

Erinevad tasustamise süsteemid tervishoius

Triin Habicht

Eesti Haigekassa tervishoiuökonomist*



Jarmo Habicht

Eesti Haigekassa
arst-spetsialist**

Käesoleva ülevaate eesmärk on kirjeldada, kuidas on võimalik tervishoiu ressursse jaotada ravi rahastajatelt (nt riik, ravikindlustus, omavalitsus jne) tervishoiuteenuse osutajatele (arstid, päevaravikliinikud, haiglad).

Erinevaid tasustamise süsteeme kasutatakse selleks, et paremini täita tervishoiusüsteemi eesmärgi, mis on näiteks kvaliteedi, efektiivsuse ja kättesaadavuse tagamine arstiabis. On ilmne, et iga tasustamise süsteemiga kaasnevad erinevad motivatsioonimehhanismid teenuse osutajale ning üks tasustamise süsteem soodustab kvaliteeti, teine omakorda efektiivsust ja kolmas hoopiski kättesaadavust.

Artikli eesmärk ei ole anda täielikku ülevaadet kõigist olemasolevatest tasustamise süsteemidest, vaid kirjeldada tüüpilisemaid süsteeme ning nende motivatsioonimehhanisme. Erinevate tasustamise süsteemide rakendamise osas tuuakse näiteid üleminekuriikide hulgast. Ülevaate andmisel järgitakse kõige levinu-

mat tasustamise süsteemide jaotust, st lähutakse tasustamise aluseks olevast ühikust. Põhilised tasustamise aluseks olevad ühikud, alustades väikseimast, on: teenus, päev, ravijuht, patsient, periood. Silmas tasub ka pidada, et praktikas rakendatakse nimetatud tasustamise süsteeme enamasti kombineeritult.

1. Teenusepõhine tasu

Teenusepõhise tasu (*fee-for-service*) korral makstakse teenuse osutajale iga üksiku osutatud teenuse (uuringud, protseduurid) eest eraldi. Teenuse eest saadava tasu suurus on eelnevalt kokku lepitud ning selle eest, mida maksmise aluseks olevasse loetellu lisatud ei ole, ei tasuta.

Selle tasustamise süsteemi eeliseks on, et tagatakse suhteliselt hea teenuste kättesaadavus. Muidugi eeldab see raviks vajalike teenuste olemasolu loetelus, mida kasutatakse rahastamise aluseks. Teine eeldus on, et vastava teenuse eest saadav tasu on vähemalt võrdne selle teenuse osutamise kuludega.

Samas on selles süsteemis ka puudusi, sest raviasutus võib olla huvitatud teenuste liigest osutamisest – mida rohkem tegevusi on ühe ravijuhuga seotud, seda kõrgem on rahastajalt saadav tasu. See omakorda võib viia selleni, et osutatakse teenuseid, mis ei anna olulist lisaväärtust patsiendi tervisele. Niisugune fenomen on tuntud ka pakkuja poolse nõudluse tekitamisena (*supplier induced demand*), mille puhul arst osutab patsiendile neid teenuseid, mis ei suurenda patsiendi heaolu. Samuti on raviasutuse huvides osutada teenuseid, mis konkreetsetes asutustes on tulusamad (st hinna ja kulude suhe soodsaim). Seejuures ei pruugi osutatavad teenused olla kooskõlas patsiendi tegelike vajadustega.

Praktikas tuleb arvestada ka sellega, et kui eelarve on raviasutuse tasandil fikseeritud (nt ravi rahastamise lepinguga), siis ei vii raviasutuse teenusepõhine rahastamine suuremate tuludeni. Pigem põhjustab see keskmise ravijuhu maksumuse tõusu lisanduvate teenuste tõttu, mis fikseeritud eelarve korral viib ravivate patsientide arvu vähenemisele, st ravi kättesaadavus halveneb.

Lisaks eelnevale tuleb arvestada, et teenusepõhise tasustamise korral on keeruline määrata iga teenuse suhtelist kulutaset ning sageli väärtustatakse tehnilisi protseduure rohkem kui n-ö intellektuaalseid tegevusi (viimase all on mõeldud meditsiinitöötajate ajalast panust näiteks sisehaiguste ravimisel). Üheks negatiivseks küljeks võib olla, et teenuste suhtelised väärtused jäetakse enamasti fikseerituks pika perioodi vältel ning seega võivad jääda arvestamata võimalikud muutused kulutuste struktuuris seoses valdkonna arenguga (nt tehnoloogia areng). Ka võivad teenuste suhtelised kulutasemed teenuse osutajate lõikes varieeruda, mis võib aga põhjustada ühesuguste hindade korral rahulolematust.

Teenusepõhist rahastamist kasutas kuni 1997. aastani Tšehhi, kus hinnakirjas sisaldus ligikaudu 5000 erinevat teenust. Eestis toimub haiglate rahastamine samuti peamiselt teenusepõhiselt, samas sisaldab Eesti hinnakiri (uue ravikindlustuse seaduse kohaselt tervishoiuteenuste loetelu) ka teisi rahastamise komponente.

2. Päevatasu

Päevatasu (*per diem payment*) on läbi aegade olnud väga levinud tasustamise süsteem. Seda on kasutatud peamiselt haiglaravi puhul, sest sel juhul on selgelt määratud maksmise aluseks olev ühik ehk

* Triin Habicht on Tartu Ülikooli majandusteaduskonna doktorant

** Jarmo Habicht on Tartu Ülikooli arstiteaduskonna doktorant

voodipäevade arv. Täna sel päeval on voodipäeva tasu enamlevinud tasustamise viis just järel- ja hooldusravi korral. Teiste statsionaarse ravi liikide osas võib see olla üheks komponendiks ravijuhu tasu kujunemisel. Päevatasu suurus võib ka varieeruda, nt Eestis on kehtestatud erinevad päevatasud voodiprofiilide lõikes.

Voodipäeva tasu korral on arstil väga suur roll haigla tulude määramisel, sest tema otsustada on patsiendi haiglas olemise kestus. Enamasti on esimesed ravipäevad kulukamad, võrreldes viimastega, seoses haiguse diagnoosimise ja ravi alustamisega. Sellest tulenevalt on üksnes voodipäeva tasudest koosneva süsteemi korral tervishoiuteenuse osutajal motivatsioon hoida patsienti võimalikult kaua haiglas, et raviga kaasnevat kulutusi tasa teha.

Kuna voodipäeva tasu on fikseeritud, st tasu suurus ei sõltu iga individuaalse patsiendi tegelikest ravikuludest, on teenuse osutajal huvi vältida haigemaid patsiente, sest nende ravikulud võivad ületada keskmist saadavat tasu. Samas ollakse rohkem huvitatud tervemate patsientide, kelle ravikulud on suhteliselt madalamad, haiglasse võtmisest. Lisaks soodustab voodipäeva tasu haigemate patsientide ravimist alla optimaalse taseme, mis võib lõpuks väljenduda madalamas ravikvaliteedis.

Voodipäeva tasu on kasutusel näiteks Lätis, kus see on üheks haiglate tasustamise vormiks lisaks diagnoosipõhistele gruppidele (põhimõtteliselt on tegu juhupõhise tasuga) ja lisatasudele kallimate protseduuride eest. Samas on Lätis kavas lähiaastatel haiglate tasustamisel üle minna juhupõhisele DRG süsteemile (vt järgmist peatükki).

3. Juhupõhine tasu

Juhupõhise (*case based*) tasustamise süsteemi korral makstakse haiglale vastavalt ravitud juhule. Juhu eest saadav tasu on

eelnevalt teada ning selle suurus ei sõltu hetkel ravitava patsiendi tegelikest kulutustest. Enim tuntud juhupõhine tasustamise süsteem on DRG (*diagnosis related groups*), mis klassifitseerib ravijuhud kliiniliselt ja ressursikuludelt homogeensesse patsiendirühmadesse. Algselt ei olnud DRG süsteemi väljatöötamise eesmärk selle kasutusele võtmine haiglate rahastamiseks. Pigem oli DRG süsteem haigla juhtidele vahendiks, mille abil on võimalik oma asutuse tegevust kontrollida ja koordineerida. Täna seks päevaks on DRG süsteem levinud väga paljudes riikides kas siis tasustamise süsteemi või statistilise klassifikaatorina.

Juhupõhise tasustamise süsteemi korral on suurimaks eeliseks, et see suurendab raviasutuse huvi optimeerida raviprotsessi ning patsiendi ravimiseks tehtavaid kulutusi. Võrreldes teenusepõhise rahastamisega, motiveerib see kasutama läbimõeldumalt ressursse, sest kulude kokkuhoid võimaldab saada lisatulu. See on vastupidine teenusepõhisele rahastamisele, kus suurema tulu ja seeläbi ka kasumi saamiseks võib lihtsalt osutada rohkem teenuseid ühe patsiendi ravimiseks.

On ilmne, et iga tasustamise süsteemiga kaasnevad erinevad motivatsioonimehanismid teenuse osutajale.

Üks tasustamise süsteem soodustab kvaliteeti, teine efektiivsust ja kolmas hoopiski kättesaadavust.

Juhupõhise tasustamise korral on üheks ohuks, et hakatakse vältima raskelt haigeid patsiente. See on tingitud asjaolust, et kuigi juhupõhine süsteem arvestab tasu suuruse määramisel patsientide haiguse raskusastet, ei pruugi see alati olla piisav. Selleks, et ei tekiks negatiivseid mõjusid ravikvaliteedile, on juhupõhise tasu korral enamasti kasutusel ka erandite

rahastamise süsteemid. See tähendab, et väga kallite ravijuhude tasustamine toimub kas vastavalt tegelikele ravikuludele (juhul kui haiglal on juhupõhine kuluarvestuse süsteem) või muude kriteeriumide alusel (nt erandite puhul korrutatakse hind läbi mingi ühest suurema koefitsiendiga). Teine risk on, et ravitavale patsiendile osutatakse vähem protseduure kui teenusepõhise rahastamise korral. Ühest küljest annab see võimaluse efektiivsuse tõusuks, aga see on ohuks patsiendi tervenemisele, kui jäävad osutamata optimaalseks raviks vajalikud teenused. Kuigi kirjanduses ei ole selget seisukohta, kas ja kuidas juhupõhine rahastamine mõjutab üldist ravikvaliteeti, peetakse seda oluliseks aspektiks, mille jälgimisele tuleb tähelepanu pöörata. Kolmas juhupõhise rahastamisega kaasnev oht on ülekodeerimine, st ravijuhut püütakse näidata raskemana, kui see tegelikult on, sest sellisel juhul on saadav tasu enamasti suurem. Seda teguviisi aitab vältida vastavate tingimuste lisamine lepingutesse, nt keskmise ravijuhu maksumuse lubatud kõikumine või aastas ravitavate haigusjuhtude arv.

Juhupõhist tasustamist kasutatakse

juba 1993. aastast alates Ungaris ning hiljem on ka paljud üleminekuriigid selle kasutusele võtnud (nt Leedu, Venemaa) või kavatsevad seda lähiajal teha (nt Läti, Tšehhi, Sloveenia, Eesti).

4. Patsiendipõhine tasu

Patsiendipõhise tasu (*capitation*, eesti keeles kasutusel ka termin "pearaha") korral

saab tervishoiuteenuse osutaja oma nimistus olevate patsientide arvule vastavalt igal perioodil mingi summa raha. Saadava raha hulk määratakse patsientide arvu, mitte teostatud protseduuride ja uuringute põhjal. Kõige levinum on patsiendipõhise rahastamise kasutamine esmatasandi arstiabi, nt Eestis perearstide puhul. Pearaha korral on arst huvitatud ebavajaliku ravi vältimisest, mis peaks soodustama efektiivsemat tegutsemist.

suure tõenäosusega ka kõrgemad ravikulud. Seesugust motivatsiooni aitab vältida isiku kohta makstava tasu varieerimine eeldatavate ravikuludega seotud tunnuste (nt sugu, vanus) lõikes.

Pearaha süsteemi kasutatakse perearstide tasustamiseks peale Eesti ka näiteks Lätis. Üldjuhul on kõigis üleminekuriikides toimunud perearstide palgaga tasustamiselt üleminek kas täielikule või osalisele pearaha süsteemile.

katma praktilise kulud ja töötasud. Selline süsteem on administreerimise osas küll lihtne, kuid samas on ka arstil vähene huvi tagada patsiendi ravi ajakohasus ja järjepidevus.

Haiglate perioodipõhine tasu on sama põhimõttega – haigla saab teatud perioodiks (enamasti aastaks) raviteenuste osutamiseks mingi rahasumma. Tasu määramise alusena võib kasutada sisenditega (nt voodikohtade arv, töötavate spetsialistide arv) või mahuga (eelmise perioodi voodipäevade arv, ravi-juhud) seotud näitajaid. Viimasel juhul on ka perioodipõhine rahastamine kaudselt seotud tervishoiuteenuse osutaja tegevusega. Juhul kui saadav summa on fikseeritud, st rahastaja on määranud perioodi jooksul saadava tasu ülempiiri, võib seda nimetada ka suletud (*closed-end*) süsteemiks. Suletud süsteem on kasulik kulude ohjeldamiseks, sest saadava tasu ülemine piir on fikseeritud.

Perioodipõhise rahastamise mõjud sõltuvad suuresti sellest, mille alusel määratakse tasutav rahasumma. Näiteks, kui tasu suurus kehtestatakse voodite arvu järgi, siis viib see osutajate surve tõttu ravivoodite arvu suurendamisele. Algselt lihtne tasustamise süsteem on tegelikult rahastaja seisukohalt suhteliselt

Silmas tasub ka pidada, et praktikas rakendatakse tasustamise süsteeme enamasti kombineeritult.

Samuti peaks arst olema rohkem orienteeritud ennetustegevusele, kuivõrd see aitab vältida haigestumisega kaasnevat tunduvalt suuremaid kulutusi tulevikus.

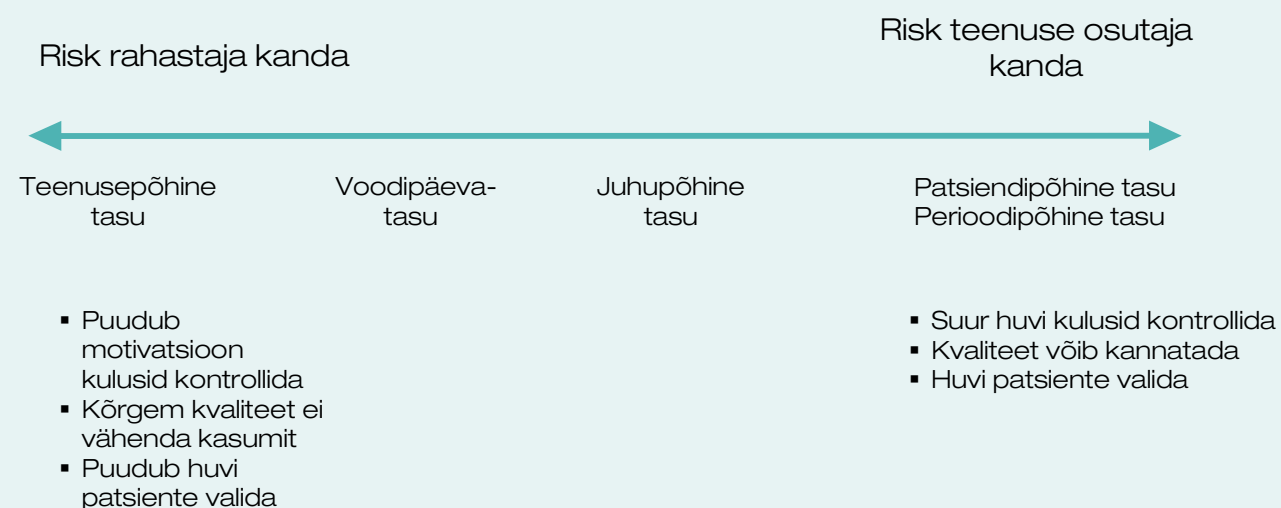
Patsiendipõhise tasu korral on arst huvitatud oma nimistusse haarama võimalikult palju patsiente, sest see tähendab tema jaoks lisaraha. Selleks et vältida teenuste pakkujate ülekoormust ja seeläbi ravi kättesaadavuse langust, on soovitatav kehtestada patsientide arvu ülempiirid. Selle tasustamise süsteemi juures on oht, et hakatakse vältima keskmisest haigemaid patsiente, sest nendega kaasnevad

5. Perioodipõhine tasu

Perioodipõhise tasu korral saab raviteenuse osutaja mingi kindla koguse raha teatava perioodi jooksul. Erinevus patsiendipõhisest süsteemist on see, et summa suurus ei sõltu patsientide või osutatavate teenuste hulgast. Seega puudub otseselt võimalus tegevusega mõjutada saadava tasu suurus.

Perioodipõhise tasu alusel on võimalik rahastada nii haiglaid kui ka üksikuid arste. Arstide osas tähendab see seda, et mingil perioodil (kuu, aasta) saab arst kokkulepitud hulga raha, millega ta peab

Joonis 1. Ravikulude riski jagamine tervishoiuteenuse rahastaja ja osutaja vahel erinevate tasustamise süsteemide korral



keeruline, sest paralleelselt tuleb üles ehitada süsteemid kontrollimaks ravitud patsientide arvu, osutatavaid teenuseid ja teisi näitajaid, et tagada kvaliteetne arstiabi.

Üleminekuriikidest kasutab eelarvelist rahastamist alates 1997. aastast näiteks Tšehhi, kus eelnevalt oli kasutusel teenusepõhine rahastamine. Eelarve suurus määrati alguses ajaloolise teenusepõhise rahastamise ning alates 2001. aastast patsientide arvu järgi. Samas on ka teada, et Tšehhi plaanib alates 2004. aastast üle minna juhupõhisele rahastamisele.

Kokkuvõte

Artiklis kirjeldatud tasustamise süsteemid on kasutusel nii ravi-asutuste kui ka arstide rahastamiseks. Iga süsteemi rakendamisega kaasnevad teatud iseärasused, millega peab arvestama nii rahastaja kui ka tervishoiuteenuse osutaja.

Tasustamise süsteeme võib eristada ka selle järgi, milline risk seoses iga üksiku patsiendi ravikuludega jääb rahastaja ja milline tervishoiuteenuse osutaja kanda. Joonisel 1 on artiklis kirjeldatud süsteemid järjestatud, lähtudes teenuse osutaja riski suurenemisest vasakult paremale. Kõige väiksem on teenuse osutaja risk teenusepõhise tasustamise korral, mis toob kirjeldatud süsteemide puhul kaasa kõige väiksema motivatsiooni kulusid kokku hoida. Suurim risk teenuse osutajale kaasneb perioodipõhise (eelarvelise) ja patsiendipõhise (pearaha) tasustamise süsteemiga, mis omakorda tagab kõige suurema huvi efektiivseks ravitegevuseks. Kuivõrd enamasti kasutatakse tasustamise süsteeme kombineeritult, siis on küllaltki raske ennustada, missugused motivatsioonimehhanismid ja ohud jäävad domineerima. Üldiselt on kõikjal maailmas ravi-asutuste puhul suundumus liikuda eelarveliselt ja teenusepõhiselt rahastamiselt üle juhupõhisele. Seda peamiselt seetõttu, et pidev tervishoiukulutuste kasv on tinginud vajaduse motiveerida ravi-asutusi efektiivsemale ressursikasutusele. ^{1a}

Allikad

1. Busse R, Petrakova A, Prymula R. Implementing hospital reforms in the Czech Republic. *Eurohealth* 2001; 7(3): 29–31.
2. Donaldson C, Gerard K. *Economics of Healthcare Financing, The Visible Hand*. Macmillan, 1993.
3. Ellis RP, McGuire TG. Supply-side and demand-side cost sharing in health care. *Journal of Economic Perspectives* 1993; 7(4): 135–51.
4. Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy* 2002; 60: 255–74.
5. *Health Care Systems in Transition: Poland*. European Observatory on Health Care Systems; 1999. p. 66.
6. *Health Care Systems in Transition: Czech Republic*. European Observatory on Health Care Systems; 2000.
7. *Health Care Systems in Transition: Latvia*. European Observatory on Health Care Systems; 2001.
8. Koziarkiewicz A, Karski JB. Hospital sector reform in Poland 2001; 7(3): 32–5.
9. McKee M, Healy J (eds). *Hospitals in Changing Europe*, European Observatory On Health Care Systems Series, Open University Press; 2002.
10. Saltman RB, Figueras J (eds). *European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies*. World Health Organization; 1997.

Различные системы оплаты в здравоохранении

Задача данного обзора описать возможное разделение ресурсов получаемых от государства, страхования, самоуправления между врачами, больницами и дневными стационарами.

1. Основная оплата услуги

В этом случае оказание услуг оплачивается после их оказания, за каждую услугу (обследование, процедура) отдельно. Преимуществом этой системы является обеспечение доступности услуг, если они входят в преискуртант. Недостаток может быть в заинтересованности лечебного учреждения в завышении цен услуг или же заинтересованность в продаже тех услуг, которые являются для учреждения прибыльными.

2. Дневная оплата

Оплата за день используется в основном в больницах. Недостатком является то, что первые дни в больнице, в связи с обследованиями и анализами, более дорогие чем последующие. Из этого может исходить надобность держать пациента в больнице по возможности дольше, чтобы лечением уравновесить стоимость дня. Также возникает склонность избегать тяжелых больных, т.к. расходы по их лечению могут превышать среднюю стоимость дня. Или же их лечение проводится исходя из средней стоимости.

3. Оплата каждого случая

В этом случае больнице оплачивается лечение каждого больного. Преимуществом является заинтересованность лечебного учреждения в оптимизации лечебного процесса и расходов на лечение. Одной из опасностей мо-

жет быть избегание тяжелых пациентов, поэтому каждый особенно "дорогой" случай оплачивается в отдельном порядке. При такой системе оплаты может проявиться избыточная кодировка, смысл которой в изображении какого либо случая более тяжелым, чем это было на самом деле. Избегать подобных действий поможет добавление в договор одельных условий, напр. разрешаемые колебания стоимости среднего случая или числа случаев в год.

4. Выплаты за каждого пациента

В данном случае оказывающий услуги в течение какого-то периода получает какую либо сумму, которая зависит от количества обслуживаемых им пациентов. Врач заинтересован избегать не нужное лечение, что должно содействовать эффективной работе. Также врач должен быть больше ориентирован на профилактическую работу, поскольку это помогает снизить заболеваемость и сохранить средства. У этой системы оплаты есть опасность избегать часто болеющих пациентов. Что можно исключить варьированием суммы выплачиваемой на каждого пациента связывая ее с каким либо признаком (пол, возраст).

5. Оплата по периодам

В этом случае оказывающему услуги выдается на определенный период конкретная сумма денег. Величина суммы не зависит от количества пациентов или вида услуги. Эта система довольно простая в административной части, однако, у врача, в таком случае, нет стимула оказывать полное и систематическое лече-

ние. Кажущаяся простой система на самом деле довольно сложна, т.к. параллельно необходимо выстроить системы для контроля за числом проходивших лечение пациентов, оказанными услугами и другими показателями, чтобы обеспечить качественную врачебную помощь.

Итог

Описанные в статье системы оплаты используются при расплате как с медицинским учреждением так и с врачами. С применением каждой системы связаны свои особенности, что должен учитывать как плательщик, так и оказатель медицинских услуг.

Системы оплаты можно еще различать по тому, какой риск, связанный с расходами на каждого пациента, несет плательщик и какой оказывающий услуги. Наименьший риск для оказателя услуг при системе оплаты за каждую услугу. Это не мотивирует врача экономить. Наибольший риск для оказывающего услуги в случае оплаты по периодам или за каждого пациента, что, однако, обеспечивает наибольший интерес эффективного оказания услуг. Иногда системы оплат комбинируются. В этом случае трудно предсказать какие механизмы мотиваций и опасностей будут доминировать. Вообще в мире в лечебных учреждениях оплата идет с предрачетной оплаты и оплаты за услуги к оплате за каждый случай. Это в основном потому, что постоянный рост расходов на здравоохранение обусловлен необходимостью мотивировать лечебные заведения эффективнее использовать ресурсы.