühikukulu hinda, kohati ressursi ajalist või koguselist mahtu ning kohati ka lõppväljundit. Näideteks erinevatel tasanditel toimuvatest muutmistest on:

- a) **Ressursi hind:** palgasisendid on määratletud kasutades miinimumtunnitasusid ning korrigeerivaid koefitsiente;
- b) **Ressursi maht:** hiljutistel hinnaläbirääkimistel muudeti kindlaksmääratud vastuvõtuaaja kestvuseid, samas kui tegelik optimaalne aeg ei pruugi sellega ühtida;
- c) **Lõppväljund:** tegelikku finantseerimist korrigeeritakse lõpuks ka läbi standardhinnast erinevate (ajalooliste) piirhindade.

Samas puudub Haigekassal täna põhjendatud argumentatsioon tõestamaks, et nimetatud korrigeeringud on optimaalsemad kui tänane tegelik täiskulu. Sellest tulenevalt on ka mudeli läbipaistvus pärsitud ning läbirääkimised tervishoiuteenuste osutajatega raskendatud. Meie soovitus on läbipaistvuse suurendamiseks viia hindade kohandus etapi viisiliseks (standard- ja piirhinna tase) ning alustada optimaalse hinnataseme hindamiseks koguma struktureeritud infot haiglate ressursi kulu ja kasutuse kohta (vt ka alapunkti „Hinnamudeli eesmärk“).



Tähelepanekud

Hinnamudeli üldised kitsaskohad 3/3

Hinnamudel ei kirjelda täielikult Haigekassa teenuste osutamiseks vajalikke kulutusi

Analüüsi käigus on selgunud, et Haigekassa hinnamudel ei sisalda täielikult kõiki haiglate poolt tehtavaid vältimatuid kulutusi. Näiteks on kulumudelil tänapäeval hetkel väljas osade haiglate kinnitusega Haigekassa teenuste osutamiseks vältimatud valveringid. Teatud valveringide mittetasustamine on haiglate hinnangul tingitud ebakohasest Sotsiaalministri määrusest, mis vajaks ministeeriumi poolt ajakohastamist.

Täiendavalt ei kirjelda hinnamudeli eraldi identifitseeritava kuluobjektina kõiki haiglate poolt tehtavaid vältimatuid kulutusi – näiteks on võimalik, et haiglaapteegi (ei teeni välist käivet, vaid on haigla toetav funktsioon) ressursikulu hüvituse on täna „peidetud“ ravimite ning materjalide hinnakomponendi sisse, kuna vastav kulukomponent on hüvitatud kõrgemas määras kui tegelikud kulud. Vältimaks hinnaläbirääkimistel tekkivaid üksteise mittemõistmisi, tasuks teostada analüüs, kui suure osa moodustab apteegiteenuse ülalpidamine haiglates ravimite ja materjalide kogumaksumusest. Saadud proportsioon tuleks ravimite ja materjalide koguhinnast eraldada apteegiteenuse ressursside katmiseks.

Samuti oleme tuvastanud, et teatud teenuste osutamisel ja patsientide osakondade vahel liikumisel ilmneb olukordi, kus vastavalt hinnamudelile on teatud tegevustega kaasnev vältimatu kulu kas arvestamata või eraldi raskesti identifitseeritav. Peamised probleemkohad ilmnesid EMO puhul, mis ei ole täna eraldi erialana defineeritud, ning EMOs teostatud protseduurides (triaaz, anamnees, uuringud jms). Antud protseduuride eest saadud tasu võib kajastada haiglates osaliselt põhierialade tulus, samuti ei ole EMO spetsiifiliste teenuste eraldi teenusekoode, mis võib tekitada mulje mitte rahastamisest, kuigi ressursside kulu on kaudselt teiste teenuste kaudu kas osaliselt või täielikult kaetud. Eksisteerib mitmeid olukordi, kus EMO spetsiifikast tulenevalt ei rahulda see osapoolte vajadusi. Näideteks oleks:

- a) Patsiendile, kes liigub EMO-st edasi statsionaari, ei arvestata kõiki EMO-s tehtud kulutusi – näiteks arsti /õe vastuvõtukulu (mida voodipäevatasu ei pruugi katta);
- b) Arsti/õe kulud (jälgimisaeg, anamnees jt) võivad EMO-s oluliselt erineda ambulatoorsete teenuste omast (EMO juhtumid tasustatakse täna esmase eriarsti visiidi hinnakirja järgi, mis sisaldab 25 minutit personali aega). Osade erialade puhul on EMOs kuluv aeg sellest oluliselt erinev (nt trauma juhtumid kaardistatakse EMOs oluliselt kiiremini või kui patsient pannakse täiendava jälgimise alla, siis läheb oluliselt kauem aega), mistõttu tekivad suured probleemid vastava eriala teenuste kuluva keskmise aja määramisel (hõiveanalüüsid lähevad paigast ära), mis omakorda moonutab tunduvalt kogu eriala teenuste hinnakirja.

Soovitame Haigekassal **antud olukorrad täpsemalt kaardistada ning kaaluda võimalust EMO põhiliste teenuste eraldiseisvaks kaardistamiseks hinnamudelis** – see võimaldaks vältida vaidlusi, kas kõik EMO teenused on tasustatud või kas EMO pinnad on ikka sama ehitusmaksumusega kui muu haigla pinnad ning täiendavalt elimineeriks moonutused mitmete erialade hõiveanalüüsid (kuna ajakasutus EMOs erineb tavalisest vastuvõtuajast).

Tähelepanekud

Hinnakujundusmetoodika tegevuste ja ressursikulude seotuse optimaalsus

Tänane olukord:

Tänase Haigekassa tegevuspõhise hinnakujundusmetoodika järgi koosnevad teenused põhitegevustest, mis on meditsiinilise iseloomuga ja tugiteenustest, mis on toetava iseloomuga ning materjalidest. Põhitegevused on seotud otseselt tervishoiuteenuste patsiendile osutamisega ja nende läbiviimiseks kasutatavate tervishoiu põhiressurssidega (nt meditsiinipersonal). Tugitegevused (nt koristamine) toetavad põhitegevusi. Materjale kasutatakse põhitegevuste osutamiseks. Iga eriala raames leitakse erialaspetsiifilised ressursid, millele kirjeldatakse kulu kas läbi kulukontode või teisestest ressursidest. Väheolulisi ressursse kirjeldatakse komplektidena või koondressurssidena.

Meie hinnangul on **metoodika tänasel kujul optimaalselt üles ehitatud** ning järgib kõigis olulistest osades tegevuspõhise kuluarvestuse põhimõtteid. Ühe parendusettepanekuna tooksime aga esile erialade vahel oluliselt varieeruva ressurside kirjendamise detailsusastme. Oleme tuvastanud, et teatud erialade puhul kaardistatakse ressursikulud üldiselt, kuid samas teatud ressurside kirjeldamisel ollakse jällegi väga detailsed (nt on mudelis eraldi ressursidena kirjendatud ja hinnatud ebaolulise rahalise mahuga väikevahendid).

Kitsaskohad:

Olukorras, kus ressursid ja tegevused erinevate erialade vahel ei ole võrdsel tasandil kirjeldatud, võib see tekitada mittetaotluslikke sisulisi erinevusi erinevate erialade hinnatasemetes. Antud probleem võib esile kerkida just juhtudel, kus teatud mudeli muutujaid/sisendeid kaasajastamiseks üle erialade muudetakse. Kui kirjeldatuse tase on olnud ebahühtlane, võivad sisendparameetrite muudatused terviklikule hinnakujundusele erinevate erialade lõikes omada ebavõrdset mõju.

Ressursside kirjeldamine erineva detailsusastmega loob täiendavat administratiivset lisatööd ka Eesti Haigekassale endale.

Järeldused/soovitused:

Üldine hinnakujunduse metoodika ning ressurside sidumise loogika on meie arvates mõistlik. Lihtsuse ja süsteemi huvides on otstarbekas osad sarnased ressursid liikide lõikes koondada, see võimaldaks Haigekassal vähem kuluressursse kirjendada ilma olulise läbipaistvuskao.

Kuigi erandjuhtudel võib erialade spetsiifikast tulenevalt olla vajalik varieerida kirjelduste detailsuse taset, soovime Haigekassal võtta vastu ja kooskõlastada erinevate osapooltega metoodika, millise detailsuse tasandini üldjuhul erialade kirjendamisel minnakse ning millised vähemolulised ressursid summeeritakse kokku (nt reale „Muud ressursid“).

Tähelepanekud

Hinnamudeli ja tegelike kulude erinevus 1/2

Ülevaade:

Oleme teostanud hinnamudeli ja tegelike kogukulude võrdluse viie referentshaigla (PERH, TÜK, ITK, Pärnu, Rakvere) baasil 2012. aasta andmetel, kus võrdlesime Haigekassa poolt rahastatavate kulude mahtu haiglate poolt raporteeritud tegelike täiskulude mahuga erinevate kululiikide lõikes.

Juhime tähelepanu asjaolule, et lisaks erinevusele 5 haigla kogukulude ning Haigekassa poolt finantseeritava te kulude vahel, on märkimisväärsed varieeruvused ka haiglate vahel. Näiteks operatsiooni lisavahendid on ühel haiglal 33% ulatuses vähem rahastatud kui tegelik kulu, samas kui teist haiglat rahastatakse 62% võrra rohkem kui tegelik kulu on – samas kulumetoodika on ühine ning teenuse hinna d haiglatele võrdsed. See indikeerib täiendavalt olulist vajadust haiglate sisemise kuluarvestuse arendamiseks, et tuvastada sisemisi ebaefektiivsuseid.

Kirjeldus	Erinevus (EUR)	Erinevus tegelikest kuludest (%)	Erinevuste varieeruvus haiglate kaupa (%)
Suurimad alarahastatud kulud*			
Tööjõukulud	-15 644 072	-12%	-25% kuni +11%
Varade ja kuluinventari hooldus ja remont	-10 780 989	-69%	-83% kuni -43%
Kinnistute, hoonete ja ruumide ülalpidamine	-6 785 576	-59%	-60% kuni -51%
Suurimad ülerahastatud kulud*			
Materjalid	21 532 931	49%	+21% kuni +71%
Kulum ja allahindlus	11 325 491	41%	+25% kuni +91%
Operatsiooni lisavahendid	3 739 984	22%	-33% kuni +62%

*Tabelis esitatud info võib olla ebatäpne, sest hetkel puudub üheselt mõistetav süsteem andmete kogumiseks ning puuduvad kontrollmehhanismid andmekvaliteedi tagamiseks.

Tähelepanekud

Hinnamudeli ja tegelike kulude erinevus 2/2

Tuvastatud tähelepanekud:

Töö ja analüüsi käigus oleme tuvastanud, et suurima erinevusega hinnamudeli ja tegelike täiskulude vahel on **tööjõukulud** ja **materjalikulud**. Tööjõukulud on küll kaetud tegelikkusega võrreldes **ca 12%** väiksemal määral, kuid rahaliselt on tegemist olulise summaga. Materjale finantseeritakse tänase Haigekassa hinnamudeli järgi haiglate tegelikest kogukuludest rohkem **ca 49%** ulatuses. Kuna optimaalse hinnataseme seadmine on täna muu hulgas ka eelarvepiirangutest tingitud ning puudub täielik ülevaade haiglate tegelikest ühtsetel põhimõtetel koondatud ressursiandmetest (millest moodustuvad optimaalsed hinnad) ja teenuste täisomahinnast (mis võimaldaks tekitada sisulisemat diskussiooni optimaalse hinna ja teenuste omahinna erinevuste puhul), siis ei ole võimalik hinnata, kas need hinnavahed on asjakohased (st optimaalne kulu peabki olema tegelikust erinev) või mitte.

Täiendavalt rõhutame, et töövõtu käigus jäi ebaselgeks, kas ja kui täpselt on haiglate poolt esitatud andmete baasilt võimalik võrdlusesse kaasata haiglate muid osutatavaid teenuseid (tasulised teenused, ravimiuuringud jms) – kuna haiglate tegelikud kulud sisaldavad ka Haigekassa poolt mittehüvitatavate teenuste jaoks vajalike ressursside kulusid, siis ei saa Lisa 12 võrrelda vaid haigekassa poolt hüvitatud teenuste jaoks tehtud kulude mahuga ning sel juhul ei tohikski kulud sarnased olla.

Kui ei suudeta pikaajaliselt tagada optimaalset hinnakujundust, tekib süsteemi mitmeid olulisi riske:

- a) kasumlikud valdkonnad võivad liikuda erasektori kätte** (vaatamata mitmete kontroll- ning kaitsemehhanismidele, nt haigekassa lepingupartnerite valiku protsessi ülesehitus). Näiteks on erasektor osaliselt juba sellest mõjutatult hakanud pakkuma eriarsti vastuvõtte ning osaliselt ka laboriteenust (mis mõjutab mahuefekti languse läbi ka haiglate laborite efektiivsust). Selle tulemusel ei pruugi suuta üldhaiglad enam katta kahjumlikke valdkondi, mis toob kaasa tõsiseid probleeme riiklikule tervishoiusüsteemile.
- b) haiglate vahel võib tekkida ebaterve konkurents**. Näiteks on haiglate info kohaselt eksisteerinud juhtumeid, kus kahjumliku teenuse puhul suunatakse patsient teise haiglasse ning kohapeal teostatakse vaid teatud tüüpi kasumlikumaid protseduure.
- c) arstid võivad olla mõjutatud kõige mõistlikuma raviskeemi määramisel**. Näiteks on oht, et kõrge kasumimarginaaliga uuringuid tehakse ka patsientidele, kelle puhul ei ole see ilmtingimata vajalik.

Tõenäoliselt on kirjeldatud probleemide tagasi pööramine oluliselt kulukam, kui selle olukorra kujunemise vältimine – seetõttu on oluline, et Haigekassa leiaks võimalused mudeli üle- ja alarahastatud valdkonnad omavahel tasakaalu viia ning analüüsida, kas suurimate erinevustega valdkondades tänane hinnamudel siiski kirjeldab optimaalset kulu või tuleks seal teha vastavad korrektuurid.

Tähelepanekud

Hinnamudeli potentsiaalne dünaamika

Tänane olukord

Hinnamudelis puuduvad muutujad, mis korrigeeriksid tegevuste maksumust erinevatel perioodidel automaatselt. Siinjuures tuleb rõhutada, et tänane Haigekassa võimekus ja erialade tahe on täismahus uuendada ca 2-3 eriala hinnakirja aastas, mistõttu osade erialade puhul toimub kaardistamine lausa enam kui kümneaastase intervalliga. Uute hinnakirjade arvutamisel ning valideerimisel võetakse mitmete kulude osas aluseks 1-2 aasta tagused sisendandmed. Neid andmeid ei korrigeerita aga tänastesse hindadesse, mis veelgi vähendab kulumudeli ajakohasust.

Kitsaskohad:

Tänane olukord, kus sisendite uuendamine on paratamatult võrdlemisi suure viivitusega, on tõenäoliselt üheks põhjuseks, miks hinnamudel tänasel hetkel niivõrd tugevalt kallutatud on (vaata ka alapunkti „Hinnamudeli ja tegelike kulude erinevus“). Seega ei pruugi kasutusel olev hinnamudel enam kirjeldada optimaalset hinda.

Juhul kui hinnamudelit uuendatakse pikkade ajavahemike järel, viib see omakorda ka järskude hinnamuutusteni. Suured lühiajalised muutused raskendavad aga oluliselt planeerimisvõimekust ja eelarvestamist nii Haigekassal endal kui ka raviasutustel ning teisalt vähendavad haiglate soovi hinnakirjauuenduse protsessi alustamiseks.

Järeldused/soovitused:

Hinnamudel tänasel kujul on mõnevõrra jäik ja hinnainfo selles kohati aegunud. Kajastamiseks raviasutuste tegelikku optimaalset kulubaasi, soovitame kõigepealt haiglatelt hankida tegelikud ühtsetel alustel esitatud ressurside kuluandmed, mille baasilt leitakse optimaalne hind ning seejärel kaaluda mudelisse järgmiste automaatsete muutujate sisseviimist:

- Korrigeerida iga-aastaselt **THI**-ga kommunaal-, transpordi- ja muid sarnaseid kulusid;
- Korrigeerida iga-aastaselt hoonete ehitushinna komponenti **ehitushinnaindeksiga** (vt ka „Pindade suuruste ja kulutuste kajastamine“).

Kaasajastatud optimaalset hinda saab jooksvalt võrrelda teenuste omahindadega haiglates ning vajadusel teha veel täiendavaid korrekture.

Täiendavalt soovitame analüüsida üle erialade, kas teatud sisendparameetreid on võimalik siduda rohkem kui vaid ühe kindla erialaga (nt laiemalt levinud seadmed). Sellisel juhul oleks **sisendparameetri muutumisel mõju üle terve hinnamudeli**, samuti väheneks ka erialade kirjeldamise maht ning uuendamise sageduse vajadus.

Rõhutame samas, et kuigi dünaamika lisamise mudelisse vähendab vajadust iga-aastase täismahus erialade hinnakirjade muutmise järele, ei saa see nimetatud protsessi asendada (kuna lisaks hinnale muutuvad ajas ka teenuse osutamise protsess ja ressursikasutus).

Täiendavalt on automaatsete muutujate puhul oht, et mudelisse sissekirjutatud hinnakorrektsioon võib ühel hetkel osutada riigi ressursse ning tulubaasi arvestades kättesaamatuks (nt majanduskriisi situatsioon).

Täiendavalt soovitame finantseerimise aluseks olevate standard- ja piirhindade määramisel kaaluda võimalust võtta aluseks põhimõtte, et hindu ei muudeta erinevate aastate vahel ühe eriala lõikes keskmiselt korraga rohkem **kui teatud protsentuaalse piirmäära ulatuses**. Juhul kui arvutuslik hinnamuutus oleks nt 30%, siis toimuks hinnakirja muutus järjest mõne aasta jooksul. See annaks finantseeritavatele parema kindluse tuleviku suhtes, lihtsustaks pika-ajalist eelarveplaneerimist ning julgustaks haiglaid aktiivsemalt hinnakirju uuendada.

Tähelepanekud

Meditsiinipersonali kulude diferentseerimine piirhindades 1/2

Tänane olukord

Tänases hinnakujundusmudelil on meditsiinipersonali kulud diferentseeritud viie personali liigi lõikes: arst, õde, hoolduspersonal, kõrgharidusega spetsialist ja keskharidusega spetsialist. Kõikidele personaliliikidele on sotsiaalministri määrusega määratud keskmised brutopalgad eriarstiabis, mille põhjal arvutatakse ühikuhinnad iga teenuse osutamiseks.

Kitsaskohad

Meditsiinipersonali kulusid ei diferentseerita tänases mudelis ei erialade ega kogemuse suhtes. Kuigi üldjoontes ollakse antud süsteemiga rahul, oleme tuvastanud turuosapoolt kohatist soovi ning vajadust täiendavaks diferentseerimiseks.

Võimalikud alternatiivid

Turu osapooltelt laekunud informatsiooni alusel on olemas kolm peamist erinevat lähenemist meditsiinipersonali kulude võimalikuks täiendavaks diferentseerimiseks:

- diferentseerida arstide palgakulud **staaži/kogemuse** alusel;
- diferentseerida palgakulud **erialade** kaupa;
- diferentseerida palgakulud **funktsiooni** kaupa.

Esimese variandi puhul on tausteeldus see, et keerulisemate meditsiinitoimingute teostamiseks läheb niikuinii tarvis suuremate kogemustega arsti, kes siis vastavalt nõuab ka suuremat töötasu. Kulu-koefitsientide jaotamine saaks teoreetiliselt toimida vastavalt staažiblokkidele (nt 1-5 aastat; 5-10 aastat; üle 10 aastat). Täpsemaks rakendamiseks tuleks koostada eraldi analüüs, kuid ilmselt ei ole muudatusest saadav täpsusastme võit tasakaalus selleks vajamineva ressursikuluga (kuna muudatuse elluviimiseks oleks vaja täismahus kõigi erialade kõigi arsti ressursi kasutavate protseduuride puhul määrata vastavad blokid).

Teise variandi puhul tuleks diferentseerida arstide palgakulud erinevate erialade lõikes. Haiglatelt saadud informatsiooni alusel erinevad teatud erialade puhul arstide töötasud lausa mitmekordselt ning ühetaolist tööjõukulu ei saa käsitleda optimaalsena.

Kolmanda variandi puhul tuleks diferentseerida arstide palgakulud ainult kirurgiliste/mittekirurgiliste erialade vahel (valveringid, enesevigastuse oht jms) ning õdede puhul n-õ üldõdede ja operatsiooni-/eriõdede lõikes (juhul kui tervishoiuteenuse eripärast tulenevalt on protseduuri jaoks tarvis spetsiifiliste oskuste ning ettevalmistusega eriõde). Haiglatelt saadud informatsiooni alusel on õdede puhul üsna selge palgaerinevus ca 15% ulatuses eriõdede kasuks.

Diferentseerimise rakendatavuse peamiseks eelduseks on vastava detailsusega usaldusväärsete alusandmete olemasolu (nt erialade või erinevate õdede gruppide vahelised palgataseme erinevused).

Rõhutame samas asjaolu, et optimaalse standardhinna määramisel ei soovita me erialade kaupa diferentseerimist sisse viia, kuna see võib viia meditsiini valdkonna olulisele kallutatusele ja tekitada olulisi sisepingeid – seda vaatamata asjaolule, et teatud erialade puhul on ressurss väga erineva hinnaga ning haiglatel ei ole realistlikult võimalik ühtse optimaalse hinnatasemega vastavat personali palgata.

Tähelepanekud

Meditsiinipersonali kulude diferentseerimine piirhindades 2/2

Järeldused/soovitused:

Soovitame kulumudelisse lisada täiendav eriõdede kategooria ning täiendavalt analüüsida muude diferentseerimise võimaluste vajalikkust, rakendatavust ning võimalikku mõju.

Spetsialistide osas rõhutame, et nende palgakulu mõju terviklikult süsteemile on ebaolulise mõjuga ning turuosalisel ei pea täiendavat diferentseerimist vajalikuks, kuid mudeli täpsema ja optimaalsema taseme tuvastamiseks võib soovi korral teostada alljärgnevat:

- a) üheselt defineerida personaliliikide kategooriad (klassifitseerimises esineb ebakõla). Näiteks ei ole haiglatel tänasel hetkel üheselt arusaadav kas psühholoog on arst või kõrgharidusega spetsialist.
- b) läbi viia palgauuring spetsialistide tegeliku/optimaalse palgataseme teadasaamiseks.

Meditsiinipersonali kulude diferentseerimisest Euroopa Liidu riikides:

Vastavalt kliendi soovidele oleme hankinud praktikate ülevaateid teistest Euroopa Liidu riikidest. PwC võrgustiku kaudu konsulteerisime eriala ekspertidega Poolast ja Ühendkuningriigist. Järgnevalt toome välja vastavate riikide praktikate näited.

Poola:

Poolas sõltub erinevate erialade rahastamine suhteliselt tugevalt erialade lobitöö tulemustest. Kuigi otseselt meditsiinipersonali kulude diferentseerimist erinevate erialade vahel ei toimu, on kaudselt diferentseerimine siiski olemas tulenevalt erinevast erialapõhisest finantseerimisest ning erialade erinevast läbirääkimisvõimekusest. Seega otseselt ei diferentseerita kulusid erinevate erialade lõikes, küll on olemas diferentseerimine näiteks hooldus-, õendus- ja arstipersonali vahel.

Ühendkuningriigid:

Ühendkuningriikides ei diferentseerita samuti kulutusi erinevate erialade vahel. Küll aga toimub antud kulutuste kaudne diferentseerimine piirkondlike või muude koefitsientide/kohanduste alusel (vaata ka alapunkti: „Koeffitsientide/Kohanduste rakendamine“). Näiteks rakenduvad Londoni suurhaiglate poolt osutatud teenustele ühed koefitsiendid ja äärealade väikehaiglatele teised koefitsiendid. Kaudselt avaldab see mõju ka meditsiinipersonali kulude katmisele.

Tähelepanekud

Personali tööjõukulude kajastamine mudelis 1/2

Tänane olukord:

Töö käigus oleme tuvastanud, et Haigekassa hinnamudelis täna kasutatav sisendinfo, mille alusel arvutatakse erinevate personaliliikide tööjõukulu, ei vasta tegelikule olukorrale ning hetkel puudub põhjendatud argumentatsioon kulu optimaalsuse tõestamiseks. Siinkohal toome välja mõned olulisemad näitajad:

- Mudelis kasutatav tunnihind ei pruugi vastata optimaalsele tegelikule keskmisele tunnihinnale erinevate personaliliikide lõikes, kuid samas sidudes hinnamudeli palgakulu reaalse palgakuluga võib see tekitada tööjõukulude liiga kiiret kunstlikku tõusu;
- Optimaalse tööaja arvestus (utilisatsioon) hinnamudelis ei pruugi haiglate hinnangul olla vastavuses tegeliku ajaajautusega meditsiiniastutustes.

Kitsaskohad:

Olukorras, kus finantseerimismudeli sisendid ei pruugi vastata optimaalsele tasemele on oht, et turul tekivad moonutused. Haigekassa poolt kaetavate hinnamudeli kulude ja tegelike kulude võrdluses oleme tuvastanud (vaata ka „Hinnamudeli ja tegelike kulude erinevus“), et hinnamudeli personalikulud on oluliselt erinevad tegelikest kuludest, mis on esialgseks indikatsiooniks, et kulutase ei pruugi olla optimaalselt määratud. Kuna antud võrdluse tulemusel tuvastati ka mitmeid kulugruppe, kus haigekassa mudel hüvitab haiglatele rohkem kui on tegelik kulubaas, siis on alust arvata, et haiglad katavad täna personalikulusid suures ulatuses muude kulude arvelt.

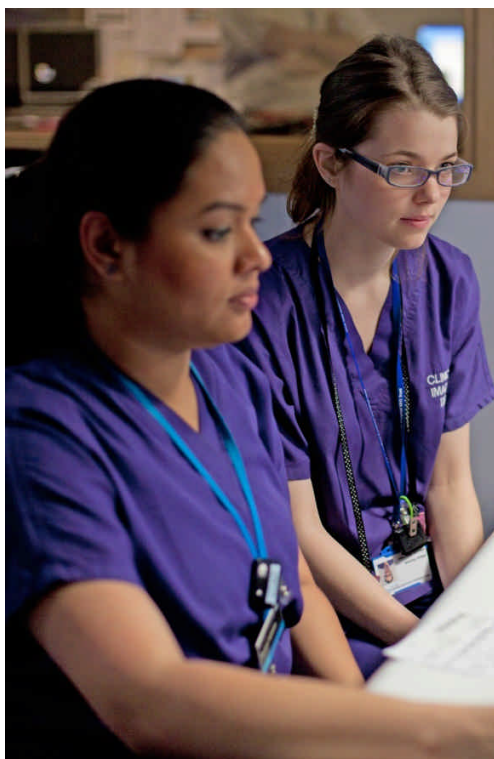
Palgakomponendi võimalik mitteoptimaalne tase, sellest kaudsetel mõjutustel tekkiv surve töökoormuse kasvule ning jõuline sunnitud kulude kokkuvõtte muudest kuluartiklitest võib omakorda olla ka üheks võimalikuks meditsiini personali Eestist lahkumise põhjuseks.

Järeldused/soovitused:

Kuna tööjõukulud on haiglate suurim kuluartikkel, siis on antud kulukirje täpsustamine kogu mudeli efektiivsuse seisukohast kriitilise tähtsusega – ja seda nii ressursi hinna kui kasutusefektiivsuse osas. Hetkel on üks olulisematest optimaalse palgataseme määrajatest eelarvepiirang ning on selge, et hinnamudeli palgakomponent ei kata üldpildis ära tänast tegelikku palgakulu taset. Samas puudub adekvaatne ülevaade sellest, kui efektiivselt haiglad tööjõuressursi rakendavad – võimalik, et tänane tööjõukulu ühikuhinna väiksem finantseerimine on põhjendatav haiglatepoolse ressursikasutuse ebaefektiivsusega. Selle analüüsiks oleks tarvilik ressursi kasutuse määratlus konkreetsetes haiglates teenuse omahinnast tulenevatest ressursihulkadest, mille tõepärasust kontrollitakse asutustes ka hõiveanalüüsides. Kõrvutades erinevate haiglate tegelikku ressursikasutust on võimalik tuvastada efektiivsusvaldkonnad ning personali aega optimaalsemalt kasutades oluliselt kulusid kokku hoida. Võimalikud näited oleksid administratiivse tegevuse või aruandluse delegerimine madalama tööjõukuluga personalile, ödede suurem roll protseduuride läbiviimisel, kõrgema koefitsiendiga tasustava arstide ületundide vähendamine täiendava personali kaasamise näol, vastuvõtu tühistamise vähendamine jne).

Tähelepanekud

Personali tööjõukulude kajastamine mudelis 2/2



Järeldused/soovitused:

Juhime tähelepanu ka asjaolule, et üle **tuleks kaardistada erinevate personaliliikide tööajajaotus**. Näiteks arvestatakse tänases hinnamudelis, et arstid kulutavad tööajast 85% sisuliste teenuste osutamisele. Turuosapooltelt saadud informatsioonile tuginedes on meil alust arvata, et tegelikkuses võivad arstid kasutada oma tööaega teisiti ning muu hulgas võivad erinevate erialade arstide utilisatsioonid olla väga erinevad. Sellest tulenevalt soovitame nt valimi baasilt arstide tööaja kasutus kaardistada ning kaaluda võimalusi erinevate utilisatsioonimäärade rakendamiseks erialade kaupa. Näiteks võiks ühe variandina toimida lahendus, kus baas-utilisatsioon on näiteks 85%, kuid erialade hinnakirjade uuendamise käigus on erialadel võimalik argumenteerida nende eripärast tulenevalt erineva utilisatsiooni kasuks. Osad Eesti haiglad on sisemiselt teatud valdkondades tööaegu kaardistanud ning see informatsioon oleks oluline sisendmaterjal analüüsi läbiviimiseks (samas tuleb tähelepanu pöörata esitatud andmete representatiivsusele).

Tähelepanu vajavad lisaks sisulisele tööajale ka **tegelik puhkusepäevade arv** (enamikes haiglates on see 35, mitte 28), koolituspäevade arv (mudelis 5 päeva, seaduse järgi kohustuslik 7,5 päeva) ja võimalikud muud tegurid.

Täiendavalt soovime aga rõhutada, et utilisatsioonimäära muutmine mõjutab koheselt ka teenuste hinda ning hõiveanalüüsi muutuse kaudu ka teenustes kajastuva arsti aja mahtu. Kui näiteks ühel erialal muutuks utilisatsioon 85% pealt näiteks 62% peale (ehk 30%-line langus), siis kasvaks paralleelselt ka arsti minuti hind 30% võrra. Tasakaalustavaks faktoriks on aga hõiveanalüüs – kui enne oli 85% utilisatsiooni korral kõik arstid mõistlikus matus teenuse osutamisega hõivatud, siis 30%-lise utilisatsiooni languse korral näitab hõiveanalüüs olulist arstide puudujääki – mis ei ole realistlik ning mida süsteemis korrigeeritakse seetõttu teenustes sisalduvate arsti minutite vähendamise kaudu.

Vaatamata sellele annaks teatud erialadel utilisatsioonimäära muutus oluliselt õiglasema pildi teenuse optimaalsetest kuludest.

Tähelepanekud

Pindade suuruste ja kulutuste kajastamine

Tänane olukord:

Hinnamudelil on täna pinnad liigendatud viieks: üldpinnad, operatsiooniblokid, eritingimustega pinnad, basseinid ja kiiritusravi.

Tänane pindade suuruste ja kulutuste kajastamine hinnamudelil tugineb kohati ca 10 aastat tagasi paika seatud hinnangutel. Kuigi korrektuuri kulukomponentides on aja jooksul tehtud, ei ole pindade mahte ega maksumusi mingi kindla statistilise näitaja järgi uuendatud. Siinkohal oleme tuvastanud, et Haigekassal antud aruande koostamise hetkel puudub täpne arusaam, kui täpselt mudel tegelikku pindade osakaalu kajastab. Samuti oleme saanud informatsiooni, et Haigekassa on alustanud täiendava analüüsi läbiviimist pindade tegelike suuruste osas ülevaate saamiseks.

Kitsaskohad:

Üheks probleemide/väärkajastamise aluseks on kindlasti asjaolu, et paljude Eesti haiglate põhikorpused on veel ehitatud Eesti NSV ajal, mil standardid ruumide suurustele olid hoopis teised. Siinjuures on need ruumid teistsuguse pinnalaotuse ja hoolduskuluga kui viimasel ajal ehitatud korpused.

Samuti peavad haiglad probleemseks asjaolu, et mudel ei võimalda piisavat diferentseerimist eritingimustega meditsiinipindade osas (näiteks nuklearmeditsiin ja EMO pinnad).

Järeldused/soovitused:

Omandamaks täpsemat ülevaadet pindade tegelikest suurustest ja kulutustest, soovitame Haigekassal lõpule viia pindade kaardistamine. Kui on kokku kogutud tegelikkusele vastavad andmed, on võimalik viia läbi täpsem analüüs, kui täpselt täna kasutatav mudel olukorda kirjeldab. Siinjuures on võimalik ka hinnata, milline on teatud valdkondade tegelik pindade kasutamine ning saadud infot kasutades määrata ära ka pindade optimaalsed mahud ja kasutustasemed. Finantseerimisvõimaluste valiku puhul soovitame Eesti Haigekassal analüüsida ja kaaluda kahte alternatiivset varianti:

1. Kapitalikulutuste finantseerimine **jätta mudelis olemasolevale kujule**, kuid anda selge signaal haiglate omanikele, et need nõuaksid haiglates adekvaatsete kontrollmehhanismide loomist, et raha tõepoolest reserveeritakse hoonete ehitamiseks/remontimiseks. (Tulenevalt sõltumatuse nõuetest ei tohiks Haigekassa seda funktsiooni ise täita, kuna tema on teenuste tasemel finantseerija, mitte rahade kasutuse üle kontrolli teostav osapool).
2. Haiglate põhikorpuste finantseerimine viia hinnamudelist välja (näiteks fondi vormis, Sotsiaalministeeriumi vastutusallas) ning **rahastada neid sihtfinantseerimise alusel** (sarnast mudelit kasutavad ka mitmed teised riigid). See teeks mudeli lihtsamaks (finantseerides vaid jooksvaid tegevuskulusid), tagaks raha reaalse olemasolu ehitamiseks ning annaks riigile võimekuse paremini suunata haiglavõrgu arendamist. Samas muutuks rahade jaotamine poliitiliselt kergesti mõjutatavaks ning hinnamudel kaotaks ühe oma tänase eelise – sisaldades kõiki teenuse osutamiseks vajalikke kuluelemente (kaoks ära hinnamudeli kaudu antud seos pindade kulude katmise ja teenuse mahu vahel ehk võib väheneda motivatsioon pindasid kasutada võimalikult optimaalselt).
3. Spetsiifiliste pindade osas (nt EMO ja nuklearmeditsiini pinnad) soovitame viia läbi täiendava analüüsi selliste pindade mahtude tuvastamiseks ning diferentseerimise vajalikkuse ja võimaliku mõju hindamiseks. Esmasel analüüsil hindame, et tulenevalt nimetatud pindade väiksest mahust võrrelduna kogu haiglate pindadega, ei oma täiendav diferentseerimine ilmselt olulist mõju teenuste hindadele.

Tähelepanekud

Seadmete ja pindade optimaalne kasutus

Tänane olukord:

Haigekassa hinnamudelis on arvestatud, et seadmeid ja pindu kasutatakse valdavalt 8 tundi päevas ja 5 päeva nädalas – v.a spetsiifilised erijuhud. Seadmete ja pindade kulu on ära jaotatud vastavalt elueale leitud kasutustöötundidele, millest omakorda protseduuri kestvuse kaudu leitakse seadme kulukomponendi osa lõppteenuse hinnast.

Kitsaskohad:

Suheldes haiglate esindajatega oleme tuvastanud, et raviasutustel puudub detailne arvestus pindade ja seadmete kasutusaja osas. Vaatamata sellele on finantseeritavad toonud välja, et koondpildis on tegelik kasutus ilmselt kõrgem kui kulumudelis kasutatavad eeldused (ehk 40 tundi nädalas). Seda seisukohta toetab ka Haigekassa ülekulu pindade ja seadmete kulumi osas.

Seadmete minutihinna määramisel kasutatakse seadme tegelikku ostuhinda ühe haigla tegeliku näite varal. Teatud juhtudel võib seadme ostuhind sisaldada ka näiteks hooldust teatud kindla perioodi jooksul, tegemist võib olla hulgiostuga (mitme masina korraga soetamine) või on masina ostuhinna ning tarvikute ostuhinna vahel tarnija teinud ristsubsideerimist. Sellest tulenevalt võib erinevate haiglate jaoks seadme maksumus kujuneda märkimisväärselt erinevaks.

Järeldused:

Juhul kui haiglad kasutavad teatud seadmeid vähem kui nende optimaalne kasutusaeg mudelis ette näeb, siis tulenevalt mudeli ülesehitusest finantseerib Haigekassa seda kulukomponenti vaid osaliselt. See **põhimõte on mõistlik**, kuna piirab võimalikku üleinvesteeringut alarakendatud seadmetesse ning seda lähenemist tasub kindlasti jätkata.

Nii haiglatel kui ka Haigekassal endal **puudub detailne ülevaade**, kui aktiivselt pindasid ja seadmeid tegelikult kasutatakse. Õiglase hinna määramiseks soovitame võimalusel läbi viia analüüsi levinumate seadmete mudelipõhise kasutusaja hindamiseks. Haigekassal peaks juba olemas olema enamus vajalikust informatsioonist seadmete kasutuskordade ja hinnangulise kasutusaja kohta antud analüüsi teostamiseks (kasutusaeg 1 protseduuri kohta x protseduuride arv = tegelik kasutusaeg), juurde on vaja hankida vaid seadmete arvud haiglates (nii haiglate omandis kui ka kasutusrendil olevad seadmed). Sellisel juhul on võimalik hinnata täpselt, kui ulatuslikult on seadmed aktiivselt kasutuses. Valdavas osas on 40 tunnine kasutusaktiivsus nädalas ilmselt mõistlik, kuid läbi tuleks analüüsida levinuimad seadmegrupid ning kallimad masinad.

Hinnamudeli optimeerimiseks soovitame võimalusel sarnased seadmed omavahel kokku grupeerida, et nende maksumuse muutmine oleks süsteemis läbivalt võimalik (Vaata ka alapunkti: „Hinnamudeli potentsiaalne dünaamika“).

Tähelepanekud

Ühe- ja korduvkasutatavate materjalide arvestus

Tänane olukord:

Tuginedes intervjuudele ja andmepäringutele oleme tuvastanud, et Eesti Haigekassal puudub selge ülevaade kulumaterjalide tegelikust kulust. Siinjuures puudub osade erialade puhul arusaamine, mis materjale hinnamudelil komplekti alla kajastatakse ja mida mudel täpselt hinna kujundamisel arvesse võtab.

Tänasel hetkel puuduvad konkreetset ja üheselt mõistetavad nõuded ja standardid, kuidas materjalikulu üle arvestust peetakse. Siinjuures on ka haiglate võimekus detailseks raporteerimiseks erinev. Kuna puuduvad ühised nõuded ja standardid, ei pea ka haiglad ja Haigekassa üldpildis materjalikulu arvestust sarnasel kujul (nt erinevad arvestuspõhimõtted ühe- ja mitmekordselt kasutatavate instrumentide vahel – kasutusse võtmise hetkel täiskulu vs kasutuskorra põhine arvestus).

Käibemaksu kajastamine – teostatud andmepäringule tuginedes oleme tuvastanud, et haiglad kannavad käibemaksukulu Lisa 12 kuludele tagasi peale, arvestades siinjuures ka erinevate kulude käibemaksumääradega (raamatupidamises on selle tarvis kasutuses on erinevad sisendkäibemaksukulu kontod).

Kitsaskohad:

Selge ülevaate puudumisest tulenevalt on tekkinud olukord, kus Haigekassal on materjalikulude katmisel olulised erinevused tegelikest haigla kuludes. Siinjuures puudub hetkel võimalus erinevust mudelis vajadusel korrigeerida, sest paljude erialade puhul puudub ülevaade, mis materjale ja millises mahus kulumudelil kompleksidesse kirjendatud on.

Järeldused/soovitused :

Tulenevalt täna valitsevast ebaselgest olukorrast materjalikulude kajastamisel ja nende monitoorimisel on meiepoolseks ettepanekuks antud juhul **kehtestada süsteemne kord ja vastavad aruandevormid ning juhendid**, kuidas materjalide kulude üle arvestust peetakse. See loob võimaluse nii materjalikulust ülevaate saamiseks kui ka mudeli sisendite osas kontrollprotseduuride teostamiseks.

Seoses süsteemse korra loomisega soovitame üle vaadata ja ka selgelt määratleda, milliseid materjale erialade põhiselt omavahel kompleksidesse määratletakse ning kuidas komplekside hind kujuneb. Leiame, et materjalide puhul on **komplektide kasutamine ratsionaalne** ning nende kasutamist tuleks rakendada ka tulevikus.

Lisaks komplekside süsteemi korrastamisele tuleks ka üksikmaterjalide koguste ning hindade osas täpsemaid andmeid koguda. Soovitame alustada kõige kallimatest/finantsiliselt olulisematest materjalidest, mille puhul ka detailne arvestus haiglatel suhteliselt heal tasemel olemas on (nt L-koodiga implantaadid ja muud sarnased identifitseeritavad materjalid, mille osas haiglatel laomoodulis kogused ja hinnad kergest kättesaadavad on). Hinnamudeli kirjeldus- ja arvestusvõime parendamiseks soovitame analüüsida ja kaaluda ka võimalust L-koodiga vahendite maksumuse linkimist hinnamudelisse. Soovitame siinkohal võtta eeskju R-koodiga ravimite uuendamise protseduuridest – kuigi lisavahendite puhul võib võrreldavuse tagamine osutada väga keeruliseks

Tähelepanekud ***Meditsiiniseadmete personali koolituskulu***

Tänane olukord

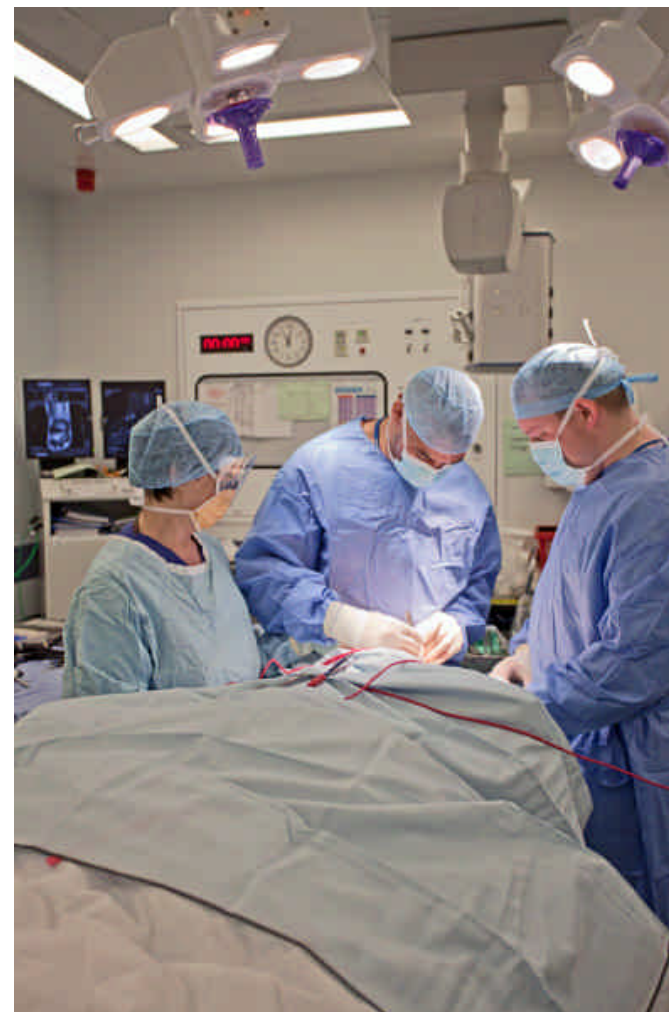
Töö käigus oleme tuvastanud, et meditsiiniseadmete personali koolituskulud kaasnevad valdavalt seadmete ostuhinnas. Juhul kui haiglad ostavad täiendavaid koolitusi seadmete kasutamiseks peale seadmete soetamist kajastatakse antud kulud koolituskulude all. Olulist mõju väärkajastamistele analüüsi käigus me ei ole tuvastanud.

Kitsaskohad

Me ei ole tuvastanud probleeme tänases haiglate pooles antud kulude kajastamise põhimõttes ning ka Haigekassa hinnamudelil.

Järeldused/soovitused:

Kuna antud kulutuste mõju kogu hinnamudelile on väheoluline ning ka antud kulude allokeerimine haiglate ja Haigekassa poolt **tänasel kujul on mõistlik**, ei näe me vajadust hinnamudeli sisulisteks muudatusteks.



Tähelepanekud

Personali koolituskulu

Tänane olukord:

Kulumudelis on arstide efektiivse tööaja arvestuses eraldatud 40 tundi koolitusteks, samas kui seaduse kohaselt on minimaalne koolitusnõue 60 tundi. Turuosalistelt on laekunud indikatiivset tagasiside põhjal saame väita, et tegelikkuses on arstide jooksev koolitusvajadus suuremgi, kui seadus miinimummahus ette näeb.

Mitmed arstide koolitused organiseeritakse ning finantseeritakse erasektori (ravimifirmade) või arstide enda poolt ning turul puudub selge arusaamine, kui suures ulatuses või millises mahus peaks tegelikkuses riik rahastama meditsiinipersonali koolituskulu.

Kitsaskohad:

Tänase hinnamudeli suurimaks probleemiks personali koolituskulu apsketist lähtuvalt on asjaolu, et hinnamudel ei finantseeri tegelikku koolitusvajadust (kuna osa katab erasektor) ning samuti ei ole efektiivse tööaja arvestuses kasutada koolitusaeg kooskõlas seaduse nõuetega.

Järeldused/soovitused:

Täna kaetakse paljud koolituskulud erasektori poolt või tehakse seda otseselt arstide enda poolt. On võimalik, et täna turul välja kujunenud olukord ei ole ühiskonnale tervikuna parim lahendus. Seetõttu tuleks eelnevalt välja selgitada ja analüüsida erinevaid alternatiive meditsiinipersonali koolituste rahastamiseks. Alustuseks tuleb Sotsiaalministeeriumil **paika panna poliitiline seisukoht, kes ja millistel alustel peaks finantseerima meditsiinipersonali koolitusi** ning kas erasektori panustamine on jätkuvalt aktsepteeritud.

Kui on olemas ühine ja selge arusaamine, millisel kujul peaks toimuma meditsiinipersonali koolitamine riiklikest vahenditest, on sinna juurde võimalik rakendada ka vastavaid finantseerimismeetmeid. Üheks lahenduseks võib olla tänasest erineval kujul koolituskulude rahastamine – näiteks mudeliväliselt riigi poolt hallatava sihtfinantseerimise põhised või pearahapõhise süsteemi alusel. See aga eeldab toimiva pädevushindamissüsteemi loomist ning vastava järelevalvesüsteemi juurutamist. Kuid siinjuures peaks säilima põhimõte, et personali pädevuse (sh koolituste) tagamine on tööandja vastutus ja mistahes muudatuste korral peaks see motivatsioon ja kohustus säilima.

Kui otsustatakse siiski jääda tänase tasustamise mudeli juurde tuleks korrigeerida mudeli sisendid vastavateks tegelikkusega – seda nii koolitusaja kui ka koolituse keskmise maksumuse osas (turuosaliste hinnangul on keskmine koolitustunni hind arsti puhul ligikaudu 20 eurot). Kui jätkub erasektori poolt (tasuta) koolituste osutamine, on kulumudelis väga keeruline optimaalse koolituskulu taset määrata.

Tähelepanekud

Personali koolituskulu – Praktikaid Euroopa Liidust

Personali koolituskulude arvestus Euroopa Liidu riikides

Vastavalt kliendi soovidele oleme hankinud praktikate ülevaateid teistest Euroopa Liidu riikidest. PwC võrgustiku kaudu konsulteerisime eriala ekspertidega Poolast ja Ühendkuningriigist. Järgnevalt olemegi välja toonud vastavate riikide praktikate näited.

Poola:

Poolas tänasel hetkel puudub süstemaatiline kord, mille alusel koolitusrahasid jagatakse. Korra puudumise tõttu ei ole võimalik anda ka selget ülevaadet koolituskulude hüvitamisest.

Ühendkuningriigid:

Ühendkuningriikides finantseeritakse personali koolitusi tänasel hetkel kahel viisil:

- a) läbi tegevuspõhise kuluarvestuse;
- b) läbi sihtfinantseerimise.

Ühendkuningriikides on olemas eraldiseisev asutus, kes koordineerib ja analüüsib ka raviasutuste koolitusvajadust. Siinjuures ei ole seal lubatud koolitamine ravimifirmade poolt. Kuna Ühendkuningriigis ei ole hetkel päris selge, kuidas läbi tegevuspõhise kuluarvestuse eraldatav koolitusraha tegelikult kulutatakse, siis käivitati seal hiljuti analüüs kogu koolitamise rahastamise võimalikuks väljaviimiseks hinnamudelid. See annaks rahastajale parema võimekuse koolitusrahade sihipärasemaks suunamiseks ning kontrolliks.

Lisaks sellele, et kavas on koolitamine viia täielikult sihtfinantseerimise põhiseks, on välja töötamisel ka programmid, millede kaudu näiteks korraldatakse iseseisvalt üleriigilisi koolitusi (koos oma koolitajate ja juhendajatega). Sellised meetmed hõlbustavad ka riikliku tervishoiupoliitika suunamist või paremat rakendamist. Samuti tagab see ühtsema riikliku lähenemise, ravikvaliteedi standardi ühtlustamise ning loob eeldused mahuefektist tulenevale kuluefektiivsusele.

Tähelepanekud ***Üldressursside sidumise loogika hinnakujundusmetoodikaga 1/2***

Tänane olukord:

Haigekassa hinnamudelis on üldressursid (nt juhtimiskulu, bürookulu, IT kulu, kommunaalid ja hooldus jne) seotud läbi teisest ressursside, ehk käesoleval hetkel on need üheks sisendiks näiteks arsti baaskulu komponendist, mis on üks teisene ressurss. Teisene ressurss on omakorda sisendiks esmasele ressursile, mille põhjal arvutatakse tegevuste tegelik maksumus. Üldressursside kulusisendid hinnamudelis tuginevad üldiste haiglate kulude ja teenuskirjelduste võrdlusele.

Üldine lähenemine on meie hinnangul mõistlik ning võimaldab kulumudeli ülesehitust hoida võimalikult lihtsana.

Kitsaskohad:

Kohati valitseb raviasutustes segadus juhtimiskulude arvestamisel ja kajastamisel Haigekassa hinnamudelis. Siinjuures on praktikad ja arusaamised erinevate haiglate lõikes erinevad. Alati pole ühiselt selge, millise tasandi personalikulud lähevad juhtimiskulude alla ja millised otse personalikulude alla (nt osakonnajuht), millest tulenevalt ei pruugi Lisa 12 alusandmed olla haiglate vahel võrreldavad ning kulukomponendi kaetuse piisavuse hindamise osas usaldusväärsed.

Töö käigus oleme tähendanud, et finantseeritavatel on eelkõige rahulolematust IT kulude kajastamisega mudelis ja nende optimaalse maksumuse arvestamisel. Siinkohal on haiglate poolne ettepanek leida mingis vormis teine lähenemine. Asjaolu on oluline eelkõige selle tõttu, et IT kulude osakaal on pidevalt kasvavas trendis ning nende kirjeldamine läbi 2/3 ja 1/3 suhtega personalikulude ja patsiendihalduse all ei pruugi olla enam ratsionaalne.



Tähelepanekud

Üldressursside sidumise loogika hinnakujundusmetoodikaga 2/2

Järeldused/soovitused :

Tulenevalt sellest, et eelkõige haiglate endi poolel on täna ebaselgust üldkulude jaotamisel ja diferentseerimisel erinevate kategooriate vahel, anname omapoolse soovitusena **koostada Haigekassa poolt konkreetsed nõuded ja juhendid kuidas üldkulusid erinevate liikide lõikes tuleb kajastada**. Eelkõige on diferentseerimise seisukohast oluline juhtimiskulude komponent.

Hinnakujunduses peaks olema üheselt arusaadav, millisest tasandist alates lähevad tööjõukulud juhtimiskulude alla ja millisel tasandil mitte. Kui ühed samad inimesed teevad ühes asutuses nii sisutööd kui täidavad ka juhtimisülesandeid, tuleks sellisel juhul kindlaks leppida metoodika, mille alusel personalikulud vastavalt funktsioonile laiali jagatakse.

Tulenevalt IT kulude osakaalu järjepidevast kasvust ning süsteemidele seatud ootustest ei pruugi olla enam mõistlik siduda antud kulu vaid personalikulu komponendi ja patsiendihaldusega. Eriti seondub see IT arenduste ning IT toe reageerimisvõimekuse tagamisega. Tegelikult olukorrast ülevaate saamiseks on üks võimalikest variantidest kaardistada järgmised valdkonnad:

- a) Haigekassa ning seadusandja nõuded haiglate IT süsteemidele ning raporteerimisele;
- b) Referentshaiglate IT teenused ja teenustasemed (kas IT süsteem peab olema rikke korral töökorras nt 15 minuti või 2 tunni jooksul). Erinevuste tuvastamisel tuleks selgitada nende põhjused (kas osad haiglad on teenustasemed ebamõistlikult kõrgeks ajanud?);
- c) Paika seada optimaalsed teenustasemed, mille pealt on võimalik määrata ka optimaalsete IT kulude tase.

Samas rõhutame, et antud ülevaate saamine võib osutada päris kulukaks ning ajamahukaks, mistõttu ei pruugi täiendav panus olla tasakaalus optimaalsemast kuluarvestusest saadava kasuga. Täiendavalt soovitame analüüsida võimalust IT arenduskulud viia mudelist välja sihtfinantseerimise põhiseks (nt Sotsiaalministeeriumi pädevusse). See aitaks riigil efektiivsemalt kontrollida arenduskulusid ning võimaldada sarnaseid arendusi ja funktsionaalsust haiglates ühiselt kasutada. Samuti ei ole IT arenduskulud sageli otseselt sõltuvad ka osutatud teenuste mahust, mistõttu ei pruugi nende teenuspõhine sidumine hinnamudelil olla põhjendatud ning vajalik võib olla teatud baastaseme fikseeritud tasustamine (baasosa + muutuv teenuspõhine osa). Arvestades ka laiemat vajadust parandada haiglate sisemist kuluarvestuse võimekust tegelike kulude määramisel, seadmete kasutusaja ning materjalide arvestuse osas oleks osaliselt mudelivälisel sihtfinantseerimisel riigil võimalus andmete kvaliteetset kogumist suunata ning nõuda.

Tähelepanekud

Koefitsientide/Kohanduste rakendamine

Haigekassa hinnamudeli kirjeldusvõime parandamiseks ning ka erinevate haiglate tegelike kulude optimaalsemaks katmiseks soovime kaaluda ja analüüsida võimalust hinnakirjale koefitsientide rakendamist – seda nii standardhinna kui piirhinna tasanditel.

Standardhindade puhul rakenduksid koefitsiendid juhtudele, kus teatud valdkonna tegevuste kulukuse õiglasemaks määramiseks rakendatakse baashinnale kordaja, mis parandab mudeli kirjeldusvõimet (teatud juhtudel on haiglate optimaalne kulu erinev – vastavalt kas madalam või kõrgem).

Piirhindade puhul rakenduksid koefitsiendid standardhindadele juhtudel, kui näiteks tegelik finantseerimisvõimekus ei võimalda kulutusi eelarvelistest vahenditest katta või soovitakse stimuleerida mingit tegevust (suunamaks haiglaid teatud protseduure eelistama ning teisi vähem teostama).

Koefitsientide rakendamise süsteem hinnamudelile on läbivalt kasutusel Ühendkuningriikides (nn kohanduste süsteem (ingl *adjustments*)). Kohanduste eesmärk on täpsemalt kirjeldada erisusi nii piirkondade kui ka osutatavate teenuste vahel.

Järgnevalt oleme toonud vaid mõned võimalikud näited, millistel juhtudel võiks analüüsida koefitsientide rakendamist Eesti Haigekassa hinnakujundus-metoodikas. Oleme jaganud enda poolt esitatud võimalikud näidiskoefitsiendid samuti kaheks – standardhinna ja piirhinna põhiseks. Samas rõhutame, et standardhinnapõhised koefitsiendid regionaalse või haigla kategooria alusel peaksid rakenduma vaid juhul, kui **optimaalne kulubaas piirkonnas on oluliselt erinev riigi keskmisest ning eriarstiabi osutamine antud piirkonnas on vältimatu** (võimalikud piirkonnad võivad olla nt saared (transpordi piiratus), või Ida-Virumaa (suur teeninduspiirkond, aga regiooni eripäradest väga keeruline personali leida, mistõttu tööjõukulud kohati suuremad). Kindlasti ei tohiks selliseid koefitsiente kasutada haiglate puhul, kellel kulubaas on Eesti keskmisest kõrgem pelgalt mahuefekti või ebaefektiivsuse tõttu.

Standardhinna põhised koefitsiendid:

- Piirkonna/regiooni koefitsient – näiteks haigla paiknevusest ääremaal (NB! Rakendatav ainult juhul kui poliitiliselt on otsustatud, et eriarstiabi osutamine antud piirkonnas on absoluutselt möödapääsmatu);
- Haiglavõrgu koefitsient – näiteks piirkondlik haigla või üldhaigla;
- Erivaldkonna koefitsient – näiteks rakendub koefitsient lastega seotud pediatría välistele ravijuhtudele;
- ...

Piirhinna põhised koefitsiendid:

- Tegevuse stimuleerimiskoefitsient – näiteks hinnapreemia rakendamiseks soositavate ennetustegevuste või efektiivsemate ravilahenduste puhul;
- Rahastusvõimekuse koefitsient – näiteks kahandav koefitsient jätkusuutliku finantseerimisvõimekuse tagamiseks;
- ...

Koefitsientide rakendamine hinnamudelil on vaid üks võimalik meetod kulumudeli kirjeldusvõime tõstmiseks, kuid vaatamata sellele võib see osutada üheks efektiivseks meetodiks täpsema ülevaate loomisel. Samuti võivad koefitsiendid aidata ellu viia ja/või suunata läbi finantseerimise tervishoiupoliitilisi otsuseid. Kuna tegemist on suhteliselt lihtsa ja läbipaistva meetodiga soovime kindlasti analüüsida erinevate koefitsientide võimalikku rakendamist.

Tähelepanekud

Muud üldised hinnakujundusmetoodika tähelepanekud

Lisaks eelnevates peatükkides mainitule oleme töövõtu käigus tuvastanud alljärgnevaid täiendavaid tähelepanekuid:

Valdkond:	Muud tähelepanekud:	Soovitused:
Riiklikult ühtsed arvestus-põhimõtted	Suheldes erinevate protsessi puutuvate osapooltega oleme pannud tähele, et kuluarvestust ei peeta erinevates haiglates ühtsetel standarditel. Siinjuures ei kata erinevate haiglate poolt rakendatavad erinevad standardid alati neid vajadusi, mis võiksid olla aluseks Haigekassale korrektse info kaardistamiseks.	Haigekassa kui finantseerimisasutuse seisukohast on ebaratsionaalne, et erinevad finantseeritavad asutused (haiglad) kasutavad erinevaid kuluarvestuse standardeid ning lähenemisi. Siinjuures on standardite kehtestamise jõupositsioon just pigem Haigekassa käes, kuid nõuab sisendit võimekuse osas haiglatelt. Olles sellises positsioonis ja arvestades välja kujunenud olukorda tuleks Haigekassal kehtestada üheselt mõistetavad ja kõigi vajadusi rahuldavad kuluarvestusstandardid ning muuta nende täitmine ning andmete detailsem esitamine kohustuslikuks. See oleks aluseks tegelike omahindade määramisel ning adekvaatse ja võrreldava kulustruktuuri ülevaate saamisel.
Motivatsiooni-mehhanismid	Tänapäeval hinnakujundusmetoodikal puuduvad otsesed finantseerimispõhised motivatsioonimehhanismid/boonused finantseeritavatele. Boonusmeetmed on üheks võimaluseks tervendava konkurentsi tekitamiseks ning samuti suunavad need raviasutusi pakkuma paremat teenust. Teise külje alt on võimalik jälle rakendada sanktsioneerivaid tegureid mitte rahuldavate tulemuste eest.	Kuna erinevad boonusmeetmed ja motivatsioonisüsteemid võivad parandada konkurentsituatsiooni tervishoiuteenuse turul ning parandada ka teenuste kvaliteeti, soovitame kaaluda vastavate meetmete kasutuselevõtmist. Näiteks: <ol style="list-style-type: none"> Rakendada kvaliteedikontrolli positiivse läbimise korral premeerivat hinnakoeffitsienti antud haiglale. Samuti võib vajadusel rakendada ka kuluhüvitist vähendavat komponenti mitterahuldava kvaliteedikontrolli tulemusel puhul. Näiteks Saksamaal on kuluandmete esitamine haiglate poolt vabatahtlik, kuid esitajatele makstakse selle eest fikseeritud hüvitist. Haiglatelt kogutavate sisendandmete kvaliteedi tagamiseks on aga kehtestatud hinnapreemiad või trahvid, vastavalt esitatud andmete valideerimise tulemusel. Sarnase meetme rakendamine võimaldaks tagada Haigekassal kvaliteetsete andmete olemasolu korrektseks kulude analüüsiks.

Tähelepanekud

Andmete kogumine ja kvaliteet

Tänane olukord:

Vastavalt välja kujunenud praktikale raporteerivad hetkel haiglad Haigekassale oma kulutusi vormil „Lisa 12“. See on sisuliselt ka ainukeseks referentsiks Haigekassale haiglate tegelikest kuludest. Siinjuures sisaldab Lisa 12 vaid erinevate kululiikide üldsummasid, mitte detailset ülevaadet kuludest. Samuti oleme saanud infot, et Lisa 12 sisaldab andmepäringuid selliste kululiikide kohta, mida tegelikkuses ei Haigekassa poolt kasutata või mis on aegunud. Siinkohal oleme saanud ka indikatsiooni, et Lisa 12 täitmine pole täitjatele alati üheselt mõistetav ning samuti puuduvad selged juhendid ja instruksioonid selle täitmiseks. Lisa 12 ei võimalda tegelike kulude kontrollimist/valideerimist erinevate kululiikide lõikes ning seetõttu puudub Haigekassal ülevaade andmete kvaliteedist.

Tulenevalt tänase kulude raporteerimise korra puudustest oleme välja toonud tähelepanekud ja ettepanekud protsessi võimalikuks parendamiseks.

Tähelepanekud:

Meie tähelepanekud on järgmised:

- Vormi „Lisa 12“ täitmine ei ole alati üheselt arusaadav ja mõistetav;
- Puuduvad selged juhendid kulude raporteerimiseks;
- Raporteeritav kuluarvestus pole valideeritav;
- Vorm „Lisa 12“ on aegunud ning sellelt vormilt kulude jaotamine Haigekassal endal on ebamõistlikult keeruline, veaohklik ning erinevalt tõlgendatav.

Järeldused/soovitused:

Selleks, et vältida kuluarvestuse mitmeti mõistmist ning tagada standardiseeritud lähenemine kuluarvestusele erinevate osapoolte lõikes, **tuleks koostada konkreetsed üheselt mõistetavad juhendid ja aruandlusstandardid arvestuse pidamiseks.** Tuginedes täpsematele standardiseeritud andmetele on ka Haigekassal endal võimalik teostada kuluarvestust kvaliteetsematele alusandmetele tuginedes. Oluline on läbi mõelda, millist informatsiooni ja mis kujul Haigekassal haiglatelt on vaja koguda (üldkulude jaotus, materjalide detailne arvestus, komplektide info, seadmete kasutus vms) ning seejärel vastavad raporteerimisnõuded haiglatele Sotsiaalministeeriumi kaudu kehtestada.

Standardiseeritud ja üheselt mõistetava metoodika alusel kogutavate andmete suhtes on võimalik teostada ka kontrolli alusandmete usaldusvääruse üle. Pideva auditeerimis-võimekuse väljakujundamine ei pruugi Haigekassale olla majanduslikult mõttekas, kuid vähemalt pisteline kontroll alusandmete osas peaks siiski toimuma.

Püsiva ja kõrge andmete kvaliteeditaseme saavutamiseks ning hoidmiseks soovitame peale aruandlusstandardite paikaseadmist kaaluda bonus- või sanktsioonimeetmete kehtestamist saadava andmekvaliteedi suhtes. Vastavad meetmed annavad ka alusandmete esitajatele motivatsiooni andmete kvaliteetse kogumise ning esitamisega tegeleda. Samuti soovitame võimalusel kaaluda ka nt ühekordse sihtfinantseerimise andmist spetsiifiliste andmekogumise ning raporteerimise süsteemide ülesseadmiseks haiglates.

Tähelepanekud

Hinnakirja uuendamine 1/2

Tähelepanekud:

Intervjuudest Haigekassa ja haiglate esindajatega on selgunud, et hinnakirja üldine uuendamine on ajamahukas, keeruline ning kergesti manipuleeritav protsess. Hinnakirja uuendamine viiakse läbi eriala kaupa ning hinna-mudeli sisendparameetrid määratletakse eel-kõige erialaliitude informatsioonile tuginedes. Aastas kaardistatakse jooksvalt 2-3 eriala, mis tähendab, et ringiga jõutakse sama eriala juurde kohati tagasi alles kümne aasta pärast.

Täna kasutusel olev metoodika hinnakirja uuendamiseks mõjub erialaliitudele pigem demotiveerivalt ning selle põhjuseks on asjaolu, et aastate jooksul on harilikult õpitud tegema kirjeldatud protsesse efektiivsemalt kui mudel seda kirjeldab. Hinnakirja uuendamine tooks seega kohati haiglatele kaasa efektiivsusvõidu kaotamise. Efektiivsusvõidu kadu tunnetatakse eriti teravalt veel selle tõttu, et hinnad on kohati püsinud praktiliselt muutumatuna ca 10 aastat. Nii on hinnakirjamuudatus eriti järsk ja ulatuslik.

Kui hinnakirja uuendamine ka ette võetakse, siis seda tehakse täna kohati 1-2 aastat vanade andmete põhjal (kontrollimehhanismi tekitamiseks). Kuna automaatseid kohandusi ei kasutata, siis selle tulemusel kirjeldab hinnamudel sisuliselt ka uuendamise järgselt teatud elementides aegunud kulubaasi.



Tähelepanekud

Hinnakirja uuendamine 2/2

Järeldused/soovitused :

Analüüsi koostajate üldine soovitus on, et **hinnakirja uuendamisega ei tohiks esineda hinnakirjas väga järske ja olulisi muutusi**. Siinjuures peaks hinnakirja muudatuste aluseks olema üheselt mõistetavad ja põhjendatud optimaalsete kulude alusandmed.

Hinnakirja uuendamisega kaasnevate muudatuste sujuvamaks muutmiseks tuleks hinnakirja läbi erialade **uuendada tihedamini** ning selleks võib osutada vajalikuks Haigekassasse täiendava inimressursi kaasamine. Lisaks sellele on Sotsiaalministeeriumil tarvis juurutada mehhanism, mis tagaks erialaliitude koostöö hinnakirjade uuendamisel – töö käigus selgus, et mitmete erialade hinnakirju ei ole ca 10 aastat uuendatud mitte Haigekassa võimekuse, vaid erialaliidupoolse blokeerimise tõttu.

Täiendava paindlikkuse tagamiseks soovitame kasutada võimalust lisada mudelisse üksikuid parameetreid, mida võidaks kokkuleppeliselt eraldiseisvalt iga-aastaselt uuendada, ilma ülejäänud hinnakirja muutmata. Samuti tasuks kaaluda sagedasemaid kokkuleppeid erialaga üksikute teenuste kirjelduste uuendamisel hinnakirja muudatuse järgselt (nt teadaolevad uued ravimeetodid, mis järgmisel aastal teenuse kirjeldust muudavad), ilma teisi teenuseid läbi analüüsimata. Kindlasti tasuks rakendada mudeli n-ö horisontaalsest uuendamist – hinnakirja ei uuendata mitte pelgalt erialade kaupa vaid regulaarselt muudetakse üldlevinud pindade, seadmete ja/või ravimite sisendmaksumusi üle kõigi erialade. Kuigi potentsiaalne lisanduv mudeli dünaamika (automaatmuutujad ning üle erialade uuendatavate kuluartiklite lisamine) parandab aktuaalsust, on siiski oluline, et erialade hinnakirjade kaardistamine saageneks, sest lisaks kulude sisenditele muutuvad ajas ka teenuste osutamise viis ning kasutatav ressursside maht või kompositsioon.

Kuna tänane hinnakirja uuendamine on äärmiselt sõltuv erialaliitude seisukohtadest ja hoiakutest, tasuks võimalusel kaaluda teatud teenuste kirjeldamisel kolmandate osapoolte informatsioonile tuginemist. Siinkohal tasuks kaaluda näiteks mõne sarnase süsteemiga võõrriigi teenusstandardi/tegevuse kirjeldamist või lähtuda muudest andmetest, mis ei ole otseselt sõltuvad erialaliitudest. Samas tasub rõhutada, et Eestis kasutatav finantseerimissüsteem, mis katab ühest allikast kõik vajalikud kulud, on suhteliselt ainulaadne, mistõttu tuleb välisriikidega võrdluse teostamisel olla ääretult ettevaatlik, vältimaks ebaõigete andmete omavahelist võrdlemist. Muu hulgas tasuks kaaluda teatud kuluartiklite uuendamised viia erialaliitude tasandilt välja ning teostada uuendamisi koostöös haiglate ökonomistidga – materjalid, pinnad, seadmed, operatsioonivahendid. Kui ressursside kasutuse mahtu ei pruugi tihti olla võimalik ilma erialaliidu panuseta määrata, siis vähemalt ressursi hinna saab paika panna otse haiglatega koostöös. See vähendaks omakorda võimalusi erialaliitudel hinnakirja uuendusi tõkestamast.

Oluline: Hinnakirja muudatused tuleks kasutusel olevas hinnamudelil läbi viia komplekselt **mitmes vastassuunalise rahalise mõjuga valdkonnas korraga** (tasakaalustades üheaegselt nii üle- kui alafinantseeritud valdkondi – nt palgakulu ja materjalid). Vastasel juhul eksisteerib kõrge risk, et finantseeritav kogusumma läheb tegelikest kuludest oluliselt nihkesse ning raviasutustel tekivad olulised finantsprobleemid.

Tähelepanekud

Hinnamudeli tehniline keskkond 1/2

Tänane olukord:

Eesti Haigekassa kasutab tarkvara Optime ABC, millel on kaks funktsionaalsust: 1) andmete sisestamine koos tegevuspõhise kulude arvutamisega, 2) raporteerimine. Optime ABC on ärikriitiline süsteem, mille häired ebasobival ajal takistavad Haigekassa põhiprotsessi toimimist (hinnaläbirääkimised, eelarvestamine, prognoosimine). Optime ABC kasutajaid on viis isikut. Süsteemi omaniku vastutus on jagatud Haigekassa tervishoiuosakonna ja finantsosakonna vahel.

Optime ABC tehniline lahendus jaguneb samuti kaheks: 1) andmete sisestamine ja arvutamine toimub kinnise koodiga, NET põhises kasutajakaranduses; 2) raporteerimine toimub Microsoft SQL andmebaasi standardsete raporteerimisvahenditega.

Optime ABC ainsaks haldajaks ja arendajaks on ühe töötajaga firma Optime OÜ. Taristuteenust süsteemile pakub Haigekassa IT osakond. Haigekassa ja Optime OÜ vahel puudub kehtiv hooldusleping. Viimase kahe aasta jooksul pole Haigekassa arendusvajadusi arvesse võetud. Optime ABC tehnoloogia ei sobi Haigekassa IT arhitektuuri, seetõttu puudub Haigekassa IT osakonnas MS SQL kompetents süsteemi toetamiseks. Haigekassa sõltuvus arendajast on väga suur. Optime ABC vajab igakordsel käivitamisel ühendust arendaja serveriga, samuti on igakordsel süsteemi paigaldamisel/taastamisel vajalik arendaja poolt genereeritud aktiveerimiskoodi.

Optime ABC äriiline sobivus on Haigekassa hinnangul keskmisel tasemel – vajalik on arendada raporteerimise ja analüüsi funktsionaalsust. Arvestades võimalikke meie poolt mudelisse välja pakutud parendusvariante (dünaamilised sisendid, seadmete linkimine üle erialade jms) võib täiendav funktsionaalsus ning paindlikkus osutada vajalikuks. Kuluarvestuse funktsionaalsus on Haigekassa hinnangul väga hea. Tehnoloogiline kvaliteet ja sobivus on head. Funktsionaalses ja tehnoloogilises vaates puudub PwC hinnangul täna vajadus süsteemi asendamiseks.

Riskid:

1) Välise võtmeisiku risk

Optime OÜ'l on ainult üks töötaja. Haigekassa ja Optime suhe põhineb täna heal usul. Haigekassal puudub võimekus iseseisvalt toime tulla Optime ABC häiretega (nt jõudlusprobleemid, mittetöötav funktsionaalsus). Süsteemi uuendused toimuvad automaatselt ja väljaspool Haigekassa kontrolli. Kui ettevõtte ainus töötaja ei ole kättesaadav, puudub võimalus häirete põhjuste tuvastamiseks ja nende likvideerimiseks. Puudub võimalus süsteemi iseseisvalt arendada.

Mõju: suur. Halbade asjaolude kokkulangemisel Haigekassa põhiprotsess ei toimi (süsteemi rike + halb ajastus + (teenuseosutaja mittekättesaadavus).

Tõenäosus: suur. Küsimus ei seisne selles, kas risk realiseerub, vaid millal see realiseerub.

Riskiaste: kõrge.

Maandamise meetmed:

- 1) Teenustasemete määratlemine ja hoolduslepingu sõlmimine.
- 2) Tegevusplaani koostamine kriitiliste küsimustega toimetulekuks teenuseosutaja eemaloleku juhtumitel (suletud tarkvara kood, aktiveerimiskoodid, uuenduste kontrolli teenus).

Tähelepanekud

Hinnamudeli tehniline keskkond 2/2

Riskid:

2) Sisemise võtmeisiku risk

Optime ABC raporteerimisfunktsionaalsuse kasutama õppimine on keeruline ja aeganõudev protsess. Esialgne kasutama õppimine võtab aega paar kuud. Hea tasemega kasutusoskus, mis vastab Haigekassa vajadustele, võtab aega aasta kuni kaks. Täna on teadmine Optime ABC andmestruktuurist terviklikult ühe isiku peas. IT osakonnal puuduvad teadmised andmestruktuurist ja MS SQL tehnoloogilised oskused põhiprotsessi isikute toetamiseks.

Mõju: suur. Võtmetöötaja lahkudes on põhiprotsess häiritud mitme kuu jooksul.

Tõenäosus: suur. Küsimus ei seisne selles, kas risk realiseerub, vaid millal see realiseerub.

Riskiaste: kõrge.

Maandamise meetmed:

- 1) Teadmushalduse tegevuste rakendamine: kasutusjuhendite koostamine; asendustöötaja väljaõpetamine ja ajutise asendamise kohustuse määramine.
- 2) Süsteemi omanduse üleandmine IT osakonnale ja vajaliku sisulise ja tehnoloogilise kompetentsi tagamine (IT osakonna koolitamine või sisseostmine teenusena).
- 3) Optime ABC arendusplaani rakendamine. Selle meetmega on võimalik oluliselt vähendada spetsiifiliste teadmiste vajadust põhiprotsessi isikutel. Kiire võidu annab andmebaasi struktuuri nimetuste normaliseerimine.



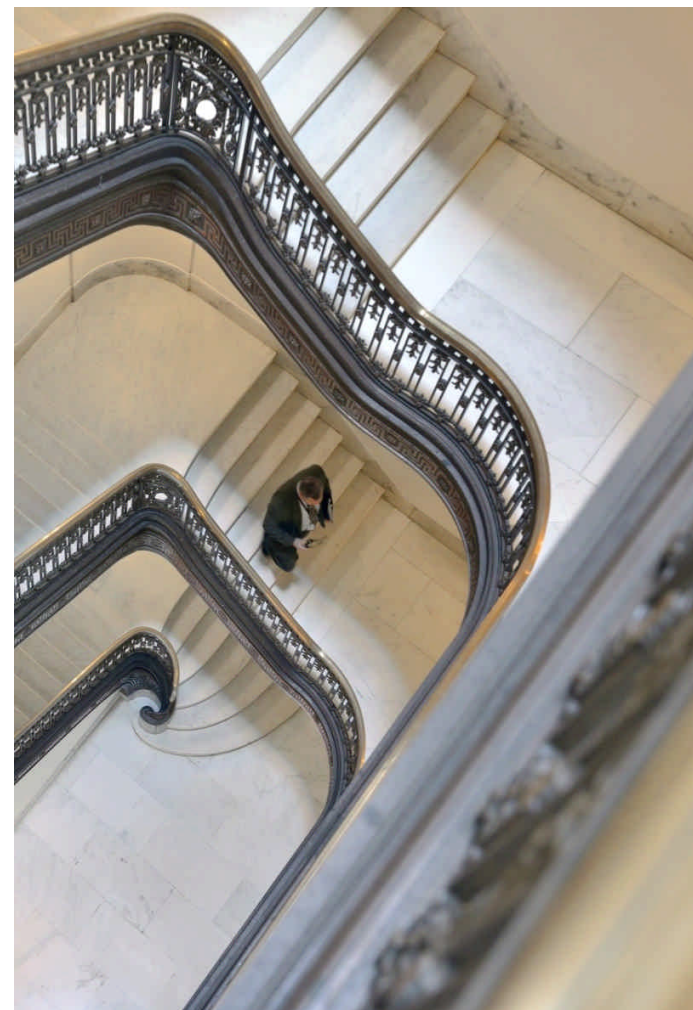
Järgmised sammud

Soovituste ja parendusettepanekute maksimaalseks ja efektiivseks rakendamiseks soovitame Eesti Haigekassal järgnevalt:

- Moodustada Haigekassas sisemine töörühm PwC poolsete ettepanekute läbitöötamiseks;
- Analüüsida PwC poolsete soovitusete/ettepanekute rakendusvõimalusi ning nendega kaasnevaid kõrvalmõjusid ja riske;
- Otsustada, millised muudatused on mõistlik ellu viia ning koostada rakendavate muudatuste elluviimiseks tegevusplaan ja ajakava.

Meie hinnangul vajaksid esmajärjekorras tähelepanu järgmised valdkonnad:

- Maandada tehnilise keskkonnaga seotud isiku- ning süsteemiriskid;
- Kaardistada haiglate võimekus oma tegelike kulude arvestussüsteemide loomiseks ning aidata kaasa toimiva süsteemi rajamiseks vajalike eelduste täitmisel (abi rahastuse leidmine, ühtse metoodika väljatöötamine jms);
- Välja töötada *benchmarking* variandid, et täpsemalt määrata ning põhjendada Haigekassa poolt finantseeritavate teenuste osutamiseks optimaalsete kulutasemete seadmist;
- Viia lõpule pindade kaardistus ning uuendada saadud info alusel sisendandmed mudelis;
- Teostada analüüs seadmete tänase tegeliku kasutusaja osas (analüüsiks vajalikud andmed on Haigekassal juba täna valdavas osas olemas);
- Analüüsida täiendavalt, milliste kuluartiklite (nt pinnad, levinuimad seadmed, L-koodiga materjalid jt) puhul oleks õigustatud hinnakirja uuendamine horisontaalselt üle erialade;
- Analüüsida, milliseid haiglate kuluandmeid Haigekassal otsuste tegemiseks või kulumetoodika valideerimiseks on tarvis ning vastavalt sellele kehtestada haiglatele andmete esitamise vormid ning kord ja juurutada süsteem pisteliseks andmekvaliteedi kontrolliks.



Lisad

Töö käigus intervjueeritud isikud

Asutus

Haiglate esindajad:

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla
 SA Tartu Ülikooli Kliinikum
 AS Ida-Tallinna Keskhaigla
 SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla
 SA Tartu Ülikooli Kliinikum
 AS Rakvere Haigla
 SA Pärnu Haigla
 AS Ida-Tallinna Keskhaigla

Tellija esindajad:

Eesti Haigekassa
 Eesti Haigekassa
 Eesti Haigekassa
 Eesti Haigekassa
 Eesti Haigekassa

PwC eksperdid:

PricewaterhouseCoopers Central and Eastern Europe
 PricewaterhouseCoopers Central and Eastern Europe
 PricewaterhouseCoopers United Kingdom
 PricewaterhouseCoopers United Kingdom

Nimi

Tõnis Allik
 Urmas Siigur
 Kersti Reinsalu
 Monica Kirspuu
 Maret Tark
 Kaja Aava
 Heli Mölder
 Kersti Aruaas

Tiina Sats
 Kersti Esnar
 Priit Ainsoo
 Anneli Truhanov
 Anneli Taal

Bernard Wasko
 Mariusz Ignatowicz
 Andrew Statham
 George Batchelor





© 2014 AS PricewaterhouseCoopers Advisors. Kõik autoriõigused kaitstud. "PwC" viitab Eesti seaduste alusel asutatud ja tegutsevale äriühingule AS PricewaterhouseCoopers Advisors või kontekstist lähtuvalt teistele PricewaterhouseCoopers International Limited rahvusvahelise võrgustiku liikmetele, kellest igaüks on eraldiseisev ja sõltumatu juriidiline isik.