

KONTROLLIARUANNE

nr OSIII-2-6/06/91
07.11.2006

Taastusravi korralduse tõhusus

Tallinn
2006

Kokkuvõte

Riigikontroll auditeeris taastusravi korralduse tõhusust. Taastusravi on suunatud häirunud funktsiooni taastamisele, säilitamisele või puudega kohanemisele. Teisisõnu on taastusravi eesmärgiks aidata haiguse või traumaga patsient võimalikult kiiresti jalule, et patsient pöörduks ruttu oma normaalse elu juurde tagasi. Taastusravi osutatakse kas ambulatoorselt või statsionaarselt olenevalt sellest, kas patsient vajab ööpäevaringset haiglas viibimist.

Taastusravi eelarve maht 2006. aastal on 75 miljonit krooni ning aastas saab taastusravi teenust rohkem kui 30 000 inimest.

Auditi käigus uuriti, kui palju taastusravi vajajaid said seda õigeaegselt. Ühtlasi analüüsiti, kas taastusravi mittedaamine põhjustas nende inimeste hilisemate ravikulude, puudeastme või tõiste sissetulekute muutuse võrreldes haigestumiseelse perioodiga. Analüüsitud valimisse võeti 2004. aasta esimeste kuude patsiendid, kes olid üle elanud südameinfarkti või -operatsiooni, insuldi või kellele oli paigaldatud suure liigese endoprotees. Lisaks uuriti, mis olid õigeaegse taastusravi saamata jäämise põhjused.

Olulisemad järeldused

Auditi analüüsist selgus, **et vaid 19% taastusravi vajajatest on seda saanud ning vaid pooled neist õigeaegselt.** Nii Eesti Haigekassa kui ka teenuse osutajate hinnangul on taastusravi vajadus oluliselt suurem kui praegused võimalused. Sama näitab ka Riigikontrolli analüüs.

Taastusravi mitteosutamine selle vajajatele toob hiljem kaasa tõsisemaid terviseprobleeme ja suuremaid kulutusi. Uuringud näitavad, et taastusravi on suhteliselt kulutõhus ja parandab patsiendi elukvaliteeti. Riigikontroll võrdles selle uurimiseks taastusravi saanud ja mittesaanud patsiendirühmi kolmel erialal. Analüüs näitas eelkõige kardioloogiapatsientide taastusravi kulutõhusust, sest nende hilisemad keskmised ravikulud olid taastusravi saamise korral väiksemad. Samuti naasid taastusravi saanud kardioloogiapatsiendid suurema tõenäosusega tööle. Teistel erialadel analüüs sarnaseid mõjusid ei tuvastanud. Põhjused võivad osaliselt peituda taastusravi praeguses süsteemis, kus taastusravi saavaid patsiente on suhteliselt vähe (arvestades tegelikku taastusravi vajadust) ning see takistab süstemaatiliste mõjude ilmnemist, ka ei pruugitud taastusravi saada vajalikus mahus. Lisaks saadakse taastusravi pigem raskematel haigusjuhtudel, kui isegi õigeaegse taastusravi korral on taastumine halvem. Samuti ei hinnanud Riigikontroll oma analüüsis muutuseid patsientide elukvaliteedis ega patsiendi enda tehtud kulutusi taastusravile.

Taastusravi teenuse kättesaadavus ei sõltu niivõrd patsiendi taastusravi vajadusest, vaid taastusravi teenuseosutaja olemasolust elukoha lähedal. Ennekõike on see iseloomulik ambulatoorse teenuse korral, kus patsient ei viibi haiglas ning peab leidma võimaluse käia iga päev taastusravi protseduuridel. Ambulatoorset taastusravi saadi suurlinnades keskmiselt elaniku kohta 70% rohkem kui omavalitsustes, kus teenuseosutaja puudus.

Taastusravi teenuste osutamist suuremas mahus ja kättesaadavuse parandamist piirab raviraha hulk. Nagu kõiki teisi meditsiinierialasid, mõjutavad taastusravi kättesaadavust haigekassa eelarve võimalused ja prioriteedid. Haigekassa planeerib raha ja lepingute mahtusid peamiselt eelmiste perioodide teenuste kasutamise ja järjekordade pikkuse alusel. Samas jätavad paljudel juhtudel arstid patsiendi taastusravile suunamata, teades, et patsient nagunii teenust ei saa või tal ei ole võimalik kohale minna. Järelikult ei peegelda järjekorra- ega ka teenuste senise kasutamise info tegelikkust. Haigekassal oleks samas võimalik planeerida taastusravi mahtu tegeliku vajaduse järgi, sest info haiguste esinemissageduse ja taastusravi osakaalu kohta nende haiguste korral on olemas.

Taastusravi teenuste mahu suurendamist ja kättesaadavuse parandamist piirab ka spetsialistide vähesus. Et teenust osutavaid kvalifitseeritud spetsialiste – eelkõige füsio- ja

tegevusterapeute – on vähe, ei aitaks ka ainult taastusravi eelarve suurendamine kuigivõrd olukorda parandada. Praegu on olemas 25% füsioterapeute ja 22% tegevusterapeute 2015. aastaks arengukavas püstitatud eesmärgist. Senine spetsialistide koolituse ja täiendusõppe lõpetajate arv annab alust oletada, et planeeritud spetsialistide arv saavutatakse 2015. aastaks vaid kõige optimistlikuma prognoosi kohaselt, mille realiseerumine on vähetõenäoline.

Taastusravi saavad ka patsiendid, kes seda ei vaja, ning samas osutatakse teenuseid, mida ei vajata. Kuna ambulatoorne taastusravi on halvasti kättesaadav ja patsiendil on suur risk sellest ilma jääda, määratakse ka ambulatoorse taastusravi vajajatele tihti tunduvalt kallim statsionaarne taastusravi. Samuti on halvast hooldusravi korraldusest tulenevalt saanud taastusravi raske seisundiga patsiendid, kellele taastusravi taastumist ei taga. Näiteks auditis analüüsitud taastusravi saanud insuldipatsientidest 18% seda (auditisse kaasatud ekspertide hinnangul) tegelikult ei vajanud. Kuni 1. aprillini k.a oli ambulatoorne taastusravi korraldatud nii, et enamik patsiente pidi kohustuslikult saama kolme erinevat taastusravi protseduuri. Selle tõttu osutati patsientidele teenuseid, mida neil ei oleks olnud vaja saada. Seega jäi osa patsiente teenusest ilma või oleks samad patsiendid võinud saada rohkem nende taastumist toetavaid teenuseid. Kuigi alates 01.04.2006. a on kompleksteenuse nõue kaotatud, peituvad endiselt samad riskid ka uues taastusravi korralduses.

Riigikontrolli peamised ettepanekud

Sotsiaalministrile koostöös Eesti Haigekassaga

- Muuta patsientidele teenus kättesaadavamaks olemaoleva ambulatoorse taastusravi pakkujate võrgu tingimustes. Selleks
 - töötada välja ja levitada infomaterjale, mis teavitaksid patsiente olemasolevatest ravivõimalustest ning õpetaksid patsienti käituma taastusravi vajava haiguse või operatsiooni järel;
 - näha ette taastusravi teenuse osutamist osaliselt ka õhtutundidel, et muuta teenus kättesaadavamaks töönimestele ja õpilastele.
- Suurendada ambulatoorse taastusravi kättesaadavust maapiirkondades ja julgustada teenuse pakkujaid patsiendile lähemal teenuseid osutama. Ambulatoorse taastusravi osutamine patsiendi elukohale lähemal suurendaks teenuse kättesaadavust ja oleks statsionaarsest säästlikum ning vähendaks ühtlasi statsionaarse teenuse senist meditsiiniliselt põhjendamatut kasutamist. Selleks
 - planeerida ambulatoorse taastusravi osutajate võrgustik patsiendi elukohale senisest lähemal;
 - motiveerida tervishoiuasutusi pakkuma taastusravi protseduure esmatasandi teenusena vastavate rahastamisvõimaluste loomise kaudu või viia ellu idee luua esmatasandi arstiabi tervisekeskused, kus hakatakse osutama ka füsioterapeudi teenust.
- Tagada, et haigekassa rahastatavat taastusravi saaksid seda vajavad patsiendid ning et saadavad teenused oleksid meditsiiniliselt põhjendatud. Selleks
 - luua patsientidele, kellele on näidustatud ambulatoorne taastusravi, võimalused selle saamiseks, et vabastada selle arvelt statsionaarse ravi voodikohti;
 - luua võimalusi taastusravi koduteenuse arendamiseks, algatades vastava katseprojekti.

Sotsiaalministrile koostöös haridus- ja teadusministriga

- Parandada ambulatoorse teenuse kättesaadavust ja tagada piisav arv spetsialiste. Selleks
 - jätkata füsioterapeutide koolitust senises mahus;
 - suurendada tegevusterapeutide koolitustellimust või võimaldada tegevusterapeutide assistentide lihtsustatud ümberõpet tegevusterapeutideks. Arvestades tegevusterapeutide riiklikku koolitustellimuse mahtu, ei ole tervishoiusektoris vajaminevat tegevusterapeutide arvu tasemekoolituse kaudu võimalik aastaks 2015 saavutada. Selle põhjuseks on ka asjaolu, et samal ajal jääb püsima tegevusterapeutide vajadus sotsiaalsektoris.

Sotsiaalminister nõustus oma vastuses kontrolliaruandes toodud seisukohtadega ning pidas sotsiaalministrile tehtud ettepanekuid põhjendatuks. Osa ettepanekute elluviimiseks vajalikud meetmed on juba arutusel esmatasandi tervishoiu arengukava väljatöötamise raames. Täpset tegevus- ja ajakava ettepanekute täitmise kohta minister ei esitanud.

Haridus- ja teadusminister teatas oma vastuses, et füsio- ja tegevusterapeutide koolitustellimuse küsimust käsitleb ministeeriumi esindaja kindlasti Sotsiaalministeeriumi juurde loodud tervishoiuvaldkonna töötajate koolituskomisjonis.

Eesti Haigekassa juhatuse esimees nõustus oma vastuses auditi põhijäreldusega võimalustest suurema vajaduse ja ebavõrdse kättesaadavuse osas ning lisan, et haigekassa peab oluliseks suurendada ambulatoorse ravi kui efektiivsema teenuse osutamise osakaalu. Ka pooldab Eesti Haigekassa teatud taastusraviteenuste ja diganoosigruppide puhul omaosaluse kehtestamist või selle suurendamist, et vähendada patsientide nõudlusest tulenevat teenuse ülekasutamist. Haigekassal on kavas motiveerida ühtsete patsiendi seisundi hindamisskaalade rakendamist, et tagada teenuse võrdne kättesaadavus võrdsete vajadustega patsientidele.

Sisukord

SISSEJUHATUS	7
Valdkonna ülevaade	7
Auditi iseloomustus	8
1. TAASTUSRAVI SENISE KORRALDUSE MÕJU	11
1.1. Enamik vajajatest ei ole saanud õigeaegset taastusravi.....	11
1.1.1. Ägeda infarkti või südameoperatsiooni patsientidest sai õigeaegset taastusravi alla 3%	13
1.1.2. Taastusravi vajanud insuldipatsientidest said taastusravi pooled, õigel ajal kolmandik	14
1.1.3. Endoproteesimise järel sai õigeaegset taastusravi vähem kui kümnendik patsientidest.....	14
1.2. Taastusravi saamine mõjutab hilisemaid kulusid ja patsiendi elukvaliteeti	15
1.2.1. Erinevad uuringud näitavad üldjuhul taastusravi kuluefektiivsust	15
1.2.2. Analüüs näitas, et taastusravi mõjub patsientide hilisematele ravikuludele, puudele ja töötasule osaliselt.....	17
2. TAASTUSRAVI KÄTTESAADAVUST MÕJUTAVAD TEGURID	20
2.1. Teenuse kättesaadavus on oluliselt halvem maapiirkondades	20
2.1.1. Eelkõige jääb teenusepakkujatest kaugemal elav patsient ilma ambulatoorsest taastusravist, vähem statsionaarsest taastusravist	20
2.1.2. Riigikontrolli ettepanekud	26
2.2. Osutatud taastusraviteenus pole alati olnud meditsiiniliselt põhjendatud	27
2.2.1. Statsionaarset taastusravi saavad ka need, kes seda ei vaja, mistõttu vajajatele jätkub seda vähem	27
2.2.2. Ambulatoorset taastusravi saanud patsiendid olid tõenäoliselt saanud rohkem kui ainult vajalikke protseduure.....	30
2.2.3. Riigikontrolli ettepanekud	34
2.3. Taastusravi eelarvet ei planeerita haiguste esinemissagedusest ja sellest tulenevast taastusravi vajadusest lähtuvalt.....	35
2.3.1. Objektivne planeerimine nõuaks taastusravi eelarve olulist suurendamist	35
2.3.2. Taastusravi järjekorrad ei peegelda tegelikkust, sest paljusid patsiente ei panda järjekorda.....	35
2.3.3. Seoses taastusravi teenuse rahastamise muutustega alates 1. aprillist 2006 on haigekassal olnud raskem lepingumahte planeerida.....	37
2.3.4. Riigikontrolli ettepanekud	37
2.4. Teenuse mahu suurendamist takistab lisaks rahapuudusele ka spetsialistide puudus.....	37
2.4.1. Uus taastusravile suunamise kord võib kasvatada nõudlust taastusravide järele.....	38
2.4.2. Füsioterapeutide ja tegevusterapeutide arvust ei ole ülevaadet, sest neid ei registreerita	38
2.4.3. Aastaks 2015 planeeritud tegevusterapeutide miinumumaru on võimalik saavutada vaid siis, kui kõik lõpetajad lähevad erialasele tööle.....	39

2.4.4.	2015. aastaks on võimalik arengukavas planeeritud kvalifikatsioonile vastavate füsioterapeutide arv saavutada.....	40
2.4.5.	Riigikontrolli ettepanekud	42
LISAD.....		43
1.	Taastusravi mõjude analüüsi meetodika	44
2.	Väliskirjanduse loetelu	50
3.	Intervjuud	52
4.	Füsioterapeutide arv erinevates riikides 2005. aastal	54
5.	Küsitlused.....	55
6.	Kokkuvõtte küsitlustest valitud küsimuste vastuste kaupa	60
7.	Kuni 2 aastaste laste ambulatoorne taastusravi maakonniti.....	64
8.	Taastusravi mõju statistilise analüüsi ülevaade	65
SOTSIAALMINISTRI VASTUS, KOOPIA HARIDUS- JA TEADUSMINISTRI 17.10.2006. A VASTUSEST NR 1-6/2542-3 NING EESTI HAIGEKASSA JUHATUSE ESIMEHE VASTUS		68

Sissejuhatus

Auditi eesmärgiks oli anda hinnang praeguse taastusravi korralduse tõhususele ja selgitada, kui palju taastusravi vajavaid inimesi seda sai ja kui palju jäi sellest ilma ning miks inimesed õigeaegset taastusravi ei saanud; analüüsida, kas taastusravi mittedaamine põhjustas nende inimeste hilisemate ravikulude, puudeastme või tööiste sissetulekute muutuse võrreldes haigestumiseelse perioodiga.

Auditeeritud asutused: Sotsiaalministeerium, Eesti Haigekassa.

Auditeeritud periood: 2004. a kuni 2006. a I poolaasta.

Auditirühma liikmed: auditijuht Liisi Uder, vanemaudiitor Siiri Suits, audiitor Meelis Peerna. Auditi planeerimisel osales ja taastusraviuuringute ülevaate koostas audiitor Laura Maran.

Valdkonna ülevaade

Taastusravi on tervishoiuteenus, mida osutatakse tervishoiuasutustes ning milleks on ette nähtud raha Eesti Haigekassa (edaspidi ka haigekassa) eelarves. Taastusravi on suunatud häirunud funktsiooni taastamisele, säilitamisele või puudega kohanemisele.¹ Teisisõnu on taastusravi eesmärgiks aidata haiguse või traumaga patsient võimalikult kiiresti jalule, et patsient pöörduks ruttu oma normaalse elu juurde tagasi. Taastusravi vajaduse, mida defineeritakse kui võimet saada taastusravist kasu, määravad arstid. On diagnoose, mille puhul on võimalik vajadus ka üldjoontes välja tuua (insuldi järel 60% patsientidest, müokardiinfarkti ja südame pärgarteri šundilõikuse² järel 85% patsientidest, endoproteeside paigaldamisel ~100% patsientidest).

Taastusravi osutatakse ambulatoorselt või statsionaarselt.

- Ambulatoorselt osutatakse teenust, mille korral patsient haiglas ei ööbi.
- Statsionaarselt osutatakse teenust, mille korral on vajalik ööpäevaringne haiglas viibimine.

Taastusravi teenuste tasustamine

- **Kuni käesoleva aasta 1. aprillini** oli haigekassa teenuste loetelus kirjas ambulatoorse ravipäeva kompleksteenuse, mille sees pidi patsiendile osutama kolme teenust järgnevatest: liikumisravi, vesiravi, lokaalne käsimassaaž, sooja- või külmaravi, soolakamber, manuaalteraapia, nõelravi. Statsionaarse taastusravi puhul oli kasutusel viis erinevat statsionaarse taastusravi voodipäevateenust ning piirhinda.
- **Alates 01.04.2006. a** on haigekassa teenuste loetelu muutunud tulenevalt taastusravi uuest kontseptsioonist. Seni kasutusel olnud ambulatoorse taastusravi ravipäevateenuse asemel kasutatakse nüüd eraldi teenuseid. Uute teenustena on lisandunud kompleksed 60-minutised füsioteraapia ja tegevusteraapia teenused, mida saab osutada nii ambulatoorses kui ka statsionaarses taastusravis. Statsionaarse taastusravi loetelus on ainult üks voodipäevateenus. Kirjeldatud on erinevad näidustused, millest sõltub haigekassa rahastatavate voodipäevade arv ning patsiendi omaosaluse määr. Lisaks voodipäevale võib statsionaarse taastusravi puhul raviarvel kasutada senisest enam uuringuid ja protseduure (eelmise rahastamisskeemi korral olid need voodipäeva hinna sees).
- Lisaks on Eesti Haigekassa teenuste loetelus välja toodud taastusravi üksikprotseduurid, mida on eelneva ja praeguse korralduse ajal rahastatud nii taastusravi kui ka teiste erialade

¹ Taastusravivõrgu arengukava

² Ahenenud veresoone asendamine mujalt võetud veresoone osaga või proteesiga.

eelarvest. Teiste erialade puhul on taastusravi üksikprotseduure tehtud enamasti nende erialade statsionaarse ravi sees.

Taastusravi sihtrühm

Tabelis 1 on toodud kokkuvõtvalt olulisemad haigusrühmad, kuhu kuuluvate haiguste puhul taastusravi osutatakse, nendele kulunud raha ning ravijuhtude arv, mis vastava rühma haiguste taastusravi kohta esitati.

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

Haigusrühm	Maksumus (mln kr)	Ravijuhud	Hind arve kohta (kr)
Lihaskonna- ja sidekoehaigused	23,0	23 152	995
Vereringeelundite haigused	17,1	2800	6114
Närvisüsteemihaigused	7,7	5760	1341
Vigastused, mürgistused ja teatavad muud välispõhjuste toime tagajärjed	3,2	2117	1520
Hingamiselundite haigused	2,5	1257	1976
Kokku	53,6	37 773	1418
Nende haigusrühmade osa kogu taastusravist	93%	93%	–

Allikas: Haigekassa 2004. a taastusravi arved

Taastusravi rahastamine

Taastusravi teenusepakkujaid ja teenuste mahtu iseloomustab tabel 2. Haigekassa eelarves on 2006. a ette nähtud taastusravile 75,3 miljonit krooni, millest ligikaudu 43% on planeeritud ambulatoorsete ning 57% statsionaarsete taastusravi teenuste osutamisele.

Tabel 2. Taastusravi teenuse rahastamist iseloomustavad näitajad

	2003	2004	2005	2006*
Teenusepakkujate arv	47	49	47	37
Taastusravi teenuste kogumaht (mln kr), sh	46,1	57,4	65,0	75,3
ambulatoorne (mln kr)	17,2	24,9	28,6	32,0
statsionaarne (mln kr)	28,9	32,6	36,4	43,3
Kogu ravikindlustuse hüvitiste kulud kokku (mln kr)	5 292,2	6 137,0	6 983,8	7 913,9
Taastusravile kulunud raha osakaal kogu ravikindlustuse hüvitiste kuludest (%)	0,87	0,94	0,93	0,95
Taastusravi teenuste kogumaht (ravijuhte), sh	30 968	37 777	43 598	46 328
ambulatoorsed ravijuhud	25 302	32 521	38 069	40 388
statsionaarsed ravijuhud	5 666	5 256	5 529	5 940
Teiste erialade eelarvest rahastatavad taastusravi protseduurid (mln kr)	Info puudub	10,3	10,7	Ei planeerita ette

* Eelarves planeeritud

Allikas: Haigekassa aruanded; 2006. aasta eelarve ja päringud

Auditi iseloomustus

Audit koosneb kahest osast. Esimeses osas on kirjeldatud taastusravi senise korralduse mõjusid. Selleks uuriti kolme eriala patsientidest moodustatud valimite põhjal, kui paljud neist õigel ajal taastusravi said. Ühtlasi analüüsiti, kas osutamata jäänud taastusravi võis põhjustada patsiendi hilisemate ravikulude või puude raskusastme suurenemist või tööise sissetuleku (palga) vähenemist.

Auditi teine osa toetub esimeses osas toodud järeldusele, et taastusravi on Eestis halvasti kättesaadav. Selle tulemuse valguses analüüsiti lähemalt põhjuseid, mis taastusravi kättesaadavust on vähendanud, ning tehti soovitusi selle kohta, mida praeguses korralduses võiks taastusravi kättesaadavuse suurendamiseks muuta.

Metoodika

Riigikontroll keskendus kahe hüpoteesi uurimisele. Esimeseks hüpoteesiks oli, et Eestis ei saa kõik vajajad õigeaegset taastusravi. Selle uurimiseks moodustati valim 2004. aasta esimeste kuude patsientidest, kes olid üle elanud südameinfarkti, -operatsiooni või insuldi või kellele oli paigaldatud suure liigese endoprotees³. Insuldipatsientide taastusravi vajadust hindasid neuroloogide ja taastusarstide koostatud kriteeriumide põhjal auditisse kaasatud neuroloogidest eksperdid Mai Roose ja Silja Kullamaa. Järgnevalt kontrollisid audiitorid haigekassa raviarvete andmete alusel, kas patsiendid said taastusravi, ning selle saamise õigeaegsust.

Pärast esimesele hüpoteesile kinnituse saamist uuris Riigikontroll teise hüpoteesi kehtivust. Hüpoteesiks oli, et taastusravi vajavate inimeste taastusravist ilmajäämine on kaasa toonud hilisemat ravi- või sotsiaalkulude kasvu või töötasu vähenemist võrreldes sellega, kui nad taastusravi oleksid saanud. Hüpoteesi kontrollimiseks võrdlesid audiitorid taastusravi saanute ja mittesaanute grupi edasisi ravikulusid, puude raskusastet jm näitajaid, et leida taastusravi osutamise võimalik mõju riigieelarvele või inimesele endale. Lisaks töötati läbi seni erinevates riikides tehtud uuringuid taastusravi kulutõhususe kohta. Auditi käigus analüüsiti ainult majanduslikke mõõdetavaid kriteeriume. Auditi metoodika ei võimaldanud uurida taastusravi mõju inimeste elukvaliteedile, mida taastusravi saamine arstide sõnul oluliselt parandab. Täpsem hüpoteeside uurimise metoodika on toodud lisas 1.

Leidnud, et kõik vajajad ei olnud õigeaegset taastusravi saanud, keskendus Riigikontroll praeguse taastusravi korralduse uurimisele, et leida võimalikke halva kättesaadavuse põhjuseid.

- Intervjuude ja päringutega koguti kvalitatiivset infot lisaks dokumentaalsetele ja statistilistele materjalidele. Intervjuude loetelu on toodud lisas 3.
- Arstide küsitlus. Küsitleti 10–20 arsti kardioloogia, neuroloogia, ortopeedia ja taastusravi erialalt, 73 perearsti ning 33 füsioterapeuti. Küsitlusega koguti infot teenusega seotud probleematika kohta ning taastusravi saamata jäämise põhjuste kohta. Küsitluste ankeedid on toodud lisas 5 ja valitud vastuste kokkuvõte lisas 6.
- Statistika analüüs. Haigekassa taastusravi arvete andmeid kasutati lisaks hüpoteeside kontrollimisele ka üldise statistilise ülevaate saamiseks teenuse kättesaadavuse kohta. Taastusravi spetsialistide arvude väljatoomiseks kasutati Tervishoiuameti ja võrdluseks teiste riikide andmeid.
- Ekspertide kaasamine. Lisaks ülal nimetatud neuroloogidele, kes hindasid insuldipatsientide taastusravi, kaasati taastusravi mõjude analüüsi konsultandina Andres Vörk (Tartu Ülikool, PRAXIS).
- Väliskirjanduse analüüs. Auditi käigus töötati läbi väliskirjandust, mis sisaldas taastusravi kulutõhusust käsitlevaid uuringuid. Uuringute allikate loetelu on toodud lisas 2 ning aruande tekstis on viited uuringutele nurksulgudes.

Auditis kasutatud mõisted

³ Tehisliiges

Füsioterapeut – taastusravi spetsialist, kellel on erialane kõrgharidus või muu kõrgharidus ning läbitud erialane täienduskoolitus. Osutab füsioteraapia teenust (sh haigekassa tervishoiuteenuste loetelus nimetatud füsioteraapia protseduuri (kood 7041)).

Tegevusterapeut – taastusravi spetsialist, kellel on erialane kõrgharidus. Osutab tegevusterapia teenust (sh haigekassa tervishoiuteenuste loetelus nimetatud tegevusterapia protseduuri (kood 7042)).

Ravijuht – käesolevas auditis on ravijuhuks arvestatud raviteenuste kogumit, mille kohta on haigekassale hüvitamiseks esitatud üks raviarve. Üks raviarve sisaldab tavaliselt mitmeid raviteenuseid, mis on osutatud ühe haigusjuhu raames (näiteks insuldiravi korral). Taastusravis sisaldab raviarve tavaliselt ühte järjestikust teenuste paketti (näiteks statsionaarses teenuses üks 10-päevane taastusravi periood).

Varajane taastusravi – aktiivravi ajal osutatud taastusravi üksikprotseduurid, mis on sisuliselt aktiivravi osa ning mida ei rahastata taastusravi eelarvest. Kardioloogia erialal ehk müokardiinfarkti ravijuhendis nimetatakse seda esmaseks taastusraviks ning varane taastusravi on pärast põhiravi algav taastusravi. Auditis aruandes on mõistete ühtsuse huvides ka kardioloogiapatsientide põhiraviaegseid taastusraviprotseduure nimetatud varajaseks taastusraviks.

Epikriis – lühike ravikokkuvõte, mis sisaldab patsiendi haiguse kulgu ja ravi (tavaliselt 1 lk).

Esmatasandi arstiabi – arstiabi tasand, kus perearstid ja nendega koos töötavad tervishoiutöötajad osutavad üldarstiabi ambulatoorset tervishoiuteenust.

1. Taastusravi senise korralduse mõju

Tõhusaks taastusravi korralduseks võib nimetada olukorda, kus kõik taastusravi vajajad saavad õigel ajal nende jaoks vajalikke taastusravi teenuseid.

Auditi käigus on erinevate erialade arstid avaldanud arvamust taastusravi vähese kättesaadavuse ja sellest ilmajäämise mõjude kohta. Ühe taastusravi olulisema mõjuna on mainitud võimalust ära hoida hilisemad suured ravikulud, sest taastusravi vajanud, kuid seda mittesaanud patsientide hilisem ravi on tunduvalt pikem ja kulukam. Ühtlasi võib taastusravist ilmajäämise tõttu suureneda puude raskusaste ja töövõimetusmäär. Taastusravivõrgu arengukavas on märgitud, et intensiivne taastusravi ägeda haiguse ja trauma järel ei ole kõigile vajajatele tagatud ning see soodustab tööealisel inimesel püsiva puude kujunemist.

Riigikontrolli intervjueritud arstide hinnangul peaks taastusraviga alustama enamasti kohe pärast aktiivravi lõppu. Taastusravi kättesaadavuse kõrval on tähtis selle saamise õigeaegsus, mis mõjutab oluliselt patsiendi taastumise kiirust ja määra. Hilinenud taastusravi mõju inimese taastumisele väheneb oluliselt või puudub üldse. Taastusravi vajadus sõltub peamiselt patsiendi haigusest, haiguse raskusastmest, määratud diagnoosist ja saadud aktiivravist.

Taastusravi saamise ja kättesaadavuse hindamiseks analüüsis Riigikontroll kolme suures osas taastusravi vajava patsiendirühma hilisemat taastusravi saamist (metoodika kirjeldust vt lisa 1). Nende patsiendirühmade taastusravi vajavate patsientide osakaalud on esitatud tabelis 3.

Tabel 3 Keskmine taastusravi vajaduse osakaal valitud diagnooside või operatsioonide korral

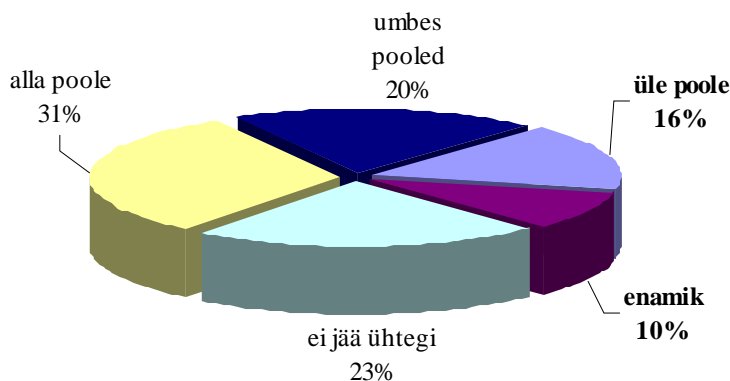
Eriala (diagnoos või operatsioon)	Keskmine taastusravi vajadus, %	Hinnangute allikad
Kardioloogia (äge infarkt, teatud südameoperatsioon)	80–85	Kohtumine Eesti Kardioloogide Seltsi ja Eesti Taastusarstide Seltsi esindajatega; hinnang ühtib Suurbritannia NSF CHD seisukohtadega [6].
Neuroloogia (insuldihaiaged)	60	Insuldi taastusravi juhend; Riigikontrolli analüüsis said eksperdid taastusravi vajajate osakaaluks 61% valimist.
Ortopeedia (suure liigese endoproteesid)	90–100	Kirjavahetus Eesti Traumatoloogide-Ortopeedide Seltsi juhatuse esimehe Andres Kõõbiga ja Eesti Taastusarstide Seltsi juhatuse esimehe Egle Seppoga.

1.1. Enamik vajajatest ei ole saanud õigeaegset taastusravi

Nii Eesti Haigekassa kui ka teenuse osutajate hinnangul on taastusravi vajadus oluliselt suurem praegustest võimalustest. Ka arstide küsitlus näitab, et paljud taastusravi vajavad patsiendid on jäänud taastusravile suunamata (vt joonis 1 ja lisa 6). Taastusarstide hinnangul⁴ jääb taastusravile suunamata keskmiselt 11% taastusravi vajanud patsientidest. Seega on taastusarsti vastuvõtule jõudnud patsientidel taastusravi saamise võimalus suurem.

⁴ Taastusarstidelt küsiti küsimustikus täpset protsenti, kui palju patsiente jääb taastusravile suunamata (vt lisa 5).

Joonis 1 Eriarstide ja perearstide hinnangud selle kohta, kui palju taastusravi vajavaid patsiente jääb neil taastusravile suunamata

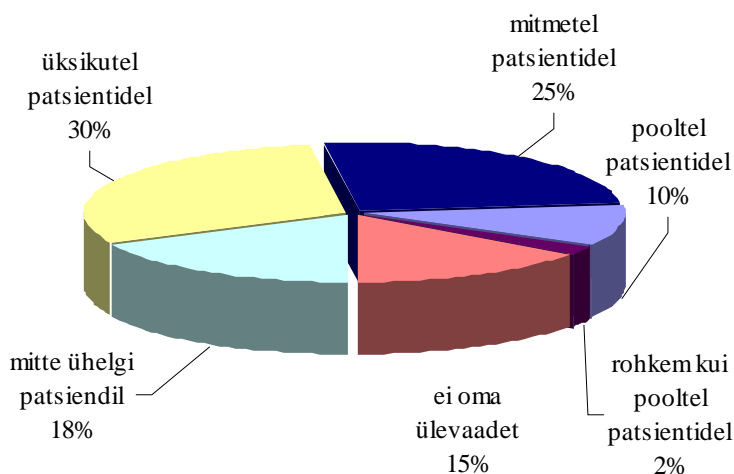


Allikas: Riigikontrolli küsitlus

Taastusravi hilineb rohkem kui pooltel taastusravi saanud patsientidel

Auditis analüüsitud kolme eriala patsientidest said taastusravi teenust hilineenult kuni 60% taastusravi saanud patsientidest: kardioloogias 59%, neuroloogias 13,6% ja ortopeedias 60% (vt p 1.1.1–1.1.3). Auditi käigus korraldatud arstide küsitluste tulemustest selgub samuti, et taastusravi hilinemine on probleem. Küsimustikule vastas rohkem kui kolmandik arstidest, et taastusravi hilineb mitmetel, pooltel või rohkem kui pooltel patsientidel (vt joonis 2 ja lisa 6).

Joonis 2. Eriarstide, perearstide ja taastusarstide hinnangud selle kohta, kui paljudel nende poolt taastusravile suunatud patsientidel on taastusravi hilineenud



Allikas: Riigikontrolli küsitlus

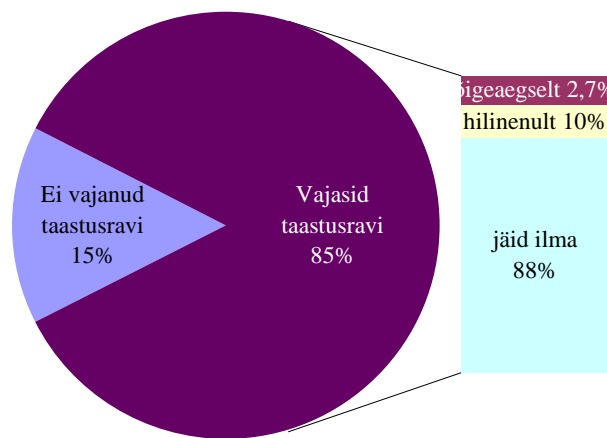
Raviasutuste esindajad rõhutasid samuti, et hilineenud taastusravile jõudmine on suur probleem ning see on osaliselt põhjustatud arstide vähesest informeeritusest taastusravi kohta (inimene suunatakse taastusravile hilineenult). Üksikute patsientide korral võib taastusravi algust edasi lükata tervislik seisund, kuid arstide hinnangul on nende patsientide hulk korralduslikel põhjustel hilineenud taastusravi saanud patsientidega võrreldes väike.

1.1.1. Ägeda infarkti või südameoperatsiooni patsientidest sai õigeaegset taastusravi alla 3%

Analüüsitud kardioloogiapatsientide valimis oli kokku 1032 patsienti, kellest taastusravi oleks hinnanguliselt olnud vaja 877 patsiendil (85%, vt tabel 3, lk 10). Riigikontroll arvestas õigeaegse taastusravi saamise kriteeriumiks kardioloogia erialaseltsi hinnangut, mis oli kuni 30 päeva aktiivravi algusest ehk haigestumise või operatsiooni hetkest. Arvestades, et taastusravi vajas hinnanguliselt 85% patsientidest, sai õigeaegset taastusravi ainult 2,7% vajajatest (vt joonis 3).

Tuginedes prof Maarooši hinnangule, et Eesti kontekstis võiks rahuldavaks pidada olukorda, kus taastusravi saab 50% patsientidest, sai õigeaegselt taastusravi ligikaudu 5% vajajatest ning veel 16% sai taastusravi hilinenult.

Joonis 3. Kardioloogiapatsientide taastusravi saamine



Allikas: Haigekassa raviarved. Riigikontrolli analüüs

Kardioloogia erialaseltsi esindajad tõid välja, et taastusravile peab juba aktiivravi ajal eelnema patsienti aktiveeriv varajane taastusravi (kardioloogiapatsientide müokardiinfarkti ravijuhendi mõistes esmane taastusravi). Varajast taastusravi on aktiivravi sees saanud pooled patsiendid (49%, vt tabel 4). Varajase taastusravi protseduuride arv on aga üldjuhul väga väike, mistõttu see ei asenda täielikult aktiivravile järgnevat taastusravi.

Tabel 4. Varajase taastusravi saamine kardioloogiapatsientide hulgas

	Varajast taastusravi saanute osakaal, %	Patsiente kokku
Taastusravi õigel ajal saanud	48	44
Taastusravist ilmajäänud	48	924
Taastusravi hilinenult saanud	63	64
Kokku	49	1032

Allikas: Haigekassa raviarved. Riigikontrolli analüüs

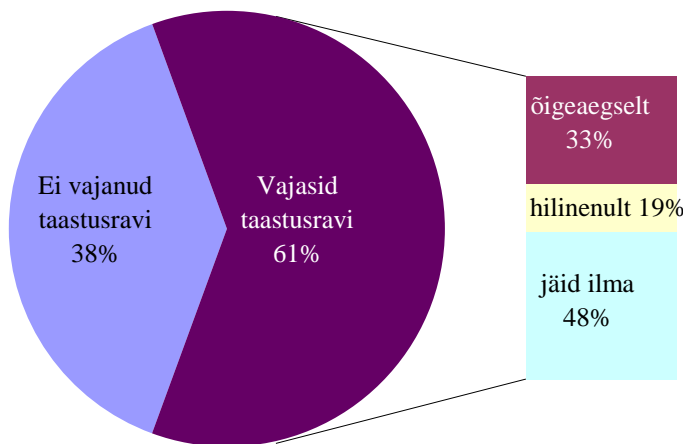
Näide: Suurbritannias peetakse samuti taastusravi saamist infarktjärgsetel patsientidel väga väheseks. Sealne kardioloogiapatsientide taastusravi saamise uuring [5] näitas, et taastusravi sai ainult 25% infarktipatsientidest. Uuringust ei selgu taastusravi õigeaegsus käesolevas auditis arvestatud kriteeriumi mõistes. Samas on see osakaal oluliselt suurem nii auditi analüüsis selgunud Eestis õigeaegset taastusravi saanute (2,7%) kui ka üldse taastusravi saanute osakaalust (12,7%).

1.1.2. Taastusravi vajanud insuldipatsientidest said taastusravi pooled, õigel ajal kolmandik

Neuroloogiapatsientide taastusravi vajadust hindas kaks eksperti (neuroloogi) patsientide epikriiside põhjal (vt analüüsi metoodikat täpsemalt lisast 1). Ekspertide hinnangul vajab taastusravi 334-st analüüsitud insuldipatsiendist 203 (ehk 61%).

Taastusravi õigeaegse saamise hindamisel lähtus Riigikontroll neuroloogia erialaseltsi esindajatega kooskõlastatult järgmisest kriteeriumist: õigeaegseks peeti taastusravi, mis algas vähemalt viiendal päeval pärast insuldiga seotud põhiravi lõppu ning mille korral sai patsient varajase taastusravi protseduure juba aktiivravi ajal. Eeltoodud kriteeriumi kohaselt sai vajajatest õigel ajal taastusravi ainult 33% patsientidest (vt joonis 4).

Joonis 4. Insuldipatsientide taastusravi vajadus ja taastusravi saamine pärast põhiravi



Allikas: Haigekassa raviarved, ekspertide hinnangud taastusravi vajadusele. Riigikontrolli analüüs

Varajast taastusravi, mida oleksid pidanud saama kõik neuroloogiapatsiendid, sai 75% kõikidest valimisse kaasatud patsientidest (vt tabel 5). Tulenevalt taastusravi õigeaegsuse kriteeriumist olid kõik õigel ajal taastusravi saanud patsiendid saanud varajast taastusravi. Need patsiendid, kes vajasisid pärast põhiravi taastusravi, olid põhiravi sees saanud varajast taastusravi rohkem kui mittevajajad (vastavalt 81% ja 66%).

Tabel 5. Insuldipatsientide varajase taastusravi saamine

	Varajast taastusravi saanute osakaal, %	Patsiente kokku
Pärast põhiravi taastusravi mittevajajaid	66	131
Pärast põhiravi taastusravi vajajaid, sh taastusravi õigel ajal saanud	81	203
taastusravist ilmajäänuid	100	66
taastusravi hilinenult saanud	72	98
taastusravi hilinenult saanud	72	39
Kokku	75	334

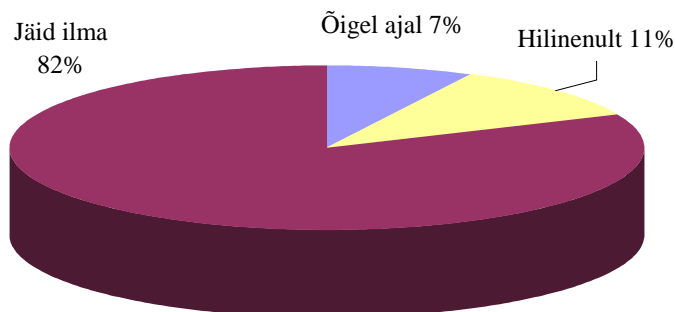
Allikas: Haigekassa raviarved, ekspertide hinnangud taastusravi vajadusele. Riigikontrolli analüüs

1.1.3. Endoproteesimise järel sai õigeaegset taastusravi vähem kui kümnendik patsientidest

Riigikontroll lähtus ortopeediapatsientide puhul erialaseltsi esindaja hinnangust, et suurte liigeste endoproteesimise järel vajavad taastusravi peaaegu kõik patsiendid (vt ka tabel 3, lk 10).

Analüüsi valmis oli kokku 937 patsienti. Taastusravi saamise õigeaegsuse kriteeriumiks arvestati, et taastusravi algas hiljemalt kuu aja jooksul pärast operatsiooni. Taastusravi sai õigel ajal ainult 7,4% patsientidest (vt joonis 5).

Joonis 5. Endoproteesi saanud patsientide taastusravi saamine



Allikas: Haigekassa raviarved. Riigikontrolli analüüs

Ortopeediapatsientide taastusravist ilmajäämist kompenseerib teatud määral see, kui patsient on pärast operatsiooni saanud haiglas varajast taastusravi. Varajast taastusravi oli saanud 20% patsientidest, kuid see ei vähenda nende hilisema taastusravi vajadust (vt ka tabel 6).

Tabel 6. Varajase taastusravi saamine ortopeediapatsientide hulgas

	Varajast taastusravi saanute osakaal, %	Patsiente kokku
Taastusravi õigel ajal saanud	28	69
Taastusravist ilmajäänud	19	766
Taastusravi hilinenult saanud	20	102
Kokku	20	937

Allikas: Haigekassa raviarved. Riigikontrolli analüüs

1.2. Taastusravi saamine mõjutab hilisemaid kulusid ja patsiendi elukvaliteeti

Riigikontroll uuris, kas taastusravi saamata jäämine mõjutab valitud diagnooside korral patsiendiga seotud kulusid, tulusid või patsiendi seisundi näitajaid. Selleks analüüsisid audiitorid esmalt vastavat teaduskirjandust ning seejärel eksperdi abiga taastusravi mõjusid Eesti oludes.

1.2.1. Erinevad uuringud näitavad üldjuhul taastusravi kuluefektiivsust

Auditi käigus analüüsisid audiitorid erinevates riikides korraldatud uuringuid taastusravi tõhususe kohta auditis käsitletud kolme eriala valdkonnas (vt ka lisa 2 toodud uuringute loetelu). Uuringuid taastusravi mõju kohta, mis puudutasid patsiendi edasisi ravikulusid ja tööaliste inimeste tööle naasmist, leidis peamiselt ainult infarkti läbielanud inimeste kohta. Insuldi ja endoproteesimise läbielanute uuringutes keskenduti ennekõike erinevate taastusravivormide (stационаarne vs kodune taastusravi jm) kulutõhususe hindamisele, arvestades sealjuures ka kliinilisi tulemusi. Uuringutes vaadeldi enamjaolt kõiki patsiendiga seotud kulusid koos – kogukulused –, mis sisaldasid tervishoiukuluseid, sotsiaalhoolekandekulusid ning tööaliste elanike korral ka mittetöötamisega seotud riigi tulude vähenemist. Kardioloogia eriala valdkonda puudutavates uuringutes, mis ühtivad käesoleva auditi teemaga, toodi välja ka olulisi taastusravi positiivseid mõjusid. Viited lisa 2 olevale uuringute allikate loetelule on tekstis toodud nurksulgudes.

Kardioloogiapatsientide Rootsis korraldatud 5aastane uuring [1] näitas, et infarkti läbielanute taastusravi on kulutõhus. Uuringus võrreldi kahte patsiendirühma, kellest ühed said laiaulatuslikku taastusravi spetsiaalses kliinikus ja teised suunati esmatasandile (ei saanud terviseõpetust ega füüsilist treeningut). Ulatuslik taastusraviprogramm ei suurendanud tervishoiukulusid, kuna selle läbinutel vähenes oluliselt hilisem rehospitaliseerimine ja kahanes risk uueks infarktiks. Samuti leiti, et ulatusliku taastusraviprogrammi läbinutest naasis hiljem tööle oluliselt rohkem võrreldes programmi mitteläbinutega. Erinevus ilmnes teisel uuringu-aastal pärast taastusravi läbimist. Patsiente jälgiti 5 aasta jooksul, taastusravi saanute keskmised kogukulud⁵ olid oluliselt väiksemad kui taastusravi mittesaanutel.⁶

Erinevates uuringutes on veel leitud [1–3], et taastusravi programmi läbinutel on väiksem risk uueks infarktiks ning paremad tervisenäitajad (vähem rehospitaliseerimisi, väiksem suremus jms), mis kokkuvõttes tagavad väiksemad kogukulud.

Samas on ka järeldatud, et kuigi südame-veresoonkonnahaiguste taastusravi on kulutõhus, on tegu heterogeense teenusega ning kulusid ja kulutõhusust mõjutavad mitmed tegurid: programmi ulatuslikkus, asukoht, protsessi intensiivsus, patsiendid jms. Kõikides vormides ja kõikidele patsientidele osutades ei pruugi taastusravi olla kuluefektiivne [4].

Insuldijärgse taastusravi ning selle kulutõhususe artiklites on valdavalt uuritud taastusravi võimalikkust erinevates institutsioonides (tavahaigla, taastusravi haigla ja spetsiaalsed insuldijärgse taastusravi üksused) ning võrreldud seda koduse taastusraviga. Ühest järeldust uuringutest teha ei saa. Mitmed uuringud [8–10, 12, 13] näitavad siiski, et kodune taastusravi annab sisuliselt samad kliinilised tulemused ja maksab kogukuludes ka mõnevõrra vähem. Arvestama peab, et koduse taastusravi korral nihkub osa kulusid tervishoiust sotsiaalhoolekandesüsteemi, mis patsiendiga seotud kogukuludesse arvestatuna võib anda tulemuse, kus märkimisväärset kokkuhoidu ei ole [11, 14]. Kõikides uuringutes on märgitud, et koduse taastusravi positiivne mõju väljendub igal juhul haiglate väiksemas voodihõives, kuna haiged kirjutatakse kiiremini haiglast välja.

Insuldi ja insuldi taastusravi juhendis⁷ on välja toodud, et kõige efektiivsem on insuldi ravi ja taastusravi spetsiaalsetes insuldiüksustes (ingl *stroke unit*⁸), ning mainitud, et aktiiv- ja taastusravi on insuldiüksuses kõige tulemuslikum (väiksem suremus ja sõltuvus kõrvalabist ning 18–20% väiksem vajadus hooldusasutustesse paigutamiseks). Auditi käigus läbi töötatud uuringutes [15–17] olid välja toodud samad faktid ning viidatud ka kulutõhususele. Taanis korraldatud uuringu [17] tulemusel selgus, et ravi insuldiüksuses vähendas (võrreldes insuldiraviga tavalises haiglas) suhtelist suremusriski 50%, suhtelist hooldusravile üleviimise riski 40%, kahekordistas suhtelist kodusele ravile saatmise võimalust ning lühendas seejuures haiglas viibimise aega 30% (sästes 1313 voodipäeva 100 insuldipatsiendi kohta).

Briti Kontrollikoda⁹ korraldas 2005. aastal auditi teemal “Vähendades ajukahjustusi: kiirem ligipääs insuldiravile”¹⁰. Selgus, et insuldihaigete õigeaegne aktiiv- ja taastusravi vähendab surmasid, puuete raskusastet ning on kokkuvõttes kulutõhus.

⁵ Tervishoiukulud ja riigi saamata jäänud tulud ja/või tekkinud kulud mittetöötamise või varajase pensioni tõttu.

⁶ Riigi (ühiskonna) rahaline võit 5 aasta jooksul oli 73 500 Rootsi krooni ja ravikindlustuse võit 50 000 Rootsi krooni isiku kohta.

⁷ Vt <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/ravijuhendid/andmebaas/tunnustatud/>

⁸ Insuldi ravijuhendi järgi on insuldiüksus osa haiglast või osakonnast, mille peamine ülesanne on insuldihaigete ravimine. Insuldiüksuses läbib patsient järgmised etapid: 1) diagnoosimine, k.a radioloogiline ja õenduslik hindamine; 2) insuldi ravi akuutses staadiumis; 3) taastusravi, mille jooksul otsustatakse patsiendi taastusravi jätkamine (koordineerib multidistsiplinaarne meeskond).

⁹ *National Audit Office of United Kingdom*

¹⁰ Reducing Brain Damage: Faster access to better stroke care. Vt http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/05-06/0506452.pdf [10.07.2006]

Endoproteesimisjärgsete patsientide taastusravi ajakohaseid uuringud leidsid üksikuid. Uuritud on ennekõike võimalusi vähendada haiglapäevi koduse taastusravi kaudu [21–23]. Peamise tulemusena on leitud, et pikal statsionaarsel taastusravil ei ole kliinilistes tulemustes eeliseid koduse taastusravi ees. Viimane vähendab aga haiglate voodihõivet ja sellega seotud kulusid.

Suurbritannias tehti uuring [20], mis põhines mitmel varasemal uuringul ja kus leiti, et tihti on patsientidel ebareaalsed ootused taastumise suhtes ning traditsioonilise taastusravi kõrval on oluline ka operatsioonieelne ja -järgne teavitustöö. Uuringust selgus, et teavitustöö suurendas patsientide rahulolu operatsiooni tulemustega ja teadlikkust taastusravist (sh kodusest taastusravist), vähendas haiglas veedetud päevade arvu 18-lt 15-le ning seega ka kulusid.

1.2.2. Analüüs näitas, et taastusravi mõjub patsientide hilisematele ravikuludele, puudele ja töötasule osaliselt

Taastusravi mõjude uurimiseks analüüsis Riigikontroll valitud kolme patsiendirühma haigestumisele või operatsioonile järgneva perioodi muutust võrreldes eelneva perioodiga järgmiste tunnuste kaupa:

- patsiendi kõik ravikulud;
- patsiendi ravimikulud (s.o soodusravimid, arvestatud on haigekassa ja patsiendi tasutud summasid kokku);
- puude raskusaste;
- töiste sissetulekute ehk palga muutus.

Uuriti, kas taastusravi saanutel, sh õigeaegselt saanutel, on võrreldes taastusravi mittesaanutega edaspidised ravikulud väiksemad, puude raskusaste väiksem või sissetulekud suuremad. Lisaks vaadati taastusravi mõju ravikulude juurdekasvule ja töiste sissetulekute saamise tõenäosuse muutusele võrreldes haiguseelse perioodiga. Kuna taastusravi saanute ja mittesaanute grupid olid oma struktuurilt osaliselt erinevad (vanus, sugu, elukoht, varasem töötasu, haiguse raskus jm), siis elimineeriti muude tegurite mõjud, et osalus- ja võrdlusgrupid saaksid võimalikud sarnased (täpsem metoodika kirjeldus on toodud lisa 1).

Osalus- ja võrdlusgruppide sarnaseks tegemine tähendab kokkuvõtvalt seda, et analüüsis võrreldi erinevate taastusravi kombinatsioonide kaupa omavahel samast soost, samast vanuserühmast, sama haiguse raskusastmega jt patsiente. Statistilise analüüsi käigus teostatud regressioonanalüüs ja statistiline sobitamine (täpsem kirjeldus lisa 1 lõpus) andsid taastusravi mõjude osas sarnased tulemused. Käesolevas alapeatükis on kajastatud vaid statistilise sobitamise analüüsi (kui täpsema meetodi) tulemusi, mis jäävad vähemalt statistilise olulisuse 90% usalduspiiridesse. Regressioonanalüüsi ja statistilise sobitamise analüüsi tulemuste keskmiste näitajate kokkuvõtlikud tabelid on toodud lisa 8. Samuti on lisa 8 täpselt esitatud erinevad taastusravi saamise kombinatsioonid, mida analüüsis võrreldi.

Analüüsi tulemused ei olnud igal erialal ootuspärased

Taastusravi mõjude analüüs näitas, et **kardioloogia erialal** oli taastusravi positiivne mõju kõige suurem. See ühtib ka eelmises peatükis välja toodud uuringute kokkuvõtetega, mille järgi on kardioloogiapatsientide taastusravi positiivset mõju leitud kõige enam.

Õigeaegse taastusravi saamine andis ainult ühe olulise¹¹, kuid ootustele mittevastava mõju: patsientide keskmine ravimikulu suurenes 2005. aastal 1090 krooni võrra võrreldes 2003. aastaga.

¹¹ Selles alapeatükis on *olulisuse* all mõeldud *statistilist olulisust* ehk hüpoteesi kehtivust vähemalt 90%-l juhtudest.

Hilisem keskmine ravikulu oli õigeaegset või natuke hilinevad taastusravi saanud patsientidel võrreldes teiste patsiendigruppidega 2004. a II poolaastal ja 2005. aastal (kokku) 5660 krooni võrra väiksem. Sama tendents tuli välja ka taastusravi või ainult varajast taastusravi saanud patsientide võrdlemisel nendega, kes mingisugust taastusravi ei saanud: 2004. a II poolaasta ja 2005. a keskmine ravikulu oli 5200 krooni võrra väiksem. Mõlemal juhul ületavad summad uuritud kardioloogiapatsientide taastusravi ja varase taastusravi keskmist maksumust (3400 krooni) oluliselt. Järelikult on kardioloogiapatsientide taastusravi juba pooleteiseaastases perspektiivis tervishoiusektorile kulutulud.

Olulised ja positiivsed taastusravi mõjud tulid välja ka kardioloogiapatsientide tööle minemise tõenäosuses ja töötasu suurenemises. Õigeaegset või natuke hilinevad taastusravi saanud patsiendid töötasid 2005. aastal 10% suurema tõenäosusega ning nende keskmine töötasult arvestatud sotsiaalmaks oli 2005. aastal 5747 krooni võrra suurem, see tähendab et nad said keskmiselt 1437 krooni brutopalka igas kuus rohkem. 9% suurem 2005. aastal töötamise tõenäosus avaldus ka siis, kui arvestada kokku kõik taastusravi saanud patsiendid (sh väga hiliselt taastusravi saanud) ja võrrelda neid nendega, kes ei saanud taastusravi üldse.

Ortopediapatsientide taastusravi oli statistiliselt olulist mõju kõige vähem. Ainus positiivne ja oluline tulemus näitas, et õigeaegset taastusravi saanud patsiendid töötasid 2005. aastal 9% suurema tõenäosusega kui õigeaegset taastusravi mittesaanud patsiendid.

Vastupidi oodatule muutus puude raskusaste suuremaks 6% suurema tõenäosusega taastusravi või ainult varajast taastusravi saanud patsientidel, keda võrreldi mitte mingisugust taastusravi saanud patsientidega 2003. ja 2005. aastal. Sama tendents ilmnes ka ainult varast taastusravi saanud patsientide hulgas, kelle puude raskusaste muutus suuremaks 12% suurema tõenäosusega.

Üllatavaks tulemuseks võib pidada, et sõltumata taastusravi saamisest suurenes pärast endoproteesi paigaldamist märkimisväärselt puudega täiskasvanu toetuse saajate hulk. Üllatav on tulemus seetõttu, et endoproteesi saamine peaks patsiendi toimetulekut ja elukvaliteeti parandama. Selle toetuse saajaid oli analüüsitud ortopeediapatsientide hulgas 2005. aastal 42% rohkem kui 2003. aastal (2003. a oli toetuse saajaid 397 ja 2005. a 563). Samuti muutus pisut suuremaks ka puude raskusaste.

Neuroloogiapatsientide analüüsi tulemused näitavad oluliste seostena peamiselt ainult mitteootuspäraseid mõjusid, ennekõike puudega täiskasvanu toetuse saajate arvu ja puude raskusaste muutusi.

Puudega täiskasvanu toetuse saajate arv kasvas ja puude raskusaste süvenes rohkem peaaegu kõikide taastusravi saamise kombinatsioonide korral võrreldes nendega, kes vastavat taastusravi ei saanud. Näiteks hakkas 2005. aastal suurema tõenäosusega saada puudega täiskasvanu toetust 16% õigeaegset taastusravi ja 15% õigeaegset või natuke hilinevad taastusravi saanud patsientidest ning neil süvenes puude raskusaste vastavalt 29% või 17% suurema tõenäosusega, võrreldes taastusravi mittesaanute või hiliselt saanutega.

Ootustele mittevastavalt oli 2005. aastal töötamise tõenäosus 7% väiksem õigeaegse ja natuke hilinevad taastusravi saajate hulgas, võrreldes taastusravi väga hilinevad saanutega, ning 11% väiksem kogu taastusravi saanutega, võrreldes nendega, kes ei saanud üldse taastusravi. Samuti oli taastusravi õigeaegselt või natuke hilinevad saanutega 2005. a töötasult makstud sotsiaalmaks võrreldes 2003. aastaga keskmiselt 1430 krooni võrra väiksem.

Ainus ootuspärane mõju avaldus ainult varast taastusravi saanud patsientide osas, kelle keskmine töötasult makstud sotsiaalmaks oli 2005. aastal 2003. aastaga võrreldes 1660 krooni võrra suurem, kui patsientidel, kes varast taastusravi ei saanud. Kuupalgas arvestatuna said varajast taastusravi saanud töökäijad patsiendid 2005. aastal vastavalt 415 krooni brutopalka rohkem kui varajast taastusravi mittesaanud patsiendid.

Statistiliselt olulise positiivse mõju puudumine võis tuleneda piirangutest analüüsi meetodikas

Analüüsi tulemusena võis taastusravi positiivset mõju täheldada ennekõike kardioloogia-patsientide puhul. Põhjused, miks statistiliselt olulist positiivset mõju teistel erialadel ei leitud, võivad olla seotud järgmiste analüüsi erisustega:

- Analüüsitavaid haigusjuhte oli vähe, mistõttu üksikud äärmuslikud juhtumid võisid keskmistele tulemustele liiga suurt mõju avaldada.
- Taastusravi saamise osakaal oli suurem raskemate haigusjuhtude korral. Raskema seisundiga patsiendi taastumine on ka õigeaegse taastusravi saamise korral halvem kui kergema seisundiga patsiendi korral, isegi kui viimane taastusravi ei saa. Samas seda ebavõrdsust vähendati, võttes arvesse patsiendi keskmisi põhiraviperioodi ravikuluseid, mis kaudselt peaksid kajastama patsiendi seisundi raskusastet või ravitüüpi. Kuna tegu ei olnud meditsiinilise uuringuga, siis iga üksiku patsiendi tervislikku seisundit ning taastumisvõimalusi enne taastusravi osutamist analüüsis ei arvestatud. Näiteks teostati neuroloogia-patsientide taastusravi mõju analüüs tingimusega, kus arvestati konkreetsete patsientide taastusravi saamise vajadust lähtuvalt auditisse kaasatud ekspertide (neuroloogid) hinnangutest. Selle tulemusena muutusid pea kõik puudega täiskasvanu toetuse saamise ja puude raskusastme muutusega seotud mitteootuspärased seosed statistiliselt ebaoluliseks. Võib arvata, et need neuroloogiapatsiendid, kes ei vajanud taastusravi raske seisundi tõttu, kuid said seda siiski (neid oli 6), vähendasid oluliselt taastusravi keskmist positiivset mõju.
- Vähemalt insuldipatsientide taastumine on pikaajalisem protsess ning taastusravi positiivsed mõjud võivad avalduda alles pikema aja jooksul, kui oli auditis uuritud ajavahemik.
- Patsiendile osutatud taastusravi teenused ei olnud alati ühesuguse kvaliteediga. Analüüsis eeldasid audiitorid, et kõik taastusravi saanud patsiendid on saanud kvaliteetset ja endale sobivaimat teenust, kuid mitmed arstid väitsid intervjuudes ja küsitluste vastustes, et taastusravi teenus ja selle osutamise kvaliteet pole erinevate teenuseosutajate juures võrdsel tasemel. Samuti avaldasid nad arvamust, et patsiendid võisid saada neile ebavajalikke teenuseid.
- Kõik taastusravi saajad ei saanud seda väga tõenäoliselt vajalikus mahus. Audiitorid ei analüüsinud, millises mahus olid patsiendid taastusravi saanud, sest eeldatavalt oli ka patsientide vajadus taastusravi järele erinev. Siiski on auditi tulemuste põhjal alust oletada, et patsiendid said vajalikku taastusravi ainult osaliselt, eriti insuldipatsiendid, kes vajavad seda mitme tsükliks.
- Analüüsis ei arvestatud patsiendi enda aktiivsust, motiveeritust ning oma kulutusi taastusravile, mis kõik võivad aga arstide hinnangul patsiendi hilisemat seisundit ja seega analüüsi tulemust mõjutada.
- Riigikontrolli analüüs põhineb haigekassa raviarvetel. Tulenevalt üksikute teenuste väikestest maksumustest ei pruugi raviarvused olla kõiki osutatud varajase taastusravi teenuseid raviarvele märkinud, mistõttu need ei kajastu haigekassa raviarvete andmebaasis.¹²
- Analüüs ei hinnanud otseselt taastusravi mõju inimeste elukvaliteedile. Ehkki inimeste ravikulud, töötasu või puudetasu saamine iseloomustavad osaliselt inimeste elukvaliteeti, võib pidada käesolevas analüüsis taastusravi kogumõju pigem alahinnatuks.

¹² Sellele võimalusele on viidanud mitmed arstid auditi käigus tehtud intervjuude käigus.

2. Taastusravi kättesaadavust mõjutavad tegurid

Esimeses peatükis tutvustatud kolme patsiendirühma analüüsi tulemused näitavad, et õigeaegne taastusravi ei ole Eestis rahuldaval määral kättesaadav. Käesolevas peatükis on analüüsitud peamisi põhjuseid, miks taastusravi vajajad seda ei saa. Riigikontroll küsis ka pere-, eri- ja taastusarstidelt, kas ja kui palju taastusravi vajavaid patsiente jääb taastusravile suunamata, kas ja kui palju taastusravile suunatud patsientidest jätab taastusravile minemata, kas ja kui paljudel taastusravi hilineb ning millised on selle peamised põhjused (vt lisa 5).

2.1. Teenuse kättesaadavus on oluliselt halvem maapiirkondades

Taastusravi halba kättesaadavust piirkondades, kus teenuseosutaja puudub või asub kaugel, on probleemina nimetanud enamik intervjueerituid või küsitletuid. Peamiselt toodi probleemiks just ambulatoorse taastusravi paiknemist kodust kaugel. Statsionaarse ravi puhul seda suureks probleemiks ei peetud, sest patsient võib haiglasse minna ka kodust kaugemale.

2.1.1. Eelkõige jääb teenusepakkujatest kaugemal elav patsient ilma ambulatoorsest taastusravist, vähem statsionaarsest taastusravist

Joonis 6 viitab sellele, et omavalitsustes, kus asuvad taastusravi teenuseid osutavad asutused, ja omavalitsustes, mis paiknevad nende naabruses, saavad inimesed 1000 elaniku kohta rohkem ambulatoorseid taastusravi teenuseid kui nendes omavalitsustes, kus teenusepakkujat ei ole. Sarnast tulemust näitab raviarvete analüüs kolme omavalitsusüksuse liigi kaupa: ambulatoorset teenust saab suurlinnades¹³ keskmiselt 2,49%; teenuseosutajaga omavalitsuses 2,19% ja ilma teenuseosutajata omavalitsustes 1,46% nende omavalitsuste elanikest.

Et elanike arv ei pruugi peegeldada taastusravi vajadust, analüüsis Riigikontroll teenuse kättesaadavust ka nendes patsiendirühmades, kes taastusravi vajavad. Valitud patsiendirühmade analüüs näitab, et nii õigeaegselt kui ka hilinenult on taastusravi kõige rohkem saanud suurlinnades elavad patsiendid. Teenuseosutajaga väiksemas omavalitsustes elavad patsiendid saavad teenuseid rohkem kui ilma teenuseosutajata piirkonnas elavad. Tabelis 7 on välja toodud kahe eriala patsientide taastusravi õigeaegne saamine sõltuvalt inimese elukohast. Analüüsitud neuroloogiapatsiendid, kes saavad suures osas statsionaarset taastusravi, on tabelist välja jäetud. Väga selgelt tuleb seos välja kardioloogiapatsientide hulgas: ilma teenuseosutajata omavalitsuses on infarkti või südameoperatsiooni läbi elanud patsientidest saanud õigeaegset taastusravi väga vähesed võrreldes teenuseosutajaga omavalitsuste ja suurlinnade elanikega.

Tabel 7. Õigeaegse taastusravi saamine ortopeedia ja kardioloogia erialal sõltuvalt taastusravi teenuse osutaja lähedusest

	Kardioloogia, %	Ortopeedia, %	Kahe eriala keskmine, %
Ilma teenuseosutajata omavalitsus	1,5	5,8	3,8
Teenuseosutajaga omavalitsus	3,4	7,5	5,2
Suurlinn (teenuseosutajaga)	6,4	8,7	7,4
Eriala kokku	4,3	7,4	5,7

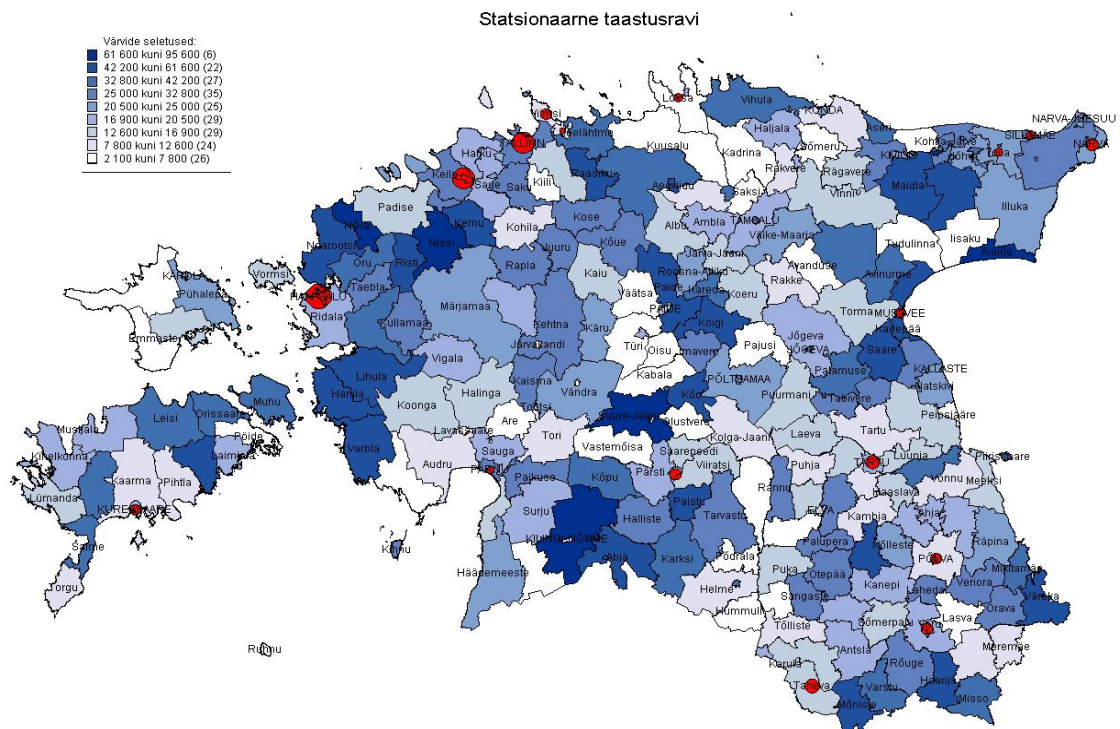
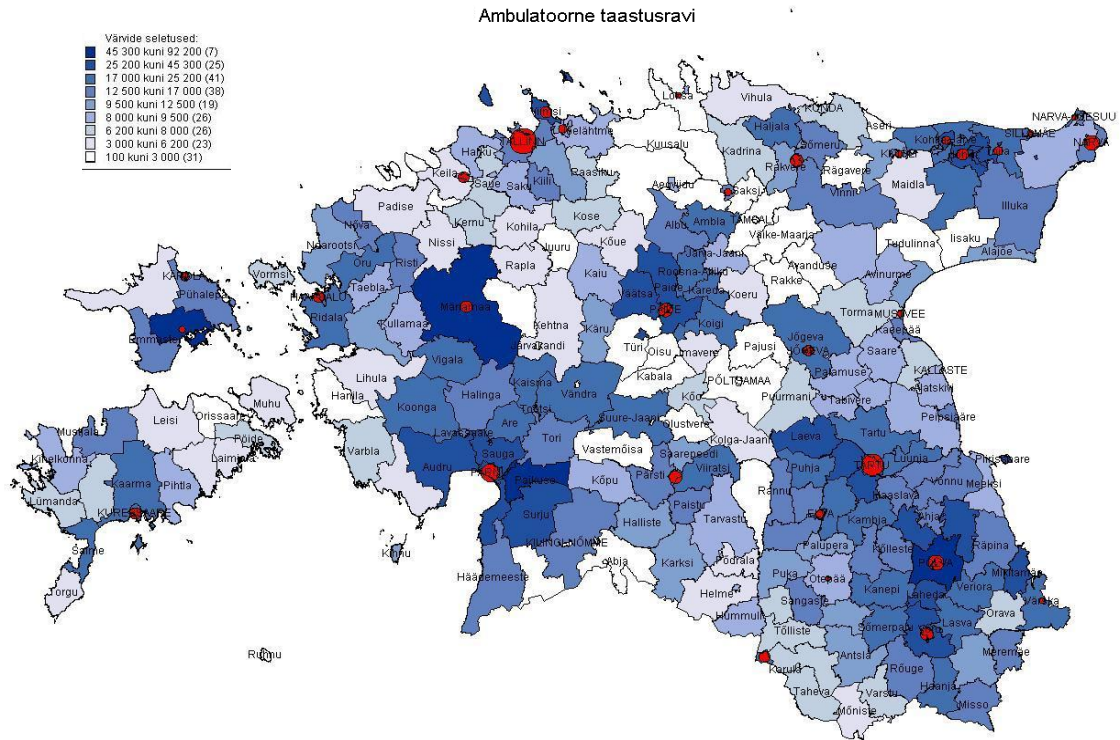
Märkus: Analüüsis on arvestatud kõiki taastusravi teenuse pakkujaid, sõltumata sellest, kas nad pakuvad ka statsionaarset või ainult ambulatoorset teenust.

Allikas: Haigekassa raviarved. Riigikontrolli analüüs

¹³ Suurlinn: Tallinn, Tartu, Narva, Kohtla-Järve, Pärnu

Joonis 6. Ambulatoorse ja statsionaarse taastusravi teenuse rahastamine kroonides 1000 elaniku kohta Eesti omavalitsusüksustes aastal 2004.

Punase ringiga on joonisel märgitud omavalitsusüksused, mille territooriumil asuva vähemalt ühe teenuse osutajaga on sõlmitud ambulatoorse või statsionaarse taastusravi rahastamise leping. Ringi suurus näitab omavalitsuses asuvate teenuse osutajate lepingumahu suurust.



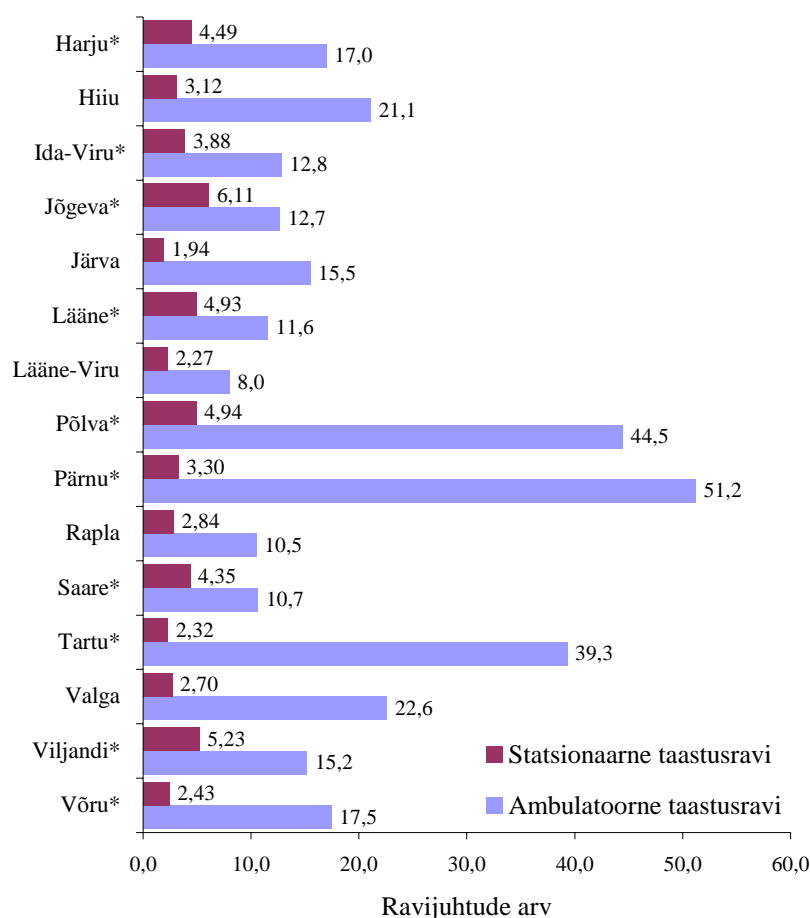
Allikas: Haigekassa 2004. a taastusravi arved, rahvastikuregistri andmed. Riigikontrolli analüüs. Programm Mapinfo

Statsionaarse taastusravi saamine sõltub vähem ravivajaja elukohast

Statsionaarse taastusravi korral näitavad analüüsi tulemused pigem ühtlast kättesaadavust: statsionaarset taastusravi saab suurlinnades keskmiselt 0,39%; teenuseosutajaga omavalitsuses 0,31% ja ilma teenuseosutajata omavalitsustes 0,41% nende omavalitsuste elanikest. Ambulaatorse teenusega võrreldes tunduvalt juhuslikum jaotus on näha ka jooniselt 6. Statsionaarsele taastusravile kulunud rahasumma tühe elaniku kohta ei ole suurem mitte statsionaarse teenuseosutajaga, vaid pigem kaugemates omavalitsustes. Sellist jaotumist võib põhjustada asjaolu, et statsionaarse teenuse osutaja osutab alati ka ambulatoorset teenust, mistõttu kohalikud patsiendid saavad rohkem ravi kätte ambulatoorselt. Samuti on võimalik, et ilma taastusravi teenuse osutajata omavalitsuste elanikke, kes vajavad ambulatoorset taastusravi, suunatakse tihti statsionaari, kuna vastasel korral jääks patsient üldse taastusravist ilma. Ka esimeses peatükis on näha, et analüüsitud kardioloogia- ja ortopeediapatsientidel on olnud statsionaarse taastusravi saamise osakaal suurem, kui arstide hinnangul vajadustest lähtuvalt olema peaks. See viitab samuti sellele, et statsionaarne taastusravi on rohkem kättesaadav ning sõltub patsiendi elukohast vähem.

Teenuse osutajad on ka ise arvanud, et statsionaarse taastusravi korral on patsiendi elukoht vähem määrav ja abi saadakse üle Eesti suhteliselt võrdselt. Ühtlasema jaotumise võrreldes ambulatoorse teenusega toob välja ka maakondlik analüüs (vt ka joonis 7). Suhteliselt kõige rohkem ambulatoorseid teenuseid saanud Pärnumaal on teenuseid saanud ligikaudu viis korda rohkem kui kõige vähem teenuseid saanud Raplemaal. Statsionaarset teenust kõige rohkem saanud Jõgevamaa ja kõige vähem saanud Järvamaa vahe on aga kolmekordne.

Joonis 7. Statsionaarse ja ambulatoorse taastusravi juhud maakonniti 1000 elaniku kohta



* Tärniga on tähistatud need maakonnad, milles on vähemalt üks statsionaarse taastusravi teenust osutav raviasutus. Ambulatoorset teenust osutatakse igas maakonnas vähemalt ühes raviasutuses.
Allikas: Haigekassa raviarved, rahvastikuregistri andmed. Riigikontrolli analüüs

Statsionaarse taastusravi teenuseosutaja läheduses elavad insuldipatsiendid on saanud taastusravi rohkem kui kaugemal elavad

Tabelis 8 on eraldi analüüsitud teenuse kättesaadavust neuroloogiapatsientidele sõltuvalt sellest, kas piirkonnas on olemas statsionaarse teenuse pakkuja, sest neuroloogiapatsientide esimene taastusravi on olnud peaaegu alati ainult statsionaarne.¹⁴ Analüüs näitab, et teenusepakkujaga omavalitsustes elavatele patsientidele on ka statsionaarne taastusravi kättesaadavam kui kaugemal elavatele.

Tabel 8. Taastusravi vajanud neuroloogiapatsientide analüüs sõltuvalt sellest, kas vallas või linnas on olemas statsionaarse teenuse osutaja

Statsionaarse teenuse pakkuja olemasolu	Taastusravi saanud	Taastusravi saanute % vajanute koguarvust	Taastusravi vajanute koguarv
Taastusravi vajanuid kokku, sh	105	52	203
suurlinn (teenuseosutaja olemas)	64	60	107
teenuseosutajaga omavalitsus	11	58	19
ilma teenuseosutajata omavalitsus	30	39	77

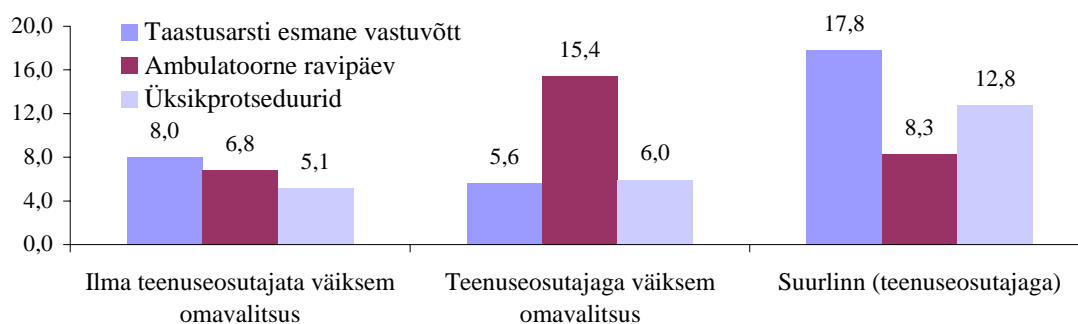
Allikas: Haigekassa raviarved, ekspertide hinnangud taastusravi vajadusele. Riigikontrolli analüüs

Ilma teenuseosutajata omavalitsuste elanikud on saanud vähem ambulatoorse taastusravi protseduure, samas kui nende arstikülastuste arv on keskmine

Sotsiaalministri 2004. a tervishoiuteenuste kättesaadavuse määrus sätestab eriarstiabi piirkondlikuks kättesaadavuseks kuni 70 km või 60 minuti autosõidu kauguse üldkirurgia, sisehaiguste, pediaatria ning sünnitusabi ja günekoloogia erialal. Kuigi taastusravi erialal selliseid piiranguid ei kehti, arvestab haigekassa põhimõtteliselt samuti teenuse kättesaadavusega 70 km ulatuses, mida peetakse üldiselt piisavaks.

Mitmed arstid on intervjuude käigus avaldanud arvamust, et eelkõige peaksid kättesaadavamad olema taastusravi protseduurid ning et patsient loobub taastusravist just protseduuride kauguse või raske ajalise kättesaadavuse tõttu (nt töölkäijal ei ole võimalik pärast töaega taastusravi saada). Kui taastusravi visiiti vajab patsient haigusjuhu jooksul ühel või kahel korral¹⁵, siis protseduuridel peab ta käima üldjuhul iga päev. Riigikontroll uuris haigekassa raviarvete põhjal, milline on protseduuride ja arstikülastuste arv ilma teenuseosutajata omavalitsuste elanikel võrreldes piirkondadega, kus teenusepakkuja on olemas.

Joonis 8. Ravijuhud, mille korral on saanud erinevaid taastusravi teenuseid, 1000 elaniku kohta olenevalt patsiendi elukohast



Allikas: Haigekassa 2004. aasta taastusravi arved

¹⁴ 2 patsienti 107-st oli saanud ainult ambulatoorset taastusravi teenust.

¹⁵ Raviplaani koostamiseks ja vajaduse korral hilisemaks hindamiseks

Haigekassa raviarvete analüüs näitab, et taastusarsti külastavad rohkem suurlinnade elanikud (vt joonis 8). Kuigi teenuseosutajaga väikemates omavalitsustes külastatakse arste suhteliselt vähe, saadakse seal suurlinnaga niisama palju või isegi rohkem taastusravi protseduure (eelkõige paketi teenust). See viitab, et seal suunavad patsiente taastusravi protseduuridele pigem teiste erialade arstid, eeldatavalt perearstid. Omavalitsustes, mille territooriumil ei asu taastusravi teenuse pakkujat, tehakse küll rohkem arstikülastusi kui teenuseosutajaga väiksemates omavalitsustes, kuid taastusravi protseduure saadakse ligikaudu poolteist korda vähem kui teenuseosutajaga omavalitsustes. See näitab, et teenuseosutajast kaugemal elades kannatab eelkõige taastusravi protseduuride saamine.

Näide: Ambulatoorse teenuse kättesaadavust parandab ka odavate ööbimisvõimaluste loomine patsiendile haigla lähedal. Lõuna-Eesti Haigla AS pakub alates 2001. aastast oma patsientidele haigla pansionaadis ööbimise võimalust. Keskmise patsientide arv on olnud 10–12 inimest kuus. Pärast ambulatoorse taastusravi kompleksteenuse kaotamist haigekassa teenuste loetelust on ööbimisvõimalust kasutatud ka füsioteraapia teenuse saamise ajal. Praeguseks hinnaks on 75 kr ööpäev, mis taastusraviosakonna juhataja sõnul ei kata haigla enda kulusid. Ööbimisvõimalust kasutavad Võrumaa maapiirkonna elanikud ning teiste maakondade (Valga, Põlva) patsiendid. Juhataja sõnul on selline pansionaat maakonahaiglatele hädavajalik. Majutust pakub oma vooditel nt ka AS Põlva Haigla hinnaga 50 kr või 100 kr (ilma toitlustuseta) ööpäev. Taastusravi kättesaadavust parandaks taastusravi protseduuride saamise võimalus patsiendi elukoha lähedal.

Euroopa Liidu riikide esmatasandi tervishoiu valdkonna ülevaates¹⁶ on öeldud, et esmatasandi tervishoiu peaks patsiendil olema juurdepääs ka füsioterapeudi teenusele. Selle seisukohaga arvestab ka Eesti esmatasandi tervishoiu arengukava¹⁷, kus on muu hulgas ette nähtud, et esmatasandi arstiabi tuumikmeeskonda hakkab kuuluma füsioterapeut. Arengukava näeb ühe võimalusena piirkondlike tervisekeskuste loomist (vähemalt kolme perearsti nimistu peale), kus töötaks ka füsioterapeut. Väiksematesse kohtadesse, kuhu ei ole võimalik kolme perearsti-nimistu põhjal tervisekeskust luua, loodaks ühe perearsti nimistul põhinevad keskused, kus peaks aga samuti olema töö füsioterapeut.

Suurema osa küsitletud arstide arvates on osa teenuste toomine patsiendile lähemale vajalik

Arvestades, et taastusravi saamist takistab just protseduuride tegemine patsiendi elukohast kaugel, peab Riigikontroll esmatasandi arengukavas planeeritud otstarbekaks. Ühtlasi uuris Riigikontroll arstide ja füsioterapeutide hinnanguid taastusravi teenuste esmatasandile toomise kohta ning valmisolekut selleks (vt tabel 9).

Tabel 9. Kokkuvõtte vastusest küsimusele “Kas Teie arvates on vajalik tuua mingid taastusravi-teenused üle esmatasandile (nt perearstipraksise juurde)?”

Eriala	Jah-vastuse osakaal, %	Ei-vastuse osakaal, %	Vastanute arv kokku
Perearstid	68	29	73
Taastusarstid	63	19	16
Muu valitud eriala, sh	49	38	37
kardioloogia	44	56	9
neuroloogia	82	18	11
ortopeedia	42	58	12
Füsioterapeudid	42	45	33
Kõik erialad kokku	58	33	159

Allikas: Arstide ja füsioterapeutide küsitlus. Riigikontroll

¹⁶ Health Council of Netherlands. European primary care. <http://www.gr.nl/pdf.php?ID=1118&p=1> [10.07.2006]

¹⁷ Esmatasandi tervishoiu arengusuunad aastateks 2006–2010. Kavand. [http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Esmatasandi_tervishoiu_arengukava_projekt_12_2005/\\$file/Esmatasandi_tervishoiu_arengukava_projekt_12_2005.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Esmatasandi_tervishoiu_arengukava_projekt_12_2005/$file/Esmatasandi_tervishoiu_arengukava_projekt_12_2005.pdf) [10.07.2006]

Küsitluste tulemustest selgus, et suures osas suhtusid eriarstid, taastusarstid, perearstid ning füsioterapeudid pooldavalt osa taastusravi teenuste esmatasandile toomise vajalikkusesse. Positiivsemalt suhtusid viimasesse perearstid, taastusarstid ja neuroloogid, skeptilisemalt ortopeedid, kardioloogid ja füsioterapeudid.

Ülekaalukalt kõige rohkem pidasid vastajad esmatasandil osutamiseks sobivaks füsioterapiat või selle erinevaid protseduure, neist eraldi paljudel kordadel liikumisravi (kokku u 30 korral). Füsioterapeudid ise nimetasid ka füsioterapeudi konsultatsiooni võimalust. Vastajad nimetasid veel tegevusteraapiat, massaaži ning respiratoorset teraapiat, koduteenust ning imikute võimlemist ja lastega seotud teenuseid. Taastusarstid rõhutasid, et esmatasandile tuleks viia lihtsamad protseduurid ja keerulisemate diagnoosidega patsiendid tuleks jätta kas kõrgemale arstiabi tasandile või vähemalt selle järelevalve alla ehk otstarbekas on tuua esmatasandile taastusravi protseduure, mitte aga taastusarsti vastuvõtte.

Väljavõte küsitluse tulemustest

Peamiste põhjendustena, miks taastusravi võiks osaliselt olla toodud esmatasandile, nimetasid vastajad ennekõike järgmist:

- taastusravi kättesaadavuse paranemine, teenust osutamine võimalikult kodu lähedal, seda eriti maapiirkondades, samuti selle parem kättesaadavus töökäijatele;
- koduteenuse osutamine ja nõustamise võimalus;
- patsiendi aktiivsena hoidmine;
- patsiendi ja taastusravi spetsialisti vahelise suhtluse ja ravi järjepidevuse parandamine ning ka perearstile tagasiside andmine patsiendi seisukorrast;
- taastusravi osutamine on majanduslikult võimalik suuremates linnades piisava patsientide hulga tõttu ning seda tehakse juba mõnes perearstikeskuses;
- teenuse osutamise alustamine haigele juba töövõimetuslehel olles;
- liikumisravi ei nõua väga erilisi tingimusi, seda on sageli võimalik teha ka kodus ja lihtsamate vahenditega;
- patsiendi parem nõustamine.

Mainiti ka seda, et füsioterapeut peaks saama teenust täiesti eraldi ja iseseisvalt osutada.

Vastajad nimetasid järgmisi vastuväiteid või ohte, millega arvestada:

- esmatasandi ülekoormatus;
- oht, et perearst ei suuda tagada esmatasandil taastusravi professionaalsust ja kvaliteeti;
- kuna füsioterapeut peab olema spetsialiseerunud, on mõistlikum, kui taastusravi toimub komplekselt ühes kohas, kus on võimalik teha meeskonnatööd;
- ruumipuudus, mis ei võimalda perearstil vajalikke tingimusi luua;
- lisainvesteeringute vajadus;
- patsiente vähesus maapiirkondades ei taga piisavat rahastatavate teenuste mahtu, mistõttu inimeste juurdepalkamiseks oleks vajalik haigekassa täiendav toetus;
- üldine taastusravipersonali (sh füsioterapeutide) puudus.

Ligikaudu pooled vastanud füsioterapeudid ja perearstid on valmis teenust iseseisvalt osutama või juba teevad seda

Riigikontroll esitas perearstidele ja füsioterapeutidele küsimuse ka nende valmisoleku kohta taastusravi teenuseid iseseisvalt osutada (vt tabel 10). Vastanud perearstidest olid valmis teenust osutama või juba osutasid ligikaudu pooled, füsioterapeutidest peaaegu kaks kolmandikku. Osutatavate teenustena on nimetatud massaaži (sh imikutele), füsioterapiat, liikumisravi ja tegevusteraapiat. Lisaks töötab 446-st haigekassa lepingupartneri juures töötavast taastusravi

õest perearsti nimistute juures 37 õde (8,3%)¹⁸, kes praegu osutavad taastusravi teenuseid või võiksid seda potentsiaalselt teha.

Tabel 10. Perearstide ja füsioterapeutide vastused küsimusele, kas nad oleksid valmis teenuseid oma praktilise juures või iseseisvalt (füsioterapeutid) osutama

Eriala	Jah-vastuse osakaal, %	Ei-vastuse osakaal, %	Vastuse “juba osutan” osakaal, %	Küsimusele vastanute koguarv
Füsioterapeutid	14	36	50	22
Perearstid	35	47	18	72

Allikas: Arstide ja füsioterapeutide küsitlus. Riigikontrolli analüüs

Teenust osutatakse praegu suuremates perearstikeskustes. 13 vastanust, kes juba teenust osutavad, on 6 Tallinnast, 1 Tartust ja 1 Pärnust, ülejäänud on kõik väiksematest linnadest. See on kooskõlas väitega, et maapiirkonnas on teenust hõreda asutuse tõttu praegu ebaotstarbekas osutada.

2.1.2. Riigikontrolli ettepanekud

Sotsiaalministrile koostöös Eesti Haigekassaga

- **Muuta patsientidele teenus kättesaadavamaks olemaoleva ambulatoorse taastusravi pakkujate võrgu tingimustes.** Selleks
 - töötada välja ja levitada infomaterjale (finantseerides neid nt Sotsiaalministeeriumi eelarvest või haigekassa tervist edendavate projektide fondist), mis a) informeeriks patsiente olemasolevatest ravivõimalustest, b) õpetaksid patsienti käituma taastusravi vajava haiguse või operatsiooni järel;
 - näha ette taastusravi teenuse osutamist osaliselt ka õhtutundidel, et muuta teenus kättesaadavamaks tööinimestele ja õpilastele.
- Suurendada ambulatoorse taastusravi kättesaadavust maapiirkondades ja julgustada teenuse pakkujaid patsiendile lähemal teenuseid osutama. Ambulatoorse taastusravi osutamine patsiendi elukohale lähemal suurendaks teenuse kättesaadavust ja oleks statsionaarsest säästlikum ning vähendaks ühtlasi statsionaarse teenuse senist meditsiiniliselt põhjendamatut kasutamist. Selleks
 - planeerida ambulatoorse taastusravi osutajate võrgustik patsiendi elukohale senisest lähemal;
 - motiveerida tervishoiuasutusi pakkuma taastusravi protseduure esmatasandi teenusena vastavate rahastusvõimaluste loomise kaudu või viia ellu idee¹⁹ luua esmatasandi arstiabi tervisekeskused, kus hakatakse osutama ka füsioterapeudi teenust.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehele

- Siduda teenuse osutajate lepingud taastusravi teenuse osutamisega kindlates piirkondades, kus teenuse osutajad puuduvad.

¹⁸ Tervishoiuameti, maksuameti (2004) ja haigekassa andmed. Riigikontrolli analüüs

¹⁹ Arengukava “Esmatasandi tervishoiuarengusuunad aastateks 2006–2010” kavand

2.2. Osutatud taastusraviteenus pole alati olnud meditsiiniliselt põhjendatud

Hoolimata taastusravi teenuse väiksest mahust saadakse nii statsionaarset kui ka ambulatoorset taastusravi teenust ka juhtudel, mille puhul ei ole taastusravi osutamise vorm (statsionaarne või ambulatoorne) või taastusravi üldse meditsiiniliselt põhjendatud. See vähendab kokkuvõttes veelgi taastusravi vajajate võimalusi õigel ajal taastusravi saada.

2.2.1. Statsionaarset taastusravi saavad ka need, kes seda ei vaja, mistõttu vajajatele jätkub seda vähem

Taastusravi voodikohtade arv vastab eriala arengukavale ning seda peavad statsionaarse teenuse vajaduse katmiseks piisavaks ka taastusarstid ise. Siiski näitas Riigikontrolli analüüs, et kõikidele taastusravi vajajatele voodikohti ei jätku. See on osaliselt tingitud sellest, et erinevatel põhjustel on statsionaarne taastusravi määratud tihti ka juhtudel, kui patsient vajanuks tegelikult vaid ambulatoorset teenust.

Ainult ambulatoorset teenust vajanutele osutati valdavalt statsionaarset taastusravi

Et ambulatoorne teenus on kaugemates piirkondades vähe kättesaadav, on ambulatoorse teenuse määramisel suur risk, et patsient seda teenust tegelikult ei saa. Seetõttu määravad arstid statsionaarse taastusravi ka neile patsientidele, kes tegelikult vajaksid ainult ambulatoorseid teenuseid.

Hoolimata suhteliselt väikesest patsientide valimist kinnitas seda tendentsi ka insuldipatsientide analüüs, kelle puhul auditisse kaasatud ekspertidel (neuroloogid) paluti eraldi hinnata, kas patsient vajanuks meditsiinilistel kaalutlustel statsionaarset või ainult ambulatoorset teenust. Analüüsi tulemused on toodud tabelis 11.

Tabel 11. Neuroloogiapatsientide taastusravi vajadus ja taastusravi saamine

	Taastusravi saanud patsiendid	Kõik patsiendid	Taastusravi saanute osakaal kõigist patsientidest, %
Kokku taastusravi vajajaid, sh	105	203	52
ambulatoorse taastusravi vajajad	11*	37	30
statsionaarse taastusravi vajajad	94	166	57
Kokku taastusravi mittevajajaid, sh	23	131	18
ei vajanud taastusravi kerge seisundi tõttu	17**	106	16
ei vajanud taastusravi raske seisundi tõttu	6	25	24
Kõik patsiendid kokku	128	334	38

*Neist kaks patsienti sai ainult ambulatoorset taastusravi.

** Neist viis patsienti sai ainult ambulatoorset taastusravi.

Allikas: Haigekassa raviarved, ekspertide hinnangud taastusravi vajadusele. Riigikontrolli analüüs

Ekspertide hinnangute kohaselt vajab 334 patsiendist statsionaarset taastusravi 166 (50%) ja ambulatoorset taastusravi 37 patsienti (11%). Neist 37 patsiendist sai ainult ambulatoorset taastusravi vaid 2 patsienti, 9 sai statsionaarset ravi. Seega jäid ambulatoorse taastusravi vajadusega patsiendid küll sagedamini teenusest ilma, kuid kui patsient teenust siiski sai, oli valdavalt tegemist statsionaarse taastusraviga.

Taastusravi said ka patsiendid, kes seda ei vajanud

Arvestades ekspertide hinnanguid patsiendi taastusravi vajaduse kohta, analüüsis Riigikontroll ka nende patsientide taastusravi saamist, kes taastusravi ei vajanud kas patsiendi kerge või raske

seisundi tõttu. Eelnevast tabelist 11 nähtub, et 131 patsiendist, kes taastusravi ei vajanud, sai 23 ehk 18% seda siiski ning enamik neist (18 inimest) sai statsionaarset teenust.

Taastusravi mittevajanud patsientide analüüs (vt tabel 12) viitab sellele, et kui taastusravi teenuseosutaja on läheduses, siis saab ka taastusravi mittevajav patsient suurema tõenäosusega taastusravi kui patsient, kes elab teenuseosutajast kaugemal.

Tabel 12. Taastusravi mittevajanute analüüs sõltuvalt sellest, kas patsiendi elukohas on olemas statsionaarse taastusravi teenuse osutaja

Statsionaarse teenuse pakkuja olemasolu	Taastusravi saanuid	Taastusravi saanute %	Taastusravi mittesaanud	Kokku patsiente
Suurlinn (teenuseosutaja olemas)	16	22	58	74
Teenuseosutajaga omavalitsus	2	15	11	13
Ilma teenuseosutajata omavalitsus	5	11	39	44
Mittevajanuid kokku	23	18	108	131

Allikas: Haigekassa raviarved, ekspertide hinnangud taastusravi vajadusele. Riigikontrolli analüüs

Auditi käigus tehtud intervjuudes mainiti probleemi, et taastusravi voodikohtadel on tihti patsiendid, kes peaksid tegelikult olema hooldusravis. Teisest küljest on olukord ka vastupidine – taastusravi vajavad patsiendid saadetakse hoopis hooldusravile. Probleemi põhjusena on välja toodud, et taastusravi tähendust ei ole üheselt mõistetud: taastusravi peaks saama ainult need patsiendid, kellele see tagab arengu/paranemise, kuid praegu see alati nii ei ole. See probleem on välja toodud ka taastusravivõrgu arengukavas, kus on 2015. aasta eesmärgiks seatud selge erinevuse loomine taastusravi ja hooldusravi teenuste vahel. Nii taastusravivõrgu kui ka hooldusravivõrgu arengukavas²⁰ on seatud eesmärgiks juurutada InterRAI hindamissüsteem²¹, mis tagaks selle, et hooldust vajavad patsiendid leiaksid koha hooldusravisüsteemis. Lisaks sellele on plaanis kahekordistada hooldusravivoodite arvu 2015. aastaks võrreldes 2003. aastaga ning suurendada omavalitsuste rolli hooldusravi rahastamises.

Kui statsionaarset teenust oleks saanud ainult abivajajad, oleks vajajate jaoks jäänud rohkem raviraha

Kokku sai insuldipatsientide valimis mittepõhjendatult statsionaarset teenust 27 patsienti: 9 vajanuks ambulatoorset taastusravi ja 18 ei vajanud taastusravi üldse (vt tabel 12). Kokku kulus nendele patsientidele 357 taastusravi voodipäeva²². Sellest saab järeldada, et

- tagades vajaliku ambulatoorse teenuse kättesaadavuse ainult ambulatoorset taastusravi vajavatele patsientidele ning
- jättes taastusravi osutamata seda mittevajajatele, oleks 169 statsionaarse taastusravi vajaja jaoks 2004. aastal vabanenud 357 statsionaarse ravi voodipäeva tollase hinnaga 464 kr päev.

Eeldades, et insuldipatsientide arv ja koosseis on aasta jooksul suhteliselt sarnane, vabanenuks kahe kuu valimi tulemusi kogu aasta peale üldistades (ehk kuuega korrutades) 2004. aastal 2142 voodipäeva kogumaksumusega 994 000 krooni.²³ Kuna valim on arvuliselt väike, ei pruugi selle tulemused olla üheselt üldistatavad kõikidele insuldipatsientidele, kuid sellest hoolimata annavad ekspertide hinnangud ja analüüsi tulemused vähemalt alust kahelda, kas kõik statsionaarset taastusravi saanud patsiendid just seda teenust vajasisid.

²⁰ Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015

²¹ InterRAI – rahvusvaheline meetod toimetulekudefitsiidiga isikute tervislikuks hindamiseks

²² Eesti Haigekassa raviarved, Riigikontrolli arvutused. Kui nendel patsientidel oli mitu raviarvet, arvestati analüüsis vaid esimese raviarve voodipäevi, sest haige seisund võis vahepeal muutuda.

²³ Arvestades ainult valimi moodustamisel arvesse võetud tunnustega patsiendigruppi, mis moodustab ca 50% kõigist insuldipatsientidest.

Kõige säästlikumalt suurendaks teenuse kättesaadavust kui suunata statsionaarsele taastusravile ainult need, kes seda vajavad

Ambulatoorse ravipäeva hind oli nt 2005. aastal 188 krooni, statsionaaris ligikaudu 500 krooni²⁴ ehk üle kahe ja poole korra kallim ambulatoorsest teenusest. Alates 1. aprillist 2006 ambulatoorse taastusravi kompleksteenuse asemele tulnud füsioteraapiateenus hind on 162 krooni, mis on statsionaarse taastusravi päeva baashinnast (513 kr) odavam üle kolme korra. Et voodipäeva baashinnale lisanduvad omakorda teenuste hinnad, sh nt juba mainitud füsioteraapiateenus, on ainult ambulatoorse teenuse vajajatele selle osutamine vähemalt neli korda säästlikum kui statsionaarse teenuse osutamine.

Arvestama peab siiski, et kuna praegu jääb suur osa abivajajatest ilma ka statsionaarsest taastusravist, ei vähendaks ambulatoorse teenuse pakkumise suurendamine ennustatavalt statsionaarsete patsientide arvu, vaid nende asemele asuksid seni ilma jäänud statsionaarse teenuse vajajad. Seega ei vähendaks ambulatoorse teenuse mahu suurendamine taastusravi kogukulusid haigekassale: see võimaldaks vaid suurendada kogu teenuse kättesaadavust võimalikult väikeste kuludega.

Voodihõivet vähendaks taastusravi koduteenus

Taastusravi koduteenus vajadust mainisid Riigikontrolli intervjueritud mitmel korral. Taastusravi teenuse osutamine patsiendi kodus võiks asendada statsionaarset taastusravi juhul, kui patsient ei vaja ööpäevaringset haiglas viibimist, kuid tema tervislik seisund ei võimalda tal ambulatoorsel taastusravil käia. Eestis taastusravi koduteenust praegu ei osutata, kuid aastatel 2001–2005 pakkus seda OÜ Taastusravi Koju Kätte. Koduteenust osutanud firma asutaja sõnul olid teenuse tellijaks Tartu Maavalitsus (puuetega laste rehabilitatsioon), Tartu Linnaarstiteenus (õhhooldusteenus ja taastusravi) ja alates 2003. aastast ka haigekassa (õenduse ja taastusravi kodused protseduurid). Teenust, peamiselt liikumisravi, massaaži ja sooja-/külmaravi, osutasid vastavalt vajadusele arst, füsioterapeut ja õde. Koduteenus endise korraldaja hinnangul oleks taastusravi koduteenus osutamine jätkuvalt hädavajalik. Positiivne efekt seisneb patsiendi ja tema omaste paremas nõustamises haiglast koju saabumise järel ning selles, et teenust saavad patsiendid, kes ambulatoorsele vastuvõtule tulla ei saa.

Riigikontrolli analüüsitud uuringutes, kus oli keskendunud **insuldipatsientide taastusravi koduteenus kulutõhususele** ning käsitletud sealjuures ka kliinilisi aspekte [7, 8, 11, 13, 18, 19], leiti, et professionaalne taastusravi koduteenus ja statsionaarne teenus annavad sama tulemuse inimese paranemisel (sh kliinilistes tulemustes). Enamikus analüüsitud uuringutest [8–14] oli üldjuhul välja toodud, et kodune taastusravi on statsionaarsest mõnevõrra odavam või niisama kallis, kuid annab kindlasti märkimisväärse efekti voodihõive vähenemisele. Paljudes uuringutes [7, 8, 10, 12, 19] märgiti ka, et insuldihaigete korral on kodune taastusravi efektiivne kuni keskmise raskusastmega insuldi korral. Ortopeediapatsientide koduse taastusravi korralduse uuringutes on jõutud sisuliselt samade järeldusteni [21, 22].

Võib eeldada, et kodust taastusravi on optimaalne osutada keskmise ja suure asustustihedusega piirkondades statsionaarse taastusravi teenuse asemel. Uuringutele toetudes saab väita, et taastusravi koduteenus on ravikindlustuse eelarvele märgatavalt odavam, kuid tuleb arvestada sellega, et kaudselt tõusevad sotsiaalhoolekande kulud ning patsiendi enda ja/või omaste kulud seoses hooldamise vajadusega. Taastusravi koduteenus osutamine nõuab kindlasti rohkem taastusravi spetsialiste kui statsionaarne taastusravi ja seda on võimalik rakendada järk-järgult koos spetsialistide arvu kasvuga.

²⁴ Sõltuvalt taastusravi liigist ja sihtrühmast 460–647 krooni. Eesti Haigekassa tervishoiuteenusloetelu (2004)

2.2.2. Ambulatoorset taastusravi saanud patsiendid olid tõenäoliselt saanud rohkem kui ainult vajalikke protseduure

Kuni 2006. aasta 1. aprillini oli peamiseks ambulatoorse taastusravi teenuseks ambulatoorne ravipäevateenus (ravipakett). Paketi sees pidi patsient saama kindlasti kolme erinevat teenust järgmistest: liikumisravi, vesiravi, lokaalne käsimassaaž, sooja- või külmaravi, soolakamber, manuaalteraapia, nõelravi. Lisaks oli võimalik osutada tabelis 13 loetletud üksikprotseduure.

Tabel 13. Taastusravi üksikprotseduurid ja kordade arv 2004. aastal

Taastusravi teenuse nimetus	Kordade arv
Ravivõimlemisseanss ühele haigele (kestus 30 min)	72 684
Individuaalne ravivõimlemisseanss basseinis	34 742
Massaažiseanss mõõdukate ja tugevate tsentraalsete või perifeersete pareesidega haigele (kestus 30 min)	14 726
Speleoteraapia kroonilise bronhiidi või bronhiaalastmaga haigele	2 209
Mudaraviseanss reumatoidse polüartriidi, Behterevi haiguse ning väljendunud liigesejäikusega haigele	1 661
Raviujumisseanss ühele liikumishäiretega haigele või liikumispuudega lapsele (kestus 30 min)	1 624

Allikas: Haigekassa 2004. aasta taastusravi arved

Ambulatoorseid ravipakette sai võrreldes üksikprotseduuridega 2004. aastal vaid natuke rohkem patsiente (vastavalt 11 487 ja 10 210 teenust saanud patsienti), teenusele kulunud summa kokku on aga üksikprotseduuridele kulunust 4,2 korda suurem (vastavalt 18,1 ja 4,3 mln krooni).²⁵

Ambulatoorse taastusravi paketi teenuse asemel üksikprotseduuride osutamisel oleks taastusravi võinud saada rohkem patsiente

Intervjuude käigus taastusravi teenuse osutajate esindajatega selgus, et tihti vajas patsient vaid üht või kaht protseduuri kohustuslikust kolmest. Osa patsiente (lapsed või eakad) aga ei pruukinud kolme protseduuri osutamist ühe päeva jooksul isegi vastu pidada. Kuna üks arstide sõnul vajalikust protseduurist – tegevusteraapia – eraldi rahastamisele ei kuulunud, osutati seda neljanda protseduurina lisaks.

Haigekassa piirkondlike osakondade direktorite sõnul lubasid osakonnad ambulatoorsete taastusravipakettide asemel raviasutustel vajaduse korral osutada üksikprotseduure (Harju ja Pärnu osakond) või tasusid mittetäieliku ravipäeva eest väiksema koefitsiendiga (Tartu osakond). Peaaegu üldse ei osutatud taastusravi üksikprotseduure Viru osakonnas. Viru osakonna direktori sõnul lubas osakond teenuseosutajatel üksikprotseduure osutada ainult teiste erialade eelarvest, kuid ka sealt osutatud üksikprotseduuride arv oli suhteliselt väike. Suhteliselt vähe on üksikprotseduure osutatud ka Pärnus.²⁶

Tabelis 14 välja toodud üksikprotseduuride ja paketi teenuste osutamine erinevates haigekassa piirkondades näitab, et Harju osakonnas on 1000 elaniku kohta ambulatoorse taastusravi paketi teenust osutatud ligikaudu neli korda vähem kui ülejäänud piirkondades. Harju osakonna direktori sõnul on ravipaketid asendatud üksikteenustega arstide palvel, kes on sellise hinnangu patsientide taastusravi vajadusele andnud – seega võib eeldada, et tervikpaketi asendamine üksikteenustega oli meditsiiniliselt põhjendatud.

²⁵ Haigekassa 2004. aasta taastusravi arved

²⁶ Haigekassa Viru piirkonnas osutati üksikprotseduure kokku 1000 elaniku kohta 9, Harju, Pärnu ja Tartu piirkonnas vastavalt 35, 13 ja 30.

Tabel 14. Ambulatoorseid ravijuhte taastusravi erialal 1000 elaniku kohta Eesti Haigekassa piirkondades aastatel 2004 ja 2005

Haigekassa osakond	Üksikprotseduuridega raviarveid 2004. a	Ravipaketi raviarveid 2004. a	Üksikprotseduuridega raviarveid 2005. a
Harju	11,79	4,08	17,07
Pärnu	8,13	11,49	8,11
Tartu	12,75	12,79*	14,16
Viru	0,03	12,01	0,06

*Lisaks on haigekassa Tartu osakond kasutanud kokku 600 juhul (ehk 1000 elaniku kohta 1,73 juhul) koefitsiendiga teenuse osutamist, eeldatavalt on seda ligikaudu samas mahus tehtud ka 2005. a, kuid selle kohta Riigikontrollil andmed puuduvad.

Allikas: Haigekassa 2004. taastusravi arved ja 2005. a kokkuvõtte taastusravi protseduuridest

Eeldades, et Eesti Haigekassa erinevate piirkondade elanike taastusravi vajadus on ligikaudu samasugune, võinuksid ka teised piirkondlikud osakonnad ja raviasutused kokkuleppel vähem taastusravi paketeenust osutada ning selle arvelt oleks saanud rohkem patsiente teenindada. Kokku osutati 2004. aastal ülejäänud kolmes osakonnas paketeenust 10 056 ravijuhtu raames. Eeldades, et tegelikult vajanuks paketeenust vaid üks kolmandik (lähtuvalt haigekassa Harju piirkonna proportsioonidest), tulnuks ravipakette jagada vaid ligikaudu 3300 patsiendile. Seega oleks ligikaudu 6100 patsienti²⁷, kes sel aastal teenusest ilma jäid, võinud näiteks vajalikku üksikprotseduuri saada.

Et aga ka Harju piirkonnas oli teenuse osutajaid, kelle sõnul piirkondlik osakond ei lubanud paketeenuse osutamises erandeid teha, on tõenäoline, et tervikpaketi ehk kolme teenuse vajadus patsientide hulgas oli ülal mainitust veelgi väiksem. Teisest küljest ostavad Harju piirkonna patsiendid arstide sõnul taastusravi teenuseid teiste piirkondadega võrreldes rohkem juurde (selle piirkonna elanikel on ka kõige suurem keskmine sissetulek). Seega võis paketeenuse vajajaid olla ülal märgitust rohkem: haigekassa tasus vaid 1–2 protseduuri eest, kuid patsient võis maksta vajaminevate lisaprotseduuride eest ise.

Peamised põhjused, miks patsientidele nn tervikpaketti osutati, olid lisaks haigekassa tervishoiuteenuste loetelust tulenevale nõudele järgmised:

- Kõik haigekassa piirkonnad erandeid ei lubanud (Viru) või ei lubanud seda kõikidele raviasutustele.
- Kõigis piirkondades ei pruukinud raviasutused erandite lubamisest teadlikud olla.
- Paketeenus võimaldas raviasututel saada ambulatoorse taastusravi teenuse eest soodsamat (ja raviasutuste sõnul õiglasemat) hinda. Nt 2005. aastal kehtinud haigekassa tervishoiuteenuste loetelus oli paketi maksumus 188 krooni, eraldi teenustena maksid aga kõige enam osutatud liikumisravi 19 krooni ja massaaž 42 krooni.
- Oli teenuseid, mida ei saanud väljaspool paketti üksikult osutada, kuid see motiveeris just patsiente taastusravile minema (eelkõige erinevad vesiravi liigid ja ka massaažiteenus, mida ilma paketi saai osutada vaid halvatusega haigetele).

Statsionaarse teenuse korral üheski haigekassa piirkonnas erandeid peaaegu kasutusel ei olnud.²⁸ See näitab, et ka statsionaarses ravis said kõik patsiendid kohustuslikku kolme teenust.

²⁷ Arvust on maha lahutatud need ligikaudu 600 Tartu piirkonna ravijuhtu, mille raames osutati paketeenust 0,7 või väiksema koefitsiendiga, mis tähendab, et osutati samuti üksikprotseduure.

²⁸ Eesti Haigekassa 2004. a statsionaarse taastusravi arvetest polnud ühelgi juhul kasutatud väiksemaid koefitsiente (v.a koefitsient 0,8, mida rakendati nende statsionaarsete ravipäevade korral, millest patsiendi omaosalus oli 20%, kuid mis ei tähendanud teenuste vähem osutamist). Eraldi üksikprotseduuri (ravivõimlemine) oli 2004. aastal rahastatud vaid

Kuna statsionaarses taastusravis on võimalik osutatavaid teenuseid jagada kogu päeva peale, võib eeldada, et probleeme patsiendi vastupidavusega vms palju ei tekkinud.

Haigekassa 2006. aasta I poolaasta taastusravi eelarveraha kasutamise analüüs²⁹ näitab, et 17protsendise eelarve kasvu juures on 2006. a I poolaastal (2005. a sama perioodiga võrreldes) ambulatoorsete taastusravijuhtude arv kasvanud 24%, keskmine ravijuhu maksumus on langenud 4% ja taastusravi on saanud 18% rohkem patsiente. Ambulatoorse ravijuhu maksumus on oluliselt langenud just pärast tervishoiuteenuste loetelu muudatuste rakendamist alates 01.04.2006 (12% võrreldes 2006. a I kvartaliga). Eelnev viitab samuti sellele, et varem kehtinud kohustusliku kolme taastusravi protseduuri raames osutati patsientidele ka neile mittevajalikke teenuseid, mis põhjustas keskmiselt kõrgemaid taastusravijuhtude maksumusi ning võimaldas omakorda taastusravi väiksemale hulgale patsientidele.

Muudatused taastusravi hinnakirjas kaotasid kohustusliku kolme teenuse nõude, kuid samad ohud võivad peituda ka uues taastusravi korralduses

Riigikontrolli korraldatud arstide (taastus-, eri- ja perearstid) ja füsioterapeutide küsitlused tõid selgelt välja, et alates 01.04.2006. a kehtiv uus taastusravi teenuste loetelu vastab patsiendi vajadustele paremini (vt küsitluste tulemusi lisa 6). Alates 1. aprillist 2006 on paketi-teenuse nõue kadunud ning selle asemele on uute teenustena tulnud füsioteraapia ja tegevusteraapia teenus. Haigekassa juhatus arutas teenuse muutmist juba 2004. aastal, kuid kuna soov oli muuta korraga kogu taastusravi teenuse kontseptsiooni ning see nõudnuks teenusele uusi ja kõrgemaid hindasid, jäid tollaste eelarvepiirangute³⁰ tõttu muudatused vastu võtmata.

Alates 1. aprillist 2006 kehtiv füsioteraapiateenuse hind 162 krooni sisaldab tunni aja jooksul füsioterapeudi teenuseid, mis koosneb füsioterapeutilisest hindamisest, füsioterapeutilise diagnoosi määramisest, teraapia planeerimisest ja sekkumisest (kehaline harjutus, massaaž, füüsilise ravi protseduurid).³¹ Lisaks eelmises alapeatükis välja toodud kuni 01.04.2006. a kehtinud kolme kohustusliku teenuse osutamise nõude puudustele on arstid nimetanud oluliseks puuduseks ka seda, et endise kohustusliku kolme teenuse raames oli võimalus kolme teenuse sees osutada patsiendile meeldivamaid (näiteks massaaž või pärlivann), kuid meditsiiniliselt vähem põhjendatud taastusravi protseduure. Kuna uue füsioteraapiateenuse sees on võimalik osutada kõiki endiseid protseduure, säilib oht, et osaliselt kasutatakse füsioteraapiateenust samuti nn paketi-teenusena, mille raames saab patsiendile osutada talle meeldivamaid protseduure.

Paljude taastusarstide ja eriarstide hinnangul on kõige tõhusam taastusravi teenus eelkõige ravi-võimlemine ehk liikumisravi. Insuldi taastusravi juhendis on samuti nimetatud, et insuldi taastusravi peab olema spetsiifiliselt suunatud funktsionaalsele treeningule ning igapäeva- oskuste arendamisele. Yorki Ülikooli teadlaste koostatud ülevaates kardioloogilise taastusravi efektiivsusest [4] on samuti välja toodud, et kõige tõhusam kardioloogiapatsientide taastusravi vorm on kombinatsioon füüsilistest harjutustest ning psühholoogilisest ja õpetuslikust nõustamisest. Seevastu on mitmete teenuseosutajate sõnul patsiendid eelkõige huvitatud pigem passiivsetest taastusravi teenustest (massaaž, erinevad vannid jm), mis motiveerivad samas neid taastusravil käima.

Riigikontroll uuris ka osa taastusravi teenuse osutajate käest, kuidas on alates 1. aprillist muutunud taastusravi teenuste struktuur. Ühe vastaja sõnul on uue korraldusega enamik nn passiivsetest teenustest patsientidele tasulised ning keskmiselt on nende teenuste osutamise maht

ühel korral. Haigekassale esitatud 2005. a päringu põhjal on ühe ravijuhu raames osutatud üksikprotseduure Pärnu ja kahe ravijuhu raames Tartu piirkondliku osakonna patsientidele (mõlemas piirkonnas massaaž ja ravivõimlemine).

²⁹ Allikas: Eesti Haigekassa andmed

³⁰ Arstide palgakokkulepped

³¹ Sotsiaalministri 10.01.2006. a määrus nr 4 "Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika"

oluliselt vähenenud, enam-vähem samale tasemele on jäänud massaaž. Teise vastaja sõnul on aga varasemaga võrreldes vähenenud just aktiivse teenuse ehk liikumisravi protseduuride maht.

Eelnevast tulenevalt soovib Riigikontroll haigekassal vähemalt esialgu jälgida füsioteraapia-teenuse sees tehtavaid üksikprotseduure ning nende meditsiinilist põhjendatust. Samuti on oluline kiirendada taastusravi valdkonna ajakohaste ravijuhendite väljatöötamist, mis ühtlustaks erinevate diagnooside korral taastusravi teenust.³²

Ambulatoorse teenuse parem kättesaadavus suurendab teenuse osutamist ka neile, kes seda ei vaja

Ambulatoorse teenuse paremini kättesaadavaks tegemisel tuleb arvestada riskiga, et teenust hakkavad rohkem saama ka need, kes seda meditsiinilistel kaalutlustel ei vaja.

Riigikontroll analüüsis maakonniti ja omavalitsuseti taastusravile kulunud keskmisi summasid elanike kohta ning jõudis järelduseni, et ambulatoorse teenuse parem kättesaadavus põhjustab omakorda nõudlust selle teenuse järele.³³ Osutatud taastusravi teenuste suurem arv elaniku kohta Lõuna-Eestis on põhjendatud selle piirkonna suurema eakate ja puudega inimeste osakaaluga. Nende mõjude vähendamiseks analüüsis Riigikontroll taastusravi saamist kuni 2aastaste laste hulgas.

Analüüs näitas, et 2004. aastal said kuni 2aastased lapsed ambulatoorset taastusravi ning kulutati raha ühe lapse kohta erinevates omavalitsustes väga erinevalt (vt tabel 15). Kui Jõhvi vallas (sh Jõhvi linn) kulus ambulatoorsele taastusravile selles vanuses lapse kohta keskmiselt 611 krooni, siis samal aastal oli 94 omavalitsust, kelle selles vanuses lapsed ei saanud üldse ambulatoorset taastusravi. Ka omavalitsuste tüübiti erinevad keskmised näitajad 2004. aastal oluliselt (vt tabel 16).

Tabel 15. Omavalitsused, kelle kuni 2aastased lapsed said 2004. aastal enim taastusravi-teenuseid: a) ambulatoorsele taastusravile kulunud summa lapse kohta; b) taastusravi saanud laste osakaal kogu laste arvust. Võrdluseks on toodud Tallinna andmed.

a) linn/vald	Maakond	0–2 a laste arv	Summa (kr) 0–2 a lapse kohta	b) linn/vald	Maakond	0–2 a laste arv	Taastusravi saanud 0–2 a laste osakaal, %
Jõhvi vald*	Ida-Viru	235	611	Põlva linn*	Põlva	121	50,4
Põlva linn*	Põlva	121	414	Põlva vald**	Põlva	101	34,7
Salme vald	Saare	26	387	Valgjärve vald**	Põlva	28	32,1
Mäetaguse vald**	Ida-Viru	42	328	Valga linn*	Valga	281	30,6
Surju vald	Pärnu	15	286	Laheda vald	Põlva	31	29,0
Lüganuse vald**	Ida-Viru	21	279	Jõhvi vald*	Ida-viru	235	27,7
Toila vald*	Ida-Viru	56	252	Elva linn*	Tartu	111	27,0
Põlva vald**	Põlva	101	238	Surju vald	Pärnu	15	26,7
Valgjärve vald**	Põlva	28	237	Kuusalu vald**	Harju	95	26,3
Kohtla-Järve linn*	Ida-Viru	759	232	Loksa linn*	Harju	64	21,9
Tallinn*	Harju	8 476	121	Tallinn*	Harju	8 476	13,5

* Omavalitsuses oli 2004. a ambulatoorset taastusravi teenust pakkuv raviasutus.

** Naaberomavalitsuses oli 2004. a ambulatoorset taastusravi teenust pakkuv raviasutus.

Allikas: Haigekassa 2004. a taastusravi arved, Statistikaamet, rahvastikuregister, Riigikontrolli analüüs

³² Taastusravi valdkonda puudutavad ravijuhendid 27.06.2006. a seisuga: haigekassa on tunnustanud "Insuldi taastusravi juhendi"; erialaseltid on koostanud "Südame-veresoonkonna seisundi füsioterapeutilise hindamise standardmudeli", "Ägeda seljavalu kliinilise ravijuhendi"; koostamisel on "Kompleksse kardioloogilise taastusravi Eesti ravijuhend" ja "Laste taastusravi juhend". Vt <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/ravijuhendid/andmebaas/>

³³ Riigikontroll ei analüüsinud auditis patsientide suuremat ambulatoorse taastusravi saamise põhjendatust.

Maakondade kaupa (vt lisa 7) kulutati kuni 2aastase lapse kohta keskmiselt enim Põlva-, Saare- ja Ida-Virumaal (vastavalt 175, 154 ja 123 krooni) ning kõige vähem Jõgeva-, Viljandi- ja Lääne-Virumaal (vastavalt 6,2, 7,2 ja 8,3 krooni).

Tabel 16. Kuni 2aastastele lastele taastusraviteenuste osutamine sõltuvalt elukohast

Elukoha tüüp	0–2 a laste arv	Summa (kr) 0–2 a lapse kohta	Taastusravi saanud 0–2 a laste osakaal, %
Teenuseosutajaga	4 309	119	10,7
Suurlinn	13 782	93	9,8
Ilma teenuseosutajata	8 768	41	5
Eesti keskmine	26 859	80	8,4

Allikas: Haigekassa 2004. a taastusravi arved, Statistikaamet, rahvastikuregister, Riigikontrolli analüüs

Andmed näitavad, et kuni 2aastaste laste taastusravi saamise erinevused on omavalitsuseti ja maakonniti väga suured. Suured erinevused viitavad sellele, et taastusravi saamise ja mitte-saamise taga ei ole alati taastusravi tegelik vajadus, vaid olulist rolli mängivad ka mitte-meditsiinilised põhjused (sh teenuse kättesaadavus piirkonnas).

2.2.3. Riigikontrolli ettepanekud

Sotsiaalministrile koostöös Eesti Haigekassaga

- **Tagada, et haigekassa rahastatavat taastusravi saaksid seda vajavad patsiendid ning et saadavad teenused oleksid meditsiiniliselt põhjendatud.** Selleks teha järgmist:
 - **Luaa patsientidele, kellele on näidustatud ambulatoorne taastusravi, võimalused selle saamiseks,** et vabastada selle arvelt statsionaarse ravi voodikohti (vt ka eelmise ptk ettepanekud).
 - **Tagada hooldusravivõrgu arengukavas eemärgina toodud hooldusravivoodite arvu suurendamine.** See võimaldab edaspidi hooldusravisse suunata rohkem neid patsiente, kes oma raske seisundi tõttu taastusravi ei vaja, kuid keda seni on väheste hooldusravivõimaluste tõttu taastusravile suunatud.
 - **Luaa võimalusi taastusravi koduteenuse arendamiseks,** algatades vastava katseprojekti.
 - **Kaaluda ambulatoorse teenuse kättesaadavuse suurendamise järel kindlatele ambulatoorsetele teenustele omaosaluste kehtestamist,** nt teatud kindlate diagnoosigruppide kaupa. See aitab vähendada ambulatoorse taastusravi kättesaadavamaks muutumisel teenuste võimalikku põhjendamatut ülekasutamist patsiendipoolse nõudluse tõttu.

Eesti Haigekassa juhatuse esimehele

- **Julgustada teenuse osutajaid võtma kasutusele taastusravi patsiendi arengu hindamiskaalad, kasutades nende rakendamist nt täiendava kriteeriumina taastusravi lepingupartnerite valikul.** Hindamiskaalade rakendamine motiveerib haiglaid osutama taastusravi nendele patsientidele, kellele taastusravi tagaks paranemise või arengu.
- **Analüüsida, milliseid tegevusi sooritatakse teenuste loetellu lisandunud füsioteraapia-teenuse raames,** et paremini tagada meditsiiniliselt põhjendatud ning olemasolevatel ravijuhenditel rajaneva taastusravi teenuste osutamine.

2.3. Taastusravi eelarvet ei planeerita haiguste esinemissagedusest ja sellest tulenevast taastusravi vajadusest lähtuvalt

Taastusravi ravijuhendite järgi ning arstide hinnangul on taastusravi vajadus erinevate haiguste korral palju suurem, kui praegu vastavate haigustega patsiendid taastusravi saavad. Erinevatel põhjustel ei lähtu haigekassa taastusravijuhtude planeerimisel nendest kriteeriumidest, mille põhjal oleks võimalik objektiivne ravijuhtude hulk välja arvestada.

2.3.1. Objektiivne planeerimine nõuaks taastusravi eelarve olulist suurendamist

Nagu teisi meditsiinierialasid, mõjutab taastusravi kättesaadavust haigekassa piiratud eelarve ning vähesed võimalused eriala rahahulka suurendada. Taastusravi teenuse pakkujad on intervjuudes väitnud, et nad suudaksid osutada rohkem teenust, kui haigekassa neilt praegu ostab. Samas ei võimalda taastusravi spetsialistide nappus Eestis tervikuna teenuse mahtu oluliselt kasvatada. Taastusravi eelarve on aasta-aastalt suurenenud (vt tabel 1, lk 7), selle osakaal kogu ravikulude eelarvest on jäänud aga samaks või natuke suurenenud. Ka ravijuhtude arv on seni aasta-aastalt suurenenud. Samas suureneb keskmise taastusravi ravijuhu maksumus 2006. aastal eelnevate aastatega võrreldes rohkem, mistõttu võib väheneda ravi saavate inimeste arv või neile osutatavate teenuste hulk.

Väga paljud auditi käigus küsitatud spetsialistid on taastusravi halva kättesaadavuse peamiseks põhjuseks toonud rahapuuduse või haigekassa lepingumahtude väiksuse. Küsitluse vastustes märgiti, et taastusravi eelarvet peaks kordades suurendama (3–8 protsendini haigekassa ravikulude hüvitiste eelarve kogumahust praegusest vähem kui 1-protsendisest osakaalust). Taastusravi arengukavas on samuti välja toodud, et taastusravi kättesaadavust piirab haigekassa finantseeritav väike taastusravi teenuste maht.

Eelnevat kinnitab ka auditi käigus analüüsitud kolme patsiendirühma taastusravi vähene saamine ning küsitlustes antud hinnangud, mis viitavad sellele, et taastusravi ravijuhtude arvu on vaja edaspidi suurendada. Taastusravi kvaliteedi ja kättesaadavuse paranemisele ning ravijuhtude arvu suurendamisele on suunatud ka erinevate taastusravi valdkonda puudutavate arengukavade eesmärgid (sh spetsialistide arvu suurendamine). Suurenenud ravijuhtude arv ja kättesaadavuse parandamine eeldab aga lähitulevikus kindlasti ka taastusravi eelarve osakaalu olulist kasvu ravikindlustuse eelarve kogumahust.

Haigekassa tellib arstide erialaseltsidelt ravijuhendeid ning on analüüsinud nende täitmist ning vastavust kuludele. Näiteks möönab haigekassa insuldi taastusravi juhendi analüüsis³⁴, et insuldihaiged said 2003. aastal ravijuhendis ettenähtust vähem taastusravi ning ravijuhendile vastamiseks tuleks eelarvet edaspidi suurendada. Haigekassa esindajate sõnul ei saa ühel erialal tehtud ravijuhendit rahastamise suurendamise aluseks võtta seetõttu, et ka teiste erialade ravijuhendite analüüs näitab nende erialade eelarve suurendamise vajadust.

2.3.2. Taastusravi järjekorrad ei peegelda tegelikkust, sest paljusid patsiente ei panda järjekorda

Seni tegelesid eelarve ja ravijuhtude planeerimisega Eesti Haigekassa piirkondlikud osakonnad, alates 2006. aastast on planeerimine liikunud peamiselt keskosakonda. See on olnud võimalik tänu andmebaaside täiustumisele ning peaks aitama kogu planeerimist ühtlustada. Kuna ka

³⁴ http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/memorandum_insult.pdf [10.07.2006]

täiustunud andmebaasides kasutatakse järjekorrainfot ja eelmiste perioodide kasutusinfot, ei pruugi planeeritud ressurss vastata tegelikule vajadusele. Seda puudutab eriti taastusravi eriala, kus enamik taastusarsti vastuvõtul käinutest saab hiljem ka taastusravi protseduure ning seega on ootejärjekordi sisuliselt kaks. Seetõttu on rohkem põhjust arvata, et paljud patsiendid võivad teenusest loobuda, kui ravile saamise ooteaeg on liiga pikk.

Üldjuhul jäävad ravijärjekorrad haigekassa nõukogu kehtestatud ravijärjekordade maksimumpikkuse sisse nii statsionaarse kui ka ambulatoorse teenuse korral. Kuigi ambulatoorse teenuse ooteaeg on üksikutel kuudel lubatust pikem olnud Jõgeva, Valga, Lõuna-Eesti ja Viljandi haiglas, on pidevalt lubatust palju pikemad järjekorrad olnud vaid Rakvere haiglas.³⁵ Statsionaarse teenuse järjekorrad on lubatud kaheksa kuu sisse mahtunud kõigis Eesti haiglavõrgu arengukava haiglates, järjekorrapikkused on aga olnud väga erinevad (vt tabel 17). Samas ei peegelda need järjekorrad tegelikkust.

Tabel 17. Statsionaarse taastusravi järjekordade pikkus päevades valitud kuudel

	Mai 2005	Sept 2005	Jaan 2006	Mai 2006
Põlva Haigla AS	176	200	107	140
Lõuna-Eesti Haigla AS	44	61	31	35
TÜ Kliinikumi SA	31	122	31	31
Viljandi Haigla SA	79	125	3	9
AS Ida-Tallinna Keskhaigla	58	89	32	14
SA Ida-Viru Keskhaigla	10	0	169	172
SA Narva Haigla	16	0	0	0
Kuressaare Haigla SA	29	53	64	49
AS Ida-Tallinna Keskhaigla	58	89	32	14
SA Pärnu Haigla	21	10	92	184

Allikas: Haigekassa kodulehel olev info Eesti haiglavõrgu arengukava haiglate järjekordade pikkuse kohta

Esiteks on ametlikud järjekorrad, nagu teistelgi erialadel, mõeldud plaanilistele patsientidele ja erakorralistele on vähemalt statsionaarset taastusravi võimalik kiiremini saada. Teisest küljest aga ei suuna arstid suhteliselt paljusid patsiente taastusravile (ehk ei pane järjekorda).

Küsitletud nelja eriala arstidest vastas kokku 46%, et vähemalt pooled nende patsientidest jäävad taastusravile suunamata (vt ka lisa 6). Taastusarstid, kellel paluti ise välja pakkuda suunamata jäänud patsientide protsent, jätavad suunamata keskmiselt 7% patsientidest. See näitab, et kui patsient juba kord taastusarsti vastuvõtule jõuab, on tal suurem tõenäosus saada taastusravi protseduure.

Põhjustena, miks patsiendid on jäänud taastusravile suunamata, on kõikide erialade arstid toonud välja ravi halva kättesaadavuse seoses ravijärjekordadega, maapiirkondades transpordiprobleemi ning omafinantseeringu vajaduse, mis on paljudele patsientidele oluliseks takistuseks. Muude põhjustena nimetati veel kogu taastusravi korralduse keerukust ning patsientide aja- ja motivatsioonipuudust, mis võib tuleneda patsiendi vähestest teadmistest taastusravi olulisuse kohta. Põhjustest saab järeldada seda, et arstid ei suuna patsiente taastusravile siis, kui on ette näha, et patsiendil ei ole võimalik taastusravile minna.

Kuna järjekorda panemata jäänud patsiendid jäävad ilma osutatavast taastusravist, ei peegelda tegelikkust ka ravijuhtude arv, mida haigekassa planeerimisel lisaks järjekorrainfole kasutab.

³⁵ Haigekassa kodulehel olev info Eesti haiglavõrgu arengukava haiglate järjekordade pikkuse kohta

2.3.3. Seoses taastusravi teenuse rahastamise muutustega alates 1. aprillist 2006 on haigekassal olnud raskem lepingumahte planeerida

Et taastusravi teenuste rahastamine muutus alates 2006. a 1. aprillist oluliselt, sai haigekassa taastusravijuhtusid ning nende keskmist maksumust 2006. aastaks planeerida vaid prognoosi põhjal. Teenust osutavad erihaiglad Keila Taastusravikeskus ja Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus esitasid vastavalt haigekassa Harju ja Pärnu osakonnale hinnaarvestused, mis näitavad, et teenuseid samas mahus ja sarnaselt 2005. aastaga osutades kallineb statsionaarne taastusravi kolmandiku võrra.³⁶ Nende haiglatega sõlmitud lepingu rahaline maht suurenes ligikaudu 10%, mis mõlema haigla hinnangul ei võimalda teenuse osutamist samas mahus jätkata. 2006. aasta juuni lõpu seisuga on Keila Taastusravikeskus analüüsinud, et neil on teenuse osutamine pärast 1. aprilli 2006 kallinenud nagu varem prognoositud.³⁷ Keila Taastusravikeskus on esitanud haigekassa Harju osakonnale lisalepingu taotluse. Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsioonikeskusega on haigekassa Pärnu osakond sõlminud lisalepingu (maht 160 000 kr), millega rahastati täiendavaid ravijuhtusid.³⁸

Haigekassa keskosakond analüüsis alates 1. aprillist 2006 rakendunud tervishoiuteenuste loetelu muudatuse mõju. 2006. a I poolaastal suurenes 2005. aasta sama perioodiga võrreldes statsionaarse taastusravi teenuste eelarve maht 16% ning taastusravijuhtude arv suurenes sealjuures 12%. Analüüsi tulemused ambulatoorse taastusravi teenuse osas on välja toodud peatükis 2.2.2.

2.3.4. Riigikontrolli ettepanekud

Eesti Haigekassa juhatuse esimehele

- **Arvestada taastusravi eelarve koostamisel haiguste esinemissagedust ja taastusravi osakaalu nende haiguste korral ning ravijuhendeid**, mis võimaldavad planeerimise viia objektiivsematele alustele. Selleks
- jätkata ravijuhendite väljatöötamist taastusravis ning planeerida võimaluste piires nende alusel teenuste mahtu;
- kaaluda taastusravi eelarve suurendamist, et objektiivsetel alustel planeeritud ravijuhtusid oleks võimalik rahastada.

2.4. Teenuse mahu suurendamist takistab lisaks rahapuudusele ka spetsialistide puudus

Taastusravivõrgu arengukavas on välja toodud, et taastusravi meeskondadesse on raske leida neid kõrgharidusega spetsialiste, keda tervishoiukorralduse seadus ei nimeta tervishoiuteenuse osutajana.³⁹ Arengukava kohaselt oli Eestis 2003. a 100 000 inimese kohta 26 taastusravi spetsialisti⁴⁰, Euroopas keskmiselt aga 92 spetsialisti.

³⁶ Haapsalu Neuroloogilises Rehabilitatsioonikeskuses ligikaudu 30% ja Keila Taastusravikeskuses haigusgrupiti 29–37%

³⁷ Keskmise ravipäeva hind on alates 01.04.2004. a tõusnud 572 kroonilt 777 kroonile (tõus 36%).

³⁸ Kuigi ravijuhu keskmist maksumust ei suurendatud, suurenes ravisumma inimese kohta siiski. Tulenevalt uuest haigekassa teenuste loetelust makstakse alates 01.04.2006. a eraldi lapse ravi ja lapse hoolduse eest. Seega võib tekkida eelmise korraldusega võrreldes ühe raviarve ehk ravijuhu asemele kaks.

³⁹ Füsioterapeudid, tegevusterapeudid, logopeedid jt

⁴⁰ Taastusarst, füsioterapeut, tegevusterapeut, logopeed

2.4.1. Uus taastusravile suunamise kord võib kasvatada nõudlust taastusarstide järele

2006. a märtsi seisuga oli Tervishoiuameti meditsiinitöötajate registris registreeritud 157 taastusravi ja füsiatria eriala arsti ehk 11,7 arsti 100 000 inimese kohta. See ületab arengukavas planeeritud suhtarve tunduvalt.⁴¹

Arvestades aga, et tervishoiuteenuse osutajate juures töötavast 130 arstist töötab ligikaudu 40% mitmel töökohal⁴², võib sellel erialal nagu teistelgi arstidest puudus olla. Lisaks toob taastusravivõrgu arengukava välja, et registreeritud taastusarstide arv ei ole teiste riikidega võrreldav, kuna sisaldab ka nõelraviarste ja spordiarste ning tegelik arv oli 2003. aastal 63 ehk 100 000 inimese kohta 4,5. Riigikontrolli tehtud päringule taastusravi korra muudatuste kohta vastas haigekassa Pärnu osakond, et tema piirkonnas on mõnel raviasutusel probleeme taastusravi teenuse osutamisega, sest puudub taastusarst.

Lisaks mainisid intervjuueeritavad taastusarstide võimalikku puudust ohuna taastusravi kättesaadavusele seoses 01.04.2006. a muudatustega haigekassa tervishoiuteenuste loetelus. Uue korra kohaselt maksab haigekassa edaspidi nii intensiivse statsionaarse taastusravi teenuse kui ka ambulatoorse taastusravi eest vaid juhul, kui patsiendi on suunanud taastusarst. Seni on taastusravi vajadust hinnanud enamasti teiste erialade arstid. See patsientide objektiivsemaks hindamiseks tehtud muudatus toob teenuseosutajate hinnangul taastusarstidele suurema töökoormuse, mistõttu vajadus nende järele võib kasvada.

2.4.2. Füsioterapeutide ja tegevusterapeutide arvu ei ole ülevaadet, sest neid ei registreerita

Füsioterapeute, tegevusterapeute ja logopeede, kes kuuluvad samuti taastusravi meeskonda, Tervishoiuamet ei registreeri, kuna nad pole tervishoiuteenuste korraldamise seaduse alusel tervishoiutöötajad ega tohi iseseisvalt tervishoiuteenust osutada. Seetõttu ei ole nende erialade kohta ka riiklikku arvestust – arvestust peavad ainult vastavad erialaseltsid. Seepärast ei ole spetsialistide arvu kohta ka ühest ülevaadet. Näiteks on ühes ja samas rahvusvahelise statistika allikas (vt lisa 4) füsioterapeutide arvuks 2003. aastal toodud 300 ning 2005. aastal ainult 238.

Seoses uue kutsekvalifikatsiooni tunnustamise direktiivi 2005/36/EÜ ülevõtmisega ja jõustumisega 2007. aasta oktoobris moodustati⁴³ Haridus- ja Teadusministeeriumi juurde ametkondadevaheline töörühm, kelle üheks ülesandeks on analüüsida ja teha ettepanekud milliseid ametikohti ja kutseid on Eestis otstarbekas reguleerida (sh tervishoiusüsteemi ametikohad). Mittereguleeritud tervishoiuvaldkonna töötajate kutsekontseptsiooni väljatöötamisega seonduvalt on asjasse puutuvad institutsioonid⁴⁴ omavahel arutanud ka taastusravi spetsialistide registreerimise kohustust. Diskussioonis osalenud olid esialgu seisukohal, et registreerimiskohustuse kehtestamine praegu reguleerimata kutseala esindajatele peab olema pigem erand kui laienema kõigile tervishoiuvaldkonna kutsetele. Sotsiaalministeerium jätkab mittereguleeritud tervishoiuvaldkonna töötajate kutsekontseptsiooni väljatöötamise ja nende registreerimise vajaduse hindamisega pärast seda, kui Haridus- ja Teadusministeeriumi ametkondadevaheline töörühm on oma ettepanekud reguleeritavate kutsete kohta teinud.⁴⁵ Haridus- ja

⁴¹ Sotsiaalministri 28.12.2001. a määrus nr 159 "Arstide erialade arengukavad", § 68: Eestis on vaja 100 000 inimese kohta 2005. aastaks vähemalt 5, 2010. aastaks vähemalt 7 ja 2015. aastaks vähemalt 9 taastusravi arsti.

⁴² Tervishoiuameti, Maksu- ja Tolliameti (2004. aasta andmed), Interneti-otsingu andmetel

⁴³ 25.07.2006. a seisuga on töörühm juba tegevust alustanud, kuid töörühma ei ole veel formaalselt kinnitatud. Tiia Raudma, Haridus- ja Teadusministeeriumi kõrghariduse osakonna nõuniku selgitused

⁴⁴ Sotsiaalministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, Tervishoiuamet, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, Tartu Tervishoiu Kõrgkool ja Tartu Ülikool.

⁴⁵ Heli Paluste, Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakonna tervishoiupoliitika juhi selgitused

Teadusministeeriumi töörühm lähtub põhimõttest, et reguleerida on mõtet tervishoiuga seotud kutsetest ainult neid, mis on Euroopas üldiselt olemas ja reguleeritud. Füsioteraapia kuulub esialgu töörühma hinnangul kindlalt nende kutsete hulka, mida tuleks reguleerida.

Praeguse ni ei ole ka füsioteraapia eriala ja iseseisva füsioteraapiateenuse osutamine ühegi õigusaktiga sätestatud, kuigi Eesti Füsioterapeutide Liit tegi viie aasta jooksul erinevatele sotsiaalministritele ettepanekuid seda reguleerida.⁴⁶ Alates 2006. aasta aprillist on füsioteraapia ja tegevusteraapia teenus eraldi haigekassa tervishoiuteenuste loetelus.⁴⁷

2.4.3. Aastaks 2015 planeeritud tegevusterapeutide miinimumarvu on võimalik saavutada vaid siis, kui kõik lõpetajad lähevad erialasele tööle

Eestis töötab praegu 22 tegevusterapeuti, kel on vastav kõrgharidus.⁴⁸ Raviastutustes töötab neist 13.⁴⁹ Lisaks on aastatel 2002–2005 läbinud tegevusterapeuti assistendi koolituse⁵⁰ 130 inimest ning 2006. aasta suvel lõpetab selle kursuse veel 11 inimest⁵¹.

Intervjuudes taastusravi teenuse osutajatega selgus, et kvalifitseeritud tegevusterapeutide puudus on suur probleem. Osa intervjueritute arvates võiksid senikaua, kuni ei ole piisavalt tegevusterapeute, ka tegevusterapeuti assistendi kursused läbinud osutada haigekassa tervishoiuteenuste loetelus nimetatud tegevusteraapia teenust. Tegevusterapeutide liit on sellisele ajutisele lahendusele kindlalt vastu: liidu hinnangul ei ole tegevusterapeuti assistendi koolitus selline, et koolituse läbinu oleks piisavalt kompetentne iseseisvalt tegevusterapeuti teenuse osutamiseks. Tegevusterapeuti kutsestandardi kohaselt peab tegevusterapeut olema erialase kõrgharidusega.

Taastusravivõrgu arengukava järgi on tegevusterapeutide vajaduseks aastaks 2015 planeeritud 100 inimest. Arengukavas on samas välja toodud, et teiste riikide vajaduse arvestust aluseks võttes⁵² on tegevusterapeutide vajadus Eestis oluliselt suurem (hinnanguliselt 300–400 tegevusterapeuti).

Tegevusterapeutide kõrghariduse tasemel õpe⁵³ toimub alates 2000. aastast Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis. Riiklik koolitustellimus on 2000. ja 2001. aastal olnud 20 ning 2004. ja 2006. aastal 15 üliõpilast. Vahepealsetel aastatel vastuvõttu ei toimunud.

Kokku on tegevusteraapiat aastatel 2000–2005 asunud õppima 75 üliõpilast⁵⁴, seni on õpingud lõpetanud 18 inimest (neist 10 töötab praegu raviastutustes tegevusterapeutina) ning 01.06.2006. a seisuga on õppijate nimekirjas 17 üliõpilast.⁵⁵ Arvates sisseastujatest maha lõpetajad ja õppijad, on näha, et õpingud on katkestanud rohkem kui pooled õppima asunutest (40 õpilast ehk 53%).

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli hinnangul on võimalik praeguse vastuvõtu tasemega eesmärk 2015. aastaks saavutada ning seetõttu ei ole Sotsiaalministeerium koolituskohtade arvu suurendamist taotlenud. Ka Riigikontrolli prognoosi kohaselt on võimalik aastaks 2015

⁴⁶ Tervishoiutöörühmi kokkusaamise protokoll Kutsekojas Euroopa Sotsiaalfondi projekti raames.

⁴⁷ Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vabariigi Valitsuse 22.12.2005. a määrus nr 327, jõustunud 01.01.2006, taastusravi osas 01.04.2006

⁴⁸ Eesti Tegevusterapeutide Liidu andmetel 21.07.2006. a seisuga

⁴⁹ Samas

⁵⁰ Tegevusterapeuti assistendi koolitust korraldab Tervise Arengu Instituut.

⁵¹ Tervise Arengu Instituudi andmed

⁵² Arengukava kohaselt on 10 000 inimese kohta vaja üht tegevusterapeuti ning statsionaaris üht tegevusterapeuti kahe füsioteraapeuti kohta.

⁵³ 2000.–2001. a vastuvõtt toimus kutsekõrghariduse õppekavale ning edasi rakenduskõrghariduse õppekavale

⁵⁴ Sh 3 tasuta üliõpilast

⁵⁵ Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli andmed

püstitatud eesmärk saavutada (vt tabel 18). Samas peab Riigikontroll seda prognoosi siiski pigem optimistlikuks, kuna prognoos lähtub sellest, et kõik eriala lõpetajad asuvad tööle tegevusterapeutidena. Senine praktika on näidanud, et väga paljud tegevusteraapia kõrghariduse omandanutest ei ole asunud tööle tegevusterapeutidena. Samuti on õpingute katkestamine olnud sagedasem Riigikontrolli prognoosis arvestatust.

Tabel 18. Tegevusterapeutide arvu prognoos aastateks 2010 ja 2015

	2006	2010*	2015*
Vajadus arengukava järgi			100
Kokku prognoositavalt, sh	22	59	104
tegevusterapeutide arv (praegu töötavad)	22	22	22
tasemeõppe kaudu lisanduvad	1	37	82

*Prognoos, milles on arvestatud, et aastani 2015

- ei lahku praegu töötavad tegevusterapeutid töölt (kuna eriala hakati õpetama 2000. a, on valdavalt tegemist noorte spetsialistidega);
- kõik lõpetanud suunduvad erialasele tööle;
- tasemeõppes tegevusteraapia erialal on igal aastal keskmiselt 9 lõpetajat.⁵⁶

Allikas: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Vajaduse korral tuleks kaaluda võimalust teha tasemeõppe kõrvale tegevusterapeutide täiendusõppe koolitusprogramm (sarnaselt praeguse tegevusterapeuti assistendi koolitusega), mille läbimise eelduseks ei peaks olema tegevusteraapiakõrgharidus ning mille lõpetajad saaksid sooritada kutseeksami ning saada tegevusterapeuti kutsestandardile vastava kvalifikatsiooni.

Vajadust tegevusteraapia-alase ettevalmistusega inimeste järele on oluliselt kasvatanud ka alates 01.01.2005. a sotsiaalteenuste nimekirja lisandunud rehabilitatsiooniteenuse rakendamine.⁵⁷

2.4.4. 2015. aastaks on võimalik arengukavas planeeritud kvalifikatsioonile vastavate füsioterapeutide arv saavutada

Rahvusvahelise statistika⁵⁸ andmetel oli Eestis 2005. aastal 238 füsioterapeuti ehk 100 000 inimese kohta 16,6. Võrreldes teiste Euroopa riikide keskmisega (63,1) on seda ligikaudu neli korda vähem (vt lisa 4). Füsioterapeute, kes võivad osutada haigekassa tervishoiuteenuste loetelus olevat füsioterapeuti teenust, oli Eesti Füsioterapeutide Liidu tööregistris 2006. a juuni seisuga 203.⁵⁹

Taastusravivõrgu arengukavas on füsioterapeutide vajaduseks 2010. aastaks arvatud 795 spetsialisti ja 2015. aastaks 945 spetsialisti. Seega on praegu töötavate kvalifitseeritud füsioterapeutide arv ligikaudu veerand 2015. aastaks planeeritust.

Füsioteraapia erialal toimub Eestis tasemeõppe praegu kahes koolis:

⁵⁶ Riigikontroll on arvestanud, et senise vastuvõtu trendi jätkudes (keskmiselt 10 uut üliõpilast aastas) saab aastas lõpetada 9–10 inimest.

⁵⁷ Rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks moodustab teenuse osutaja meeskonna, kuhu peab kuuluma tegevusterapeut või tegevusterapeuti assistent (sotsiaalhoolekande seadus, § 11¹¹ lg 2).

⁵⁸ European Region Of The World Confederation For Physical Therapy, 2006. Taastusravivõrgu arengukava personali käsitlev lisa annab füsioterapeutide arvuks Eestis 2003. aastal 300. Nii 2003. kui ka 2005. aasta arvud on pärit samast algallikast.

⁵⁹ http://www.fysiot.ee/too_register.htm

- Tartu Ülikooli kehakultuuriteaduskonnas, kus riiklik koolitustellimus on aastatel 2002–2003 olnud 10 lõpetajat ning 2004–2006 12 lõpetajat;⁶⁰
- Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis, kus riiklik koolitustellimus on aastatel 2002–2005 olnud 15 lõpetajat ja 2006. aastal 25 lõpetajat.

Lisaks toimub Tartu Ülikoolis ka füsioteraapia täiendusõpe, kus kehakultuurikõrghariduse, meditsiinilise keskeri- või kõrgharidusega inimestel on võimalik omandada füsioteraapia lisaeriala vastavalt Eesti füsioterapeudi kutsestandardile. Sihtrühmaks on ennekõike need, kes töötavad praegu taastusravi valdkonnas.

Tabelis 19 on Riigikontrolli koostatud prognoos füsioterapeutide arvu kohta aastatel 2010 ja 2015. Tegemist on pigem optimistliku prognoosiga, sest seni on füsioteraapia tasemeõppe õppurite registri järgi⁶¹ olnud õpingute katkestajate hulk küllaltki suur. Samuti on arvestatud, et säilib suhteliselt suur huvi ka tasulise õppe vastu (praegu õpib 39% tasu eest).

Tabel 19. Füsioterapeutide arvu prognoos aastateks 2010 ja 2015

	2005	2010*	2015*
Vajadus arengukava järgi		795	945
Kokku prognoositavalt, sh	238	648	913
füsioterapeute arv (praegu töötavad)	238**	208	178
tasemeõppe kaudu lisanduvad	35	260	485
täiendusõppe kaudu lisanduvad	30	180	250

* Prognoos, milles on arvestatud, et aastani 2015 on tasemeõppes füsioteraapia erialal igal aastal keskmiselt 45 lõpetajat;⁶² täienduskoolituse kaudu lisandub aastatel 2006–2015 kokku 220 füsioterapeuti;⁶³ praegu töötavatest füsioterapeutidest lahkub aastatel 2005–2015 tööturult ca 25%.
Allikas: vt lisa 4

Prognoosist võib järeldada, et positiivse stsenaariumi korral on võimalik arengukava eesmärk füsioterapeutide arvu osas aastaks 2015 peaaegu täita. 2010. aasta eesmärgi täitmine ei ole aga reaalne. Koolide hinnangul võiks riiklikku koolitustellimust ka mõnevõrra suurendada (mõlema kooli hinnangul oleks neil koolitusvõimsus 35–40 tudengit aastas). Praegu on kõige suurem probleem praktikabaaside ja eriti praktikajuhendajate vähesus, mistõttu kliinilist praktikat ei ole võimalik suuremale hulgale üliõpilastele korraldada.

Taastusraviõdede tulevane roll ei ole selge

Aprilli andmetel oli Tervishoiuametis registreeritud 587 taastusraviõde.⁶⁴ Taastusõed on üks sihtrühmi, kes spetsialiseeruvad täienduskoolituse vms kaudu taastusravi meekonna spetsialistiks (sh näiteks füsioterapeudiks või tegevusterapeudi assistendiks). Taastusraviõdede soovitavaid suhtarve sotsiaalministri 11.07.2002. a määruses “Õendusala erialade arengukavad” välja pole toodud. Võib vaid eeldada, et taastusõdede vajadus taastusravi teenuse osutamiseks

⁶⁰ Tartu Ülikooli korral on tegemist 3 + 2 magistriõppe (3 aastat bakalaureuseõpet + 2 aastat magistriõpet) lõpetajate tellimusega. Bakalaureuseõppesse peab kool võtma vastu 1,5 korda rohkem õpilasi, kui on magistriõppe tellimus.

⁶¹ Õpilaste registri seis 13.02.2006: alates 01.09.2001. a õppima asunud 308 füsioteraapia eriala üliõpilasest õpib praegu 221, lõpetanud on 53 ning õpingud on katkestanud 34 üliõpilast.

⁶² Keskmise lõpetajate arv on prognoositud 2005. aastaga võrreldes suurem, kuna riiklik koolitustellimus on alates 2006. a kasvanud 10 koha võrra ja tasuliste üliõpilaste osakaal on samuti kasvanud (2005/2006. õa-l õppis tasulistel õppekohtadel kokku 86 üliõpilast).

⁶³ Taastusravi arengukava järgi on füsioteraapia täienduskoolituse mahu riiklik koolitustellimus 2004.–2007. a kuni 64 inimest aastas, kuid reaalsed lõpetajate keskmised arvud aastas on siiani olnud ligikaudu kolm korda väiksemad.

⁶⁴ Päring Tervishoiuametile, vastus 07.04.2006

kahaneb võrdeliselt füsioterapeutide arvu suurenemisega. Praegu teevad taastusõed paljudel juhtudel sama tööd, mida tänapäevases tervishoiusüsteemis teevad füsioterapeudid.⁶⁵

2.4.5. Riigikontrolli ettepanekud

Sotsiaalministrile koostöös haridus- ja teadusministriga

- **Suurendada ambulatoorse teenuse kättesaadavust ja tagada piisav arv spetsialiste.** Selleks
 - **jätkata füsioterapeutide koolitust senises mahus.** Kuna praeguse koolitustellimuse ja täiendusõppe prognoosi arvestades on võimalik aastaks 2015 tagada arengukavas ette nähtud füsioterapeutide arv, ei näe Riigikontroll vajadust (arvestades praktikabaaside koormatust) koolitustellimust suurendada;
 - **suurendada tegevusterapeutide koolitustellimust või võimaldada tegevusterapeutide assistentide lihtsustatud ümberõpet tegevusterapeutideks.** Arvestades tegevusterapeutide riiklikku koolitustellimuse mahtu, ei ole tervishoiusektoris vajaminevat tegevusterapeutide arvu tasemekoolituse kaudu võimalik aastaks 2015 saavutada. Selle põhjuseks on ka asjaolu, et samal ajal jääb püsima tegevusterapeutide vajadus sotsiaal-sektoris;
 - **luua tingimused spetsialistide arvust usaldusväärse ülevaate omamiseks.** Riigikontrolli hinnangul ei ole praegune, ainult erialaseltside kaudu omatav mitteametlik ülevaade füsioterapeutide ja tegevusterapeutide arvust piisavalt usaldusväärne, et hinnata arengukavasse planeeritud eesmärkide täitmist. Selleks muuta tegevusterapeudi ja füsioterapeudi eriala ametlikuks ning hakata andmeid koguma ühtsesse registrisse.

Sotsiaalministrile koostöös Eesti Haigekassaga

- **Kindlustada proportsionaalselt suureneva füsioterapeutide ja tegevusterapeutide arvuga neile suurem töömaht vastavate ravijuhtude arvu ja rahamahu järkjärgulise suurendamise kaudu.** Ainult spetsialistide arvu suurendamine taastusravi teenuste kättesaadavust ei paranda. Kui nõudlus teenuse järele ei kasva, ei ole juurdeplaneeritud spetsialistidel võimalik leida erialast rakendust.

/allkirjastatud digitaalselt/

Jüri Kõrge
III auditiosakonna peakontrolör

⁶⁵ Tartu Ülikooli kehakultuuriteaduskonna füsioteraapia programmi juhi Priit Eelmäe hinnang

Lisad

1. Taastusravi mõjude analüüsi meetoodika

Auditi planeerimise ajal Eesti Haigekassale esitatud päringud

- Kõik 2004. aasta taastusravi arved.
 - Raviarvete info teiste erialade eelarvest teostatud taastusravi protseduuride kohta.
- Nende päringute vastuste infot kasutati nii esialgse ülevaate saamiseks taastusravi teenuse osutamisest kui ka hiljem taastusravi teenuste saamise ja selle õigeaegsuse kontrollimiseks.

1. Töövalimite moodustamine

Koostöös neuroloogia, kardioloogia ja ortopeedia arstide erialaseltsidega valiti välja diagnoosid, mille korral patsiendid enamasti taastusravi vajavad. Valiku kriteeriumiks olid muu hulgas nii nende haiguste ravi suhteliselt kõrge keskmine kulu kui ka kriteeriumide mõõdetavus, millal patsient taastusravi saama peab.

Neuroloogias võeti valimisse insuldipatsiendid diagnoosikoodidega I61–I64⁶⁶ (sh nende alamkoodid). Valimisse kaasati kõik 2004. a jaanuari ja veebruari esmased diagnoosid. Nende patsientide taastusravi vajadusele andsid epikriiside alusel alljärgnevatest kriteeriumidest lähtuvalt eksperdi hinnangu erialaselt soovitatud neuroloogid Mai Roose (töökoht TÜ Kliinikum) ja Silja Kullamaa (töökoht Põhja-Eesti Regionaalhaigla). Kumbki ekspert ei hinnanud oma töökohas ravitud patsientide epikriise. Ekspertid hindasid, kas patsient vajab statsionaarset või ainult ambulatoorset taastusravi. Juhul kui patsient taastusravi ei vajanud, lisati selgituseks, kas põhjuseks oli patsiendi seisundi kergus või raskus.

Insuldijärgse taastusravi vajaduse hindamise kriteeriumid. Välja töötanud L. Puusepa nimeline neuroloogide ja neurokirurgide selts kooskõlastatult taastusravide seltsiga, võttes aluseks insuldi taastusravi juhendi.

Patsient peaks saama pärast insuldi akuutse faasi läbimist taastusravi, kui

- tal esineb taastusraviga tõenäoliselt mõjutatav funktsionaalne defitsiit;
- patsient on stabiilses üldseisundis, s.t
 - olulise teadvushäireta,
 - stabiilse hemodünaamika ja hingamisega,
 - ei vaja infusioon- ega hapnikravi,
 - pole intubeeritud,
 - tal ei esine ägedat psühhoosi,
 - ei esine ägedaid põletikulisi ega nakkushaigusi;
- patsient ei olnud enne haigestumist voodihaige ega raske kognitiivse defitsiidiga.

Esialgne valim koosnes 782 patsiendist, kuid pärast 2005. aasta novembriks surnud patsientide, ambulatoorsete patsientide (kelle kohta puudusid epikriisid) ning hinnangu andmiseks ebapiisavat infot sisaldavate epikriisidega patsientide väljaarvamist jäi töövalimi suuruseks 334 patsienti.

2004. aastal oli kokku samade diagnoosidega neuroloogiapatsiente 4796.

Kardioloogias võeti valimisse müokardiinfarktiga patsiendid diagnoosikoodidega I21, I22⁶⁷ (sh nende alamkoodid), lisaks südamelõikused koodiga 2204K (kunstliku vereringega kardio-kirurgiline operatsioon) ja 7655 (koronaarangioplastika, esimene stenoos).⁶⁸ Valimisse kaasati kõik esmased diagnoosid 2004. a jaanuarist kuni aprillini. Valimi esialgne suurus oli 1422

⁶⁶ I61 – intratserebraalne hemorraagia ehk peaaugisene verevalum; I62 – muu mittetraumaatiline koljusisene verevalum; I63 – peajuinfarkt; I64 – täpsustamata, kas hemorraagia või infarktitekkene insult ehk rabandus

⁶⁷ I21 – äge müokardiinfarkt, I22 – korduv müokardiinfarkt

⁶⁸ Teenuste koodid on esitatud 2004. aastal kehtinud Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu alusel.

patsienti. Pärast analüüsitava perioodi jooksul (enne 2005. aasta lõppu) surnud patsientide väljaarvamist jäi valimi suuruseks 1032 patsienti.

2004. aastal oli kokku samade diagnoosidega või teatud südameoperatsioone saanud kardioloogiapatsiente 3915.

Ortopeedias võeti valimisse patsiendid, kellele oli eelnevalt tehtud suurte liigeste endoproteesimine. Pärast konsulteerimist Eesti Haigekassaga otsustati võtta lisaks valimisse ka lisavahendi koodid, mis suures osas kattuvad operatsioonijärgsete koodidega. Kokku olid kasutatud koodid järgmised:

- puusaliigese proteesimine (2650L, 2651L, 2652L, 2653L, 2654L, 2655L),
- suurte liigeste revisioonproteesimine (100203),
- suure liigese endoproteesimine (koodid 2240K ja 70201),
- reieluukaela mediaalse murru implanteerimine (2618L),
- põlveliigese proteesimine (2660L ja 2662L).

Valimisse kaasati kõik 2004. a jaanuarist kuni aprillini neid teenuseid saanud patsiendid. Esialgne valimi suurus oli 1012. Pärast analüüsi alguseks surnud patsientide väljaarvamist jäi analüüsitava valimi suuruseks 937 patsienti.

2004. aastal oli kokku vastavaid ortopeediapatsiente 4798.

2. Taastusravi saamise kontrollimine raviarvete põhjal

Haigekassale esitati päring kõikide ülal mainitud diagnooside või teenuste koodidega patsientide 2004. aasta alguse raviarvete saamiseks (neuroloogias 2 kuud, teistel erialadel 4 kuud). Eelnimetatud valimite patsientide kohta kontrolliti haigekassa 2004. aasta taastusraviarvete ja 2004. aasta muude erialade eelarvest teostatud üksikute taastusravi protseduuride alusel, kas patsient oli taastusravi või üksikprotseduure (teiste erialade eelarvest) saanud.

3. Taastusravi saanute ja mittesaanute võrdlemine eelnevate ja hilisemate näitajate alusel

Järgnevalt esitati kõikide valimisse kuulunud inimeste kohta päringud

- Eesti Haigekassale kõikide patsientide ravikulude, ravimikulude ja töövõimetushüvitiste kohta aastatel 2003–2005;
- Sotsiaalkindlustusametile kõikide patsientide makstud sotsiaalmaksu, saadud toetuste ja puude raskusastmete kohta aastatel 2003–2005;
- ASile Andmevara inimeste elukohaandmete kohta 2004. aastal.

Et selgitada taastusravi saamise võimalikku mõju võrreldes selle mittesaamisega, võrreldi päringutest saadud info alusel kõigil erialadel kahte rühma – taastusravi saanuid ja mittesaanuid – järgmiste tunnuste kaupa:

- patsiendi kõik ravikulud – võrreldi 2003. aasta ravikulusid 2005nda ja 2004. aasta II poolaasta keskmise ravikuluga;
- puude raskusaste – võrreldi 2003. aasta puude raskusastet 2005. aasta puude raskusastmega;
- sissetulekute ehk palga muutus – võrreldi 2003. aasta keskmist töötasu 2005nda ja 2004. aasta II poolaasta keskmise töötasuga tööealiste patsientide ehk nende patsientide osas, kes ei olnud 2005. aasta lõpuks jäänud vanaduspensionile.

Analüüsimiseks kasutati statistikaprogrammi Stata 9.2 ning analüüsi meetoodika ning statistika võrdlevanalüüsi koostas ekspordina kaasatud Andres Võrk.

4. Analüüsi valimite statistika

Valimi patsientide arv ning lõplik analüüsis kasutatud patsientide arv

Eriala	Periood	Teenust saanud patsiendid	Välja langenud patsiendi (surnud, puudulike andmetega jm)	Lõplik patsientide arv
Kardioloogiapatsiendid	01.01.–30.04.2004	1422	410	1032
Neuroloogiapatsiendid	01.01.–29.02.2004	782	448	334
Ortopeediapatsiendid	01.01.–30.04.2004	1012	75	937

Valimisse langenud patsiendid, kes surid 2005. a novembriks

Ajavahemik, mille jooksul patsient suri pärast raviarvel näidatud perioodi lõppu	Kardioloogia		Neuroloogia		Ortopeedia	
	Patsiente	Suremise ajavahemiku osakaal %	Patsiente	Suremise ajavahemiku osakaal %	Patsiente	Suremise ajavahemiku osakaal %
0 päeva	195	51	147	40	6	8
1–30 päeva	42	11	94	26	7	9
31–100 päeva	26	7	41	11	18	24
101–200 päeva	27	7	23	6	9	12
200–400 päeva	40	10	32	9	12	16
üle 400 päeva	54	14	32	9	23	31
Kokku	384	100	368	100	75	100

2005. a novembriks surnud patsientidest sai taastusravi vastavalt kardioloogia erialal 1,6%, neuroloogia erialal 15% ja ortopeedia erialal 4%.

Taastusravi saanud ja mittesaanud patsientide võrdlus

Teenuse saamine	Kardioloogia		Neuroloogia		Ortopeedia	
	Ei	Jah	Ei	Jah	Ei	Jah
Patsientide arv	924	108	206	128	774	163
Meeste osakaal (%)	62,8	63,0	44,7	57,0	28,9	25,2
Keskmine vanus	65,8	61,8	69,8	68,6	68,1	66,9
Linnaelanike osakaal (%)	66,9	82,4	66,5	78,1	58,4	74,2
Elukoht teenusepakkujate suhtes (%)						
Pakkujata	34,2	21,3	41,8	27,3	43,3	26,4
Pakkujaga omavalitsus	18,1	8,3	9,2	10,2	14,3	14,1
Pakkujaga suurlinn ⁶⁹	47,7	70,4	49,0	62,5	42,4	59,5
Ravinud tervishoiuasutus (%)						
TÜ Kliinikum	30,7	24,1	11,7	6,3	31,5	32,5
PERH	30,8	46,3	14,6	21,9	18,9	31,9
Muu	38,4	29,6	73,8	71,9	49,6	35,6

⁶⁹ Suurlinn: Tallinn, Tartu, Narva, Kohtla-Järve, Pärnu

Taastusravi saanud ja mittesaanud patsientide ravikulude võrdlus

Teenuse saamine	Kardioloogia		Neuroloogia		Ortopeedia	
	Ei	Jah	Ei	Jah	Ei	Jah
Ravisumma keskmine (tuh kr)						
2003. a kokku	12,1	8,7	4,8	5,5	11,2	10,7
Põhiravisumma (2004)	67,2	85,9	9,7	12,1	45,2	45,4
2004. a I poolaasta	72,4	96,6	13,5	28,5	50,5	51,3
2004. a II poolaasta	6,6	5,1	2,9	5,3	5,0	7,1
2005. a I poolaasta	6,7	4,8	5,5	5,8	8,6	8,8
2005. a II poolaasta	4,4	4,3	4,0	3,5	5,1	5,0
Ravisumma mediaan (tuh kr)						
2003. a kokku	2,0	1,0	0,6	0,5	2,1	3,1
Põhiravisumma (2004)	78,1	89,4	6,2	8,2	46,1	48,8
2004. a I poolaasta	80,5	97,7	9,1	21,5	49,6	50,2
2004. a II poolaasta	0,4	0,9	0,1	1,0	0,4	1,0
2005. a I poolaasta	0,5	0,6	0,1	0,4	0,4	1,2
2005. a II poolaasta	0,4	0,4	0,1	0,2	0,3	0,7
Ravisummaga inimeste osakaal (%)						
2003. a kokku	80,5	75,9	70,9	73,4	94,1	96,9
Põhiravisumma (2004)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2004. a I poolaasta	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2004. a II poolaasta	74,2	85,2	58,3	73,4	74,9	86,5
2005. a I poolaasta	71,6	86,1	56,8	62,5	68,7	82,8
2005. a II poolaasta	69,2	75,0	55,3	59,4	68,3	77,9

Varajast taastusravi (protseduure) saanud ja mittesaanud patsientide ravikulude võrdlus

Teenuse saamine	Kardioloogia		Neuroloogia		Ortopeedia	
	Ei	Jah	Ei	Jah	Ei	Jah
Ravisumma keskmine (tuh kr)						
2003. a kokku	13,1	10,3	7,1	4,4	10,2	15,9
Põhiravisumma (2004)	61,4	77,4	8,9	11,2	44,5	49,0
2004. a I poolaasta	67,0	83,3	15,4	20,5	47,5	66,3
2004. a II poolaasta	7,6	5,3	3,9	3,8	4,9	7,7
2005. a I poolaasta	7,5	5,4	6,5	5,3	8,8	8,1
2005. a II poolaasta	4,6	4,1	5,0	3,4	4,4	8,1
Ravisumma mediaan (tuh kr)						
2003. a kokku	1,5	2,1	0,6	0,5	2,3	3,6
Põhiravisumma (2004)	74,0	83,2	6,2	7,7	48,8	38,6
2004. a I poolaasta	77,3	87,1	11,4	14,1	49,7	50,2
2004. a II poolaasta	0,4	0,5	0,1	0,3	0,4	0,5
2005. a I poolaasta	0,5	0,5	0,1	0,2	0,5	0,4
2005. a II poolaasta	0,3	0,5	0,1	0,1	0,3	0,3
Ravisummaga inimeste osakaal (%)						
2003. a kokku	80,8	79,3	67,5	73,3	96,0	87,4
Põhiravisumma (2004)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2004. a I poolaasta	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2004. a II poolaasta	73,4	77,5	57,8	66,1	78,1	71,1
2005. a I poolaasta	70,0	76,5	53,0	61,0	71,2	71,1
2005. a II poolaasta	68,1	71,5	59,0	56,2	71,2	64,2

Taastusravi saanud ja mittesaanud patsientide töötasu võrdlus

Teenuse saamine	Kardioloogia		Neuroloogia		Ortopeedia	
	Ei	Jah	Ei	Jah	Ei	Jah
Sotsiaalmaks töötasult keskmine (tuh kr)						
2003	8,7	16,0	4,6	4,5	3,5	5,8
2004. a I poolaasta	2,9	5,3	1,6	1,5	1,0	1,6
2004. a II poolaasta	3,2	6,7	1,6	0,8	1,5	2,2
2005	7,3	15,5	3,4	1,6	3,0	4,9
Sotsiaalmaksuga maksustatud tulu saanud inimeste osakaal (%)						
2003	40,8	60,2	23,3	23,4	26,1	38,0
2004. a I poolaasta	32,3	57,4	17,0	20,3	19,8	30,1
2004. a II poolaasta	28,2	50,9	15,0	10,9	18,5	28,8
2005	27,1	48,1	15,5	7,0	19,6	29,4

Taastusravi saanud ja mittesaanud patsientide töövõimetuspensioni ja puudega täiskasvanu toetuse saamise võrdlus

Teenuse saamine	Kardioloogia		Neuroloogia		Ortopeedia	
	Ei	Jah	Ei	Jah	Ei	Jah
Pensionisaajate osakaal (%)						
2003	9,3	8,3	3,9	7,8	9,9	12,3
2004. a I poolaasta	13,7	13,0	7,3	11,7	11,8	17,2
2004. a II poolaasta	17,9	23,1	9,7	16,4	12,8	17,2
2005	17,4	22,2	9,7	16,4	12,3	16,0
Keskmine pensionisumma patsiendi kohta (kr)						
2003	124	112	49	120	126	153
2004. a I poolaasta	181	159	70	160	152	227
2004. a II poolaasta	263	348	144	319	174	242
2005	278	350	147	341	177	234
Puudetoetuse saajate osakaal (%)						
2003	25,4	13,9	29,1	25,8	43,0	39,3
2004. a I poolaasta	36,1	25,0	46,1	57,8	53,1	50,9
2004. a II poolaasta	42,4	33,3	51,5	71,1	58,1	55,2
2005	45,0	33,3	55,3	71,9	60,6	57,7
Puude raskusastme muutus, 2005 vrd 2003 (%)						
Vähenes	1,1	0,0	1,0	0,0	2,3	0,6
Jäi samaks	74,2	75,9	63,1	43,8	71,3	72,4
Kasvas	24,7	24,1	35,9	56,3	26,4	27,0

5. Taastusravi mõju statistilise sobitamise (*propensity score matching*) järgi

Taastusravi mõju hindamise tulemused on saadud, kasutades statistilist sobitamist. Sobitamine on regressioonanalüüsist paindlikum ega eelda funktsionaalset seost meetmes osalemise ja tulemuse vahel. Sobitamine koosnes järgmistest sammudest:

- Uuritud valimit kitsendamine (nt kas kõik inimesed või ainult need, kes olid nooremad kui pensioniiga või kellel oli eksperdihinnangu kohaselt vajadus taastusraviks).
- Probit-mudeli hindamine, kus tõenäosus taastusravi saada sõltub eespool vaadeldud teguritest (sugu, vanuserühm, elukoht jt). Mudeli hindame iga haigusrühma jaoks eraldi. Taastusravi saamise tõenäosuse prognoosimine mudeli abil kõikidele vaatlustele.

- Üks mitmele sobitamine, kasutades kaalumiseks Epanechnikovi tuuma (*kernel*'it) laiusega (*bandwidth*) 0,06 (s.t sarnastena vaadeldi kõiki inimesi, kelle kaugus teineteisest mõõdetuna tõenäosusega osaleda meetmes erines maksimaalselt 6 protsenti).
- Keskmiste erinevuse leidmine uuritavas indikaatoris (nt töötasu saamine, ravikulud) osalusgrupi vaatluste ja kaalutud võrdlusgrupi vaatluste vahel. Saadud erinevus on hinnang mõjule, mis oleks olnud osalusgrupi vaatluste keskmine tulemus ilma taastusravita (nn meetme mõju meetmes osalenutele – *average treatment effect*).

Sobitamise tulemusena püüti saavutada olukord, kus võrdlusgrupp ja osalusgrupp on sarnased jälgitavate tegurite kaupa. Seetõttu kontrolliti ka sobitamise järel, kas osalusgrupp ja (kaalutud) võrdlusgrupp on sarnased uuritavate tunnuste järgi. Hindamisel kasutati programmi Stata jaoks kirjutatud koodi *psmatch2*.⁷⁰

Andmaks ligilähedast hinnangut sobitamise teel saadud tulemuste statistilisele hajuvusele, leiti 90% usalduspiirid kasutades *bootstrapping*-meetodit. Tegemist on meetodiga, kus võetakse valimist tagasipanekuga juhuslik valim esialgse valimi suuruses teatud arv kordi. Iga kord leitakse uuritav väärtus (antud juhul mõju osalusgrupi inimestele) ja saadud hinnangute hajuvus ongi lähendiks tegelikele esialgse hinnangu usalduspiiridele. Tegemist ei ole väga täpsete piiridega, sest käsitluse sobivus statistiliste sobitamise korral ei ole veel päris lõpuni erialakirjanduses selgeks vaieldud.

⁷⁰ Allikas: Leuven, E., Sianesi, B. (2003). PSMATCH2: Stata module to perform full Mahalanobis and propensity score matching, common support graphing, and covariate imbalance testing. 13.04.2006. a versioon. Vt <http://ideas.repec.org/c/boc/bocode/s432001.html>.

2. Väliskirjanduse loetelu

Kardioloogia

1. Levin L, A Perk, J Hedbäck B. Cardiac rehabilitation – a cost analysis. *Journal of Internal Medicine* 1991;230:427–434.
2. Stone J. Cardiac rehabilitation: Cost and care effective. *Canadian Journal of Cardiology* 2004; Vol 20, No. 12:1256–1257.
3. Taylor R, Kirby B. The evidence base for the cost effectiveness of cardiac rehabilitation. *Heart* 1997;78:5–6.
4. Effective Health Care: Cardiac Rehabilitation. Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers, University of York. NHS Centre for Reviews and Dissemination 1998; No.4.
5. Brodie D, Bethell H, Breen S. Cardiac rehabilitation in England: a detailed national survey. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 2006;13:122–128.
6. Beswick AD, Rees K, Griebisch I, Taylor FC, Burke M, West RR, et al. Provision, uptake and cost of cardiac rehabilitation programmes: improving services to under-represented groups. *Health Technology Assessment* 2004; Vol.8, No.41.

Neuroloogia

7. Noorani HZ, Brady B, McGahan L, Teasell R, Skidmore B, Doherty TJ. Stroke rehabilitation services: systematic reviews of the clinical and economic evidence. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) 2003; Technology Report No.35.
8. von Koch L, de Pedro-Cuesta J, Kostulas V, Almazan J, Widen Holmqvist L. Randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke: one-year follow-up of patient outcome, resource use and cost. *Cerebrovascular Diseases* 2001;12(2):131–138.
9. Weiss Z, Snir D, Klein B, Avraham I, Shani R, Zetler H, Eyal P, Dynia A, Eldar R. Effectiveness of home rehabilitation after stroke in Israel. *International Journal of Rehabilitation Research* 2004;27(2):119–125.
10. Beech R, Rudd A G, Tilling K, Wolfe C D. Economic consequences of early inpatient discharge to community-based rehabilitation for stroke in an inner-London teaching hospital. *Stroke* 1999;30(4):729–735.
11. Roderick P, Low J, Day R, Peasgood T, Mullee MA, Turnbull JC, Villar T, Raftery J. Stroke rehabilitation after hospital discharge: a randomized trial comparing domiciliary and day-hospital care. *Age and Ageing* 2001;30:303–310.
12. Anderson C, Mhurchu CN, Rubenach S, Clark M, Spencer C, Winsor A. Home or hospital for stroke Rehabilitation? Results of a randomized controlled trial : II: cost minimization analysis at 6 months. *Stroke* 2000;31:1032–1037.
13. Anderson C, Ni Mhurchu C, Brown PM, Carter K. Stroke rehabilitation services to accelerate hospital discharge and provide home-based care: An overview and cost analysis. *Pharmacoeconomics* 2002;20(8):537–552.
14. Andersson A, Levin L-Å, Öberg B, Månsson L. Health care and social welfare costs in home-based and hospital-based rehabilitation after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002;16:386–392.
15. A bibliography of cost-effectiveness practices in physical medicine and rehabilitation. AAPM&R white paper *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2001;82(5):711–719.

16. Brady BK, McGahan L, Skidmore B. Systematic review of economic evidence on stroke rehabilitation services. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2005;21(1):15–21.
17. Keith RA. Rehabilitation after stroke: Cost-effectiveness analyses. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1996;89:631–633.
18. Britton M, Andersson A. Home rehabilitation after stroke: reviewing the scientific evidence on effects and costs. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2000;16(3):842–848.
19. Donnelly M, Power M, Russell M, Fullerton K. Randomized controlled trial of an early discharge rehabilitation service: the Belfast community stroke trial. *Stroke* 2004;35:127–133.

Ortopedia

20. McGregor AH, Rylands H, Owen A, Dore CJ, Hughes SP. Does preoperative hip rehabilitation advice improve recovery and patient satisfaction. *Journal of Arthroplasty* 2004;19(4):464–468.
21. Moller G, Goldie I, Jonsson E. Hospital care versus home care for rehabilitation after hip replacement. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1992;8(1):93–101.
22. Burger W, Dietsche S, Morfeld M, Koch U. Outpatient and inpatient orthopaedic rehabilitation - results of a study comparing outcome and costs. *Rehabilitation (Stuttgart)* 2002;41(2-3):92–102.
23. Polder JJ, van Balen R, Steyerberg EW, Cools HJM, Habbema JDF. A cost-minimisation study of alternative discharge policies after hip fracture repair. *Health Economics* 2001;12:87–100.

3. Intervjuud

Asutus	Isikud	Teema	Kuupäev
Ida-Tallinna Keskhaigla	Varje-Riin Tuulik-Leisi – taastusjärelravikeskuse juhataja, Eesti Taastusarstide Seltsi juhatuse liige	Taastusravi üldine korraldus, olukord ja probleemid	29.04.2005
Tallinna Lastehaigla	Hille Maas – füsioterapeut, Eesti Füsioterapeutide Liidu (EFL) juhatuse liige	Taastusravi üldine korraldus, olukord ja probleemid	10.05.2005
Sotsiaalministeerium	Heli Paluste – peaspetsialist	Taastusravi valdkonna probleemid, ministeeriumi tegevus taastusravi valdkonnas	15.06.2005
Lääne-Tallinna Keskhaigla	Margus Kelk – ortopeedia osakonna juhataja, ortopeed	LTKH ortopeedia osakond, taastusravi pärast endoproteesimist; auditi analüüsi arutelu	20.06.2005
Lääne-Tallinna Keskhaigla	Katrin Gross-Paju – <i>Sclerosis Multiplex</i> 'i keskuse juhataja, neuroloog, Euroopa Rehabilitatsiooni Ühenduse juhatuse liige	Taastusravi mõju, insuldi taastusravi	15.06.2005
TÜ arsti-teaduskond	Kaja Põlluste – tervishoiukorralduse õppejõud, Sotsiaalministeeriumi lepinguline töötaja ambulatoorse taastusravi arengukava koostamiseks	Taastusravi arengukavad; insuldi majanduslik mõju, taastusravi probleemid	27.06.2005
Eesti Haigekassa	Arvi Vask – juhatuse liige Reet Kambla – siseauditi osakonna juhataja Helvi Tarien – tervishoiuteenuste osakonna juhataja Maie Thetloff – tervishoiuökonomika osakonna juhataja Reet Kadakmaa – tervishoiuspetsialist Elin Raaper – tervishoiuökonomika spetsialist	Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu plaanitavad muudatused, teenuse hind, taastusravi eelarve, teenuste osutajad, kättesaadavus	24.08.2005
TÜ Kliinikumi spordimeditsiini ja taastusravi kliinik	Jaak Maaros – kliiniku juhataja Rein Kuik – kliiniku direktor	Spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku tegevuse ülevaade; taastusravi vajadus, kättesaadavus, mõju ja kvaliteet	25.08.2005
Põlva haigla	Margit Rikka – ülemarst	Taastusravi korraldus ja probleemid Põlva haigla taastusravi osakonnas	26.08.2005
Haigekassa Tartu osakond	Maivi Parv – direktor Svetlana Zamkovaja – ravi-kindlustushüvitiste büroo juhataja	Taastusravi mahtude hindamine, teenuse pakujate valik ja eelarve planeerimine Tartu osakonnas	10.11.2005
L. Puusepa nimeline neuroloogide ja neurokirurgide selts	Katrin Gross-Paju – Lääne-Tallinna Keskhaigla <i>Sclerosis Multiplex</i> 'i keskuse juhataja, neuroloog, seltsi juhatuse liige Andrus Kreis – Põhja-Eesti Regionaalhaigla neuroloogia keskuse juhataja-ülemarst, seltsi juhatuse liige	Taastusravi auditi analüüsimetoodika arutelu: valimi moodustamine, diagnooside valik, taastusravi vajaduse hindamine	03.11.2005

Sotsiaal- ministeerium	Ivi Normet – tervishoiu asekanstler (osales kohtumisel osaliselt) Alar Sepp – tervishoiupoliitika juht Varje-Riin Tuulik-Leisi – taastus- arstide seltsi juhatuse liige, minis- teeriumi erialakomisjoni esindaja Hedy Eeriksoo – ministeeriumi peaspetsialist	Auditi plaani tutvustamine	08.11.2005
Eesti Kardioloogide Selts; Eesti Taastusarstide Selts	Jaan Eha – TÜ Kliinikumi kardioloogiakliiniku juhataja, kardioloogide seltsi esindaja Rein Kolk – kardioloogide seltsi president; TÜ Kliinikumi kardioloogiakliiniku direktor Jaak Maaros – TÜ Kliinikumi spordimeditiini ja taastusravi kliiniku juhataja; taastusarstide seltsi esindaja	Taastusravi auditi analüüsi- metoodika arutelu: valimi moodustamine, diagnooside valik, taastusravi vajadus	10.11.2005
Järvamaa haigla taastusravi osakond	Kersti Kraiss – osakonna juhataja Maire Raidvere – haigla ülemõde	Taastusravi korraldus ja problee- mid haigla taastusravi osakonnas	17.02.2006
Tartu Ülikooli kehakultuuri- teaduskond	Priit Eelmäe – füsioteraapia eriala kuraator, Eesti Füsioterapeutide Liidu liige	Füsioteraapia eriala õpetamine Tartu Ülikoolis	17.02.2006
Tallinna Perearstide Selts	Anneli Kalle – perearst, seltsi juhatuse esimees Svea Rosenthal – perearst, seltsi liige Piret Tammist – perearst, seltsi liige	Taastusravi korralduse probleemid perearstide (Tallinna Perearstide Seltsi) poolt vaadatuna	22.02.2006
Haigekassa Harju osakond	Ado Viik – direktor Astra Odar – usaldusarst Kristel Kolga – ravikindlustus- hüvitiste büroo juhataja	Taastusravi mahtude hindamine, teenuse pakujate valik ja eelarve planeerimine haigekassa Harju osakonnas	03.03.2006
Ida-Viru Kesk- haigla taastusravi osakond	Irina Kulikova – osakonna juhataja Maie Sidorova – osakonna vanemõde	Taastusravi korraldus ja probleemid Ida-Viru Keskhaigla taastusravi osakonnas	07.03.2006
Tartu Tervishoiu Kõrgkool	Anneli Kannus – rektori kt Anneli Lorenz – õppeprorektor Merle Rosenthal – füsioteraapia õppekava koordinaator	Füsioteraapia eriala õpetamine Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis	08.03.2006
Haigekassa Pärnu osakond	Kaljo Poldov – osakonna direktor Elgi Lepik – osakonna ravikindlustushüvitiste büroo juhataja	Taastusravi mahtude hindamine, teenuse pakujate valik ja eelarve planeerimine haigekassa Pärnu osakonnas	16.03.2006
Haapsalu Neuro- loogiline Rehabilitatsiooni- keskus	Zemfira Tammik – keskuse juhataja	Taastusravi korraldus ja problee- mid Haapsalu Neuroloogilises Rehabilitatsioonikeskuses	16.03.2006
AS Keila Taastus- ravikeskus	Maarika Nurm – juhataja	Taastusravi korraldus ja problee- mid Keila Taastusravikeskuses	24.03.2006
Haigekassa Viru osakond	Andrei Saitšuk – direktor	Taastusravi mahtude hindamine, teenuse pakujate valik ja eelarve planeerimine haigekassa Viru osakonnas	31.03.2006

4. Füsioterapeutide arv erinevates riikides 2005. aastal

Riik	Rahvaarv	Füsioterapeute	Inimesi füsioterapeudi kohta	Füsioterapeute 100 000 inimese kohta
Austria	8 174 762	6 000	1 362	73,4
Belgia	10 348 276	18 000	575	173,9
Bulgaaria	7 891 065	5 000	1 578	63,4
Eesti	1 431 471	238	6 027	16,6
Hispaania	40 280 780	22 000	1 831	54,6
Holland	15 892 237	19 000	836	119,6
Island	286 575	500	573	174,5
Itaalia	58 057 477	40 000	1 451	68,9
Kreeka	10 601 527	5 000	2 120	47,2
Küpros	758 636	280	2 709	36,9
Liechtenstein	32 207	41	785	127,3
Liibanon	3 578 036	1 060	3 375	29,6
Luxembourg	437 389	370	1 182	84,6
Läti	2 404 926	260	9 249	10,8
Norra	4 481 162	9 500	471	212,0
Poola (2003)	38 632 453	10 000	3 863	25,9
Portugal (2003)	10 335 559	2 000	5 168	19,4
Prantsusmaa	59 329 691	45 000	1318	75,8
Rootsi	8 873 052	15 400	576	173,6
Rumeenia (2003)	22 430 457	860	26 082	3,8
Saksamaa	82 797 408	75 000	1 103	90,6
Serbia ja Montenegro	10 662 087	1 500	7 108	14,1
Sloveenia	1 927 593	1 044	1 846	54,2
Soome	5 167 486	12 100	427	234,2
Suurbritannia	60 270 708	35 952	1 676	59,7
Šveits	7 262 372	10 000	726	137,7
Taani	53 36 394	9 408	567	176,3
Tšehhi	10 272 179	5 000	2 054	48,7
Türgi	68 893 918	3 500	19 684	5,1
Ungari	10 138 844	3 500	2 897	34,5
Kokku/keskmine	566 986 727	357 513	109 219	63,1

Allikas: European Region Of The World Confederation For Physical Therapy
<http://www.physio-europe.org/public/File/2%20-%202005%20Number%20of%20Physiotherapists.pdf>

5. Küsitlused

Taastusarstide küsitlusankeet (paberil) jagati välja 27.01.2006. a Ida-Tallinna Keskhaiglas taastusarstide infopäeval, kus osales 44 taastusarsti.

Eriarstide, perearstide ja füsioterapeutide küsitlus koostati ning vastamine toimus Riigikontrolli Interneti-põhises elektroonilises küsitlusmoodulis. Küsitlused korraldati 2006. aasta veebruaris ja märtsis. Eriarstide ja perearstide valim koostati juhuslikult: eriarstide osas kõikide kardioloogia, neuroloogia ja ortopeedia eriala arstide hulgast ning perearstide osas kõikide perearstide hulgast. Erialati jagunes eriarstide valim järgmiselt: 20 kardioloogi, 24 neuroloogi ja 21 ortopeedi. Füsioterapeutide valim koostati Eesti Füsioterapeutide Liidu listi liikmetest.

Tabel 1. Küsitluste adressaatide ja vastanute arvud

Küsitlus	Adressaatide arv	Vastajaid	Vastajate %
Taastusarstid	Jagati laiali infopäeval, kus osales 44 taastusarsti	16	36,4
Eriarstid	65	32	49,2
Perearstid	100	73	73
Füsioterapeutid	69	33	47,8

Küsitlusankeetid

I. Eriarstide ja perearstide küsitlus

Perearstidele ja eriarstidele saadeti küsimustikud eraldi. Kuna suures osas olid küsimused samad, siis on nad käesolevas lisas esitatud koos. Kui küsimuste sõnastus erines või küsimused esitati ainult ühele sihtrühmale, siis on küsimuse taga sulgudes vastav selgitus.

1. Loetlege palun (enda erialal) põhilised haigused ja/või patsiendirühmad, mille korral kõige sagedamini taastusravi vajatakse.

	Haigus- või patsiendirühm
I	
II	
III	
IV	

2. Lähtudes esimeses küsimuses enda märgitud jaotusest, andke palun hinnang, kui suur osa neist taastusravi vajab.

	enamik	üle poole	umbes pooled	alla poole	kommentaar (vajaduse korral)
I					
II					
III					
IV					

3. Lähtudes eelmises küsimuses enda märgitud jaotusest, vastake, millist taastusravi iga rühm enamasti vajab.

	pigem ambulatoorset	pigem statsionaarset	mõlemat võrdselt	kommentaar (vajaduse korral)
I				
II				
III				
IV				

4. Kui suur hulk taastusravi vajavatest patsientidest jääb Teil taastusravile suunamata?
 Ei jää ühtegi Alla poole Umbes pooled Üle poole Enamik
5. Juhul kui patsient jääb vajalikule taastusravile suunamata, siis milliste diagnooside puhul? Palun kirjeldage ka lühidalt, mis põhjustel.
6. Kas paljudel patsientidel, kelle olete taastusravile suunanud, on jäänud taastusravi täielikult saamata?
 mitte ühelgi patsiendil
 üksikutel patsientidel
 mitmetel patsientidel
 umbes pooltel patsientidel
 rohkem kui pooltel patsientidel
 ei oma ülevaadet
7. Kui taastusravile suunatud patsiendil on jäänud ravi saamata, siis millistel põhjustel?
8. Kas paljudel patsientidel, kelle olete taastusravile suunanud, on taastusravi hilineanud?
 mitte ühelgi patsiendil
 üksikutel patsientidel
 mitmetel patsientidel
 umbes pooltel patsientidel
 rohkem kui pooltel patsientidel
 ei oma ülevaadet
9. Kui taastusravile suunatud patsiendil on ravi hilineanud, siis millistel põhjustel?
10. Kas Teie hinnangul vastab praegune haigekassa teenuste loetelu patsientide vajadustele?
 Jah Pigem jah Pigem ei Ei Ei oska hinnata
11. Alates aprillist 2006 lisanduvad haigekassa teenuste loetellu muu hulgas eraldi taastusravi teenusena füsioteraapia ja tegevusteraapia teenus, samas kaotatakse ära kolme protseduuri nõue ambulatoorses taastusravis. Kas Teie hinnangul vastab haigekassa teenuste loetelu uuendatud kujul patsientide vajadustele?
 Jah Pigem jah Pigem ei Ei Ei oska hinnata
12. Kui alates aprillist rakenduv uus teenuste loetelu ei vasta Teie hinnangul täielikult patsiendi vajadustele, siis palun vastake järgmistele küsimustele:
 a. Milliseid teenuseid oleks veel vaja osutada?
 b. Milliseid teenuseid poleks vaja osutada?
13. Põhjendage oma seisukohta eelmisele küsimusele vastamisel. (Nt millise osa probleemidest see lahendaks ja millised probleemid jääksid siiski püsima?)
14. Kui Teil on taastusravi teema kohta veel kommentaare (nt kas ja mida oleks Teie arvates taastusravi teenuste korralduses või rahastamises vaja veel muuta), palun kirjutage need.

Ainult perearstidele esitatud küsimused

15. Kas Teie meelest oleks vajalik tuua mingi osa taastusravi teenustest ja/või spetsialistidest üle esmatasandile (nt perearstipraktise juurde)?
 Jah. Loetlege, millised teenused.
 Ei

16. Kas olete teadlik, et taastusravi protseduure on võimalik osta ka perearstile täiendavalt tasustatavate teenuste (uuringud, protseduurid ja laboriuuringud) raha eest?
 jah ei
17. Kui vastasite eelmisele küsimusele jaatavalt, siis kas Teie kasutate seda võimalust?
 jah ei Miks?
18. Kas Teie arvates suurendaks taastusravi kättesaadavust füsioterapeutide toomine perearstipraksiste juurde?
 jah ei

II. Taastusarstide küsitlus

Vastaja andmed:

Nimi Raviasutus Maakond/linn*

1. Kui suur osa Teie patsientidest vajab taastusravi? Kirjutage lünka ligikaudne (ümardatud) protsent.

..... % patsientidest vajab ainult taastusraviarsti konsultatsiooni.

..... % patsientidest vajab ainult ambulatoorset taastusravi.

..... % patsientidest vajab statsionaarset taastusravi.

..... % patsientidest ei vaja üldse taastusravi teenuseid.

2. Kas suunate kõik taastusravi vajavad patsiendid taastusravile? Tehke kasti rist: Jah Ei

NB! Järgmisele kahele küsimusele vastake vaid juhul, kui vastasite eelmisele küsimusele eitavalt.

Kui vastus oli jaatav, jätkake 5. küsimusega.

3. Kui suur hulk taastusravi vajavatest patsientidest jääb Teil taastusravile suunamata?
 Ligikaudu % patsientidest.
4. Milliste diagnoosidega ja mis põhjustel Te patsienti vajalikule taastusravile või -protseduuridele ei suuna?

Kas patsiendid, kelle olete taastusravile suunanud, on jäänud taastusravita või on ravi hilineanud? Tehke sobivasse lahtrisse rist.	Ravi on jäänud saamata	Ravi on hilineanud
mitte ühelgi patsiendil		
üksikutel patsientidel		
mitmetel patsientidel		
umbes pooltel patsientidel		
rohkem kui pooltel patsientidel		

5. Kui taastusravile suunatud patsiendil on jäänud ravi saamata, siis millistel põhjustel?
6. Kui taastusravile suunatud patsiendil on ravi hilineanud, siis millistel põhjustel?
7. Kas Teie hinnangul vastab haigekassa teenuste loetelu taastusravi osa patsientide vajadustele? Märgistage skaalal sobivaim vastusevariant.

a) Praegu kehtiv teenuste loetelu:

Ei vasta üldse patsiendi vajadustele < 1---2---3---4---5 > Vastab täielikult patsiendi vajadustele

Ei oska hinnata

- b) Alates 1. aprillist rakenduv uus teenuste loetelu:
Ei vasta üldse patsiendi vajadustele < 1---2---3---4---5 > Vastab täielikult patsiendi vajadustele
 Ei oska hinnata
8. Kui alates 1. aprillist rakenduv uus teenuste loetelu ei vasta Teie hinnangul patsiendi vajadustele, siis palun vastake järgmistele küsimustele:
 Milliseid teenuseid oleks veel vaja osutada?
 Milliseid teenuseid poleks vaja osutada?
9. Kas ja mida oleks Teie arvates taastusravi teenuste korralduses või rahastamises vaja veel muuta?
10. Kas Teie arvates on vajalik tuua mingid taastusravi teenused üle esmatasandile (nt perearstipraksise juurde)?
 Jah. Millised teenused?
 Ei
 Põhjendage oma seisukohta.
11. Millise osa probleemidest lahendaks taastusravi teenuste esmatasandile ületoomine ja millised probleemid jääksid siiski püsima?
12. Kui Teil on taastusravi teema kohta veel kommentaare, palun kirjutage need siia.

III. Füsioterapeutide küsitlus

1. Palun märkige oma ametikoha nimetus (taastusravi teenuse osutamise seotud ametikoht).
 Füsioterapeut
 Muu ametikoht. Palun kirjutage ametikoht.
2. Palun märkige raviasutus(t)e nimetus(ed), kus Te töötate (taastusravi teenuse osutajana).
 Mitme asutuse korral eraldage nimetused komaga.
3. Millises maakonnas raviasutus(ed) asub (asuvad)?
4. Millist taastusravi teenust Te osutate?
 Liikumisravi, sh vesivõimlemine
 Massaaž
 Füüsikaline ravi (elektriravi, sooja- ja külmaravi, mehaaniline ravi jne)
 Midagi muud – kirjutage
5. Kui suure koormusega Te füsioterapeudina töötate? Kui töötate füsioterapeudina osakoormusega, siis palun märkige ka koormus (näiteks 0,5).
 Töötan täiskoormusega
 Töötan osakoormusega. Märkige koormus.
6. Kui palju patsiente Teil keskmiselt päevas käib? Palun kirjutage allolevasse tabelisse keskmine patsientide arv päevas.

	individuaalsed protseduurid	rühmatunnid	selgitus (vajaduse korral)
ambulatoorne taastusravi			
stационаarne taastusravi			

7. Milline on Teil keskmine patsientide arv rühmas (rühmatunni korral)?
8. Kui palju patsiente maksab taastusravi teenuste eest ise? Kirjutage keskmine patsientide arv päevas, kes ravi eest ise tasuvad.
9. Kas Teie hinnangul vastab praegune haigekassa teenuste (taastusravi osas) loetelu patsientide vajadustele?
- Jah Pigem jah Pigem ei Ei Ei oska hinnata
10. Alates aprillist 2006 lisanduvad haigekassa teenuste loetellu muu hulgas eraldi taastusravi teenusena füsioteraapia ja tegevusteraapia teenus. Samas kaotatakse ära kolme protseduuri nõue ambulatoorses taastusravis. Kas Teie hinnangul vastab haigekassa teenuste loetelu uuendatud kujul patsientide vajadustele?
- Jah Pigem jah Pigem ei Ei Ei oska hinnata
11. Kui alates aprillist 2006 rakenduv uus teenuste loetelu ei vasta Teie hinnangul täielikult patsiendi vajadustele, siis palun vastake järgmistele küsimustele:
- a. Milliseid teenuseid oleks veel vaja osutada?
- b. Milliseid teenuseid poleks vaja osutada?
12. Kas perearstid ostavad Teilt otse taastusravi teenuseid (perearstile täiendavalt tasustatavate teenuste (uuringud, protseduurid ja laboriuuringud) raha eest)?
- Jah Ei Ei oma ülevaadet
13. Kas Teie meelest on vajalik tuua mingi osa taastusravi teenustest ja/või spetsialistidest üle esmatasandile (nt perearstipraksise juurde)?
- Jah. Loetlege, millised teenused:
- Ei
14. Põhjendage oma seisukohta eelmisele küsimusele vastamisel (nt millise osa probleemidest see lahendaks ja millised probleemid jääksid siiski püsima).
15. Kas oleksite valmis taastusravi teenuseid iseseisvalt (või perearstipraksise juures) osutama?
- Jah Ei Juba osutan. Milliseid teenuseid ja miks?
16. Kui Teil on taastusravi teema kohta veel kommentaare (nt kas ja mida oleks Teie arvates taastusravi teenuste korralduses või rahastamises vaja veel muuta), palun kirjutage need.

6. Kokkuvõtte küsitlustest valitud küsimuste vastuste kaupa

Vastused taastusravi mittedaamist puudutavatele küsimustele

1. Kui suur hulk taastusravi vajavatest patsientidest jääb Teil taastusravile suunamata?

Eriarstide vastused

Eriala	ei jää ühtegi		alla poolte		umbes pooled		üle poolte		enamik		Kokku
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	
kardioloogia	2	22,2	2	22,2	1	11,1	1	11,1	3	33,3	9
neuroloogia	4	36,4	5	45,5	1	9,1	1	9,1		0,0	11
ortopeedia	3	25,0	3	25,0	2	16,7	3	25,0	1	8,3	12
Kokku	9	28,1	10	31,3	4	12,5	5	15,6	4	12,5	32

Põhjused	kardioloogia	neuroloogia	ortopeedia	kokku	kokku, %
omafinantseering	1	1	7	9	32
pikk vahemaa / transport	4	3	2	9	32
patsiendi motivatsiooni puudus		2	3	5	18
pikad ravijärjekorrad	1		3	4	14
ajapuudus (töökäijatel)	1			1	4

Perearstide vastused

	ei jää ühtegi		alla poole		umbes pooled		üle poole		enamik		kokku
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	
Kokku	15	21	23	32	17	23	12	16	6	8	73

Põhjused	Suurlinn*	%	Maakond	%	Kokku, arv	Kokku, %
rahapuudus (omafinantseering)	14	26	13	42	27	32
pikad järjekorrad	16	30	7	23	23	27
pikk vahemaa / aja puudus	17	32	4	13	21	25
patsiendi motivatsiooni puudus	3	6	6	19	9	11
muu	3	6	1	3	4	5
Kokku	53		31		84	

*Tallinn, Tartu, Narva, Kohtla-Järve

Taastusarstide vastused

Vastanud 10. Keskmiselt 11% jääb suunamata. Kõikumine 1,5–30%.

Põhjused	Kokku, arv	Kokku, %
rahapuudus (omafinantseering)	8	40
pikk vahemaa / transport	5	25
ajapuudus (töökäijatel)	3	15
patsiendi motivatsiooni puudus	2	10
muu	2	10

2. Kui paljudel patsientidel, kelle olete taastusravile suunanud, on jäänud taastusravi täielikult saamata?

Eriarstide vastused

eriala	mitte ühelgi patsiendil		üksikutel patsientidel		mitmetel patsientidel		umbes pooltel patsientidel		ei oma ülevaadet		kokku
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	
kardioloogia	3	33,3	1	11,1		0,0		0,0	5	55,6	9
neuroloogia	2	18,2	6	54,5		0,0	1	9,1	2	18,2	11
ortopeedia	3	25,0	4	33,3	1	8,3	1	8,3	3	25,0	12
kokku	8	25,0	11	34,4	1	3,1	2	6,3	10	31,3	32

Põhjused	kardioloogia	neuroloogia	ortopeedia	kokku	kokku %
omafinantseering	1		7	8	32
pikad ravijärjekorrad	1	2	3	6	24
pikk vahemaa / transport		2	2	4	16
patsiendi motivatsiooni puudus		3	1	4	16
ajapuudus (töökäijatel)			3	3	12

Perearstide vastused

	mitte ühelgi patsiendil		üksikutel patsientidel		mitmetel patsientidel		umbes pooltel patsientidel		ei oma ülevaadet		kokku
kokku	21	29%	31	42%	14	19%	1	1%	6	8%	

Põhjused	Suurlinn	%	Maakond	%	Kokku, arv	Kokku, %
rahapuudus (omafinantseering)	5	24	13	36	18	32
patsiendi motivatsiooni puudus	5	24	8	22	13	23
pikk vahemaa	5	24	4	11	9	16
muu	5	24	4	11	9	16
ajapuudus	1	5	5	14	6	11
rahulolematus teenusega	0	0	2	6	2	4
kokku	21		36		57	

Taastusarstide vastused

	Saamata jäänud	Saamata, %
mitte ühelgi patsiendil	2	12,5
üksikutel patsientidel	9	56,3
mitmetel patsientidel	3	18,8
vastamata	2	12,5

Põhjused	Kokku	Kokku, %
rahapuudus (omafinantseering)	8	36
haigestumine	4	18
pikk vahemaa / transport	3	14
ajapuudus (töökäijatel)	3	14
rahulolematus teenusega	2	9
pikk ravijärjekord	2	9

3. Kui paljudel patsientidel, kelle olete taastusravile suunanud, on taastusravi hilinenud?

Eriarstide vastused

eriala	mitte ühelgi patsiendil		üksikutel patsientidel		mitmetel patsientidel		pooltel patsientidel		ei oma ülevaadet		kokku
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	
kardioloogia	4	44,4	1	11,1					4	44,4	9
neuroloogia	1	9,1	5	45,5	4	36,4			1	9,1	11
ortopeedia	2	16,7	2	16,7	4	33,3	2	16,7	2	16,7	12
kokku	7	21,9	8	25,0	8	25,0	2	6,3	7	21,9	32

Põhjused	kardioloogia	neuroloogia	ortopeedia	kokku, arv	kokku, %
pikad ravijärjekorrad	1	3	3	7	30
omafinantseering			6	6	26
patsiendi motivatsiooni puudus		3	2	5	22
pikk vahemaa / transport		1	3	4	17
perearstide jt spetsialistide teadmatus		1		1	4

Perearstide vastused

maakond	mitte ühelgi patsiendil		üksikutel patsientidel		mitmetel patsientidel		umbes pooltel patsientidel		rohkem kui pooltel patsientidel		ei oma ülevaadet		kokku
kokku	13	18%	24	33%	17	24%	6	8%	1	1,4%	11	15%	

Põhjused	Suurlinn	%	Maakond	%	Kokku, arv	Kokku, %
pikad järjekorrad	16	70	22	69	38	69
rahapuudus (omafinantseering)	5	22	6	19	11	20
patsiendi motivatsiooni puudus	1	4	2	6	3	5
pikk vahemaa / transport	1	4	1	3	2	4
ajapuudus	0	0	1	3	1	2
kokku	23		32		55	

Taastusarstide vastused

	Hilinenud, arv	Hilinenud, %
mitte ühelgi patsiendil	1	6,3
üksikutel patsientidel	4	25,0
mitmetel patsientidel	5	31,3
umbes pooltel patsientidel	4	25,0
rohkem kui pooltel patsientidel	1	6,3
vastamata	1	6,3

Põhjused	Kokku, arv	Kokku, %
pikk ravijärjekord	8	44
hilinenud suunamine perearstilt	4	22
patsiendi motivatsiooni puudus / teadmatus	4	22
teenuse osutajate puudus	2	11

4. Kas Teie hinnangul vastab praegune haigekassa taastusravi teenuste loetelu (kehtis kuni 01.04.2006) patsientide vajadustele? Kas Teie hinnangul vastab haigekassa uuendatud (kehtib alates 01.04.2006) kujul teenuste loetelu patsientide vajadustele?
Küsitlus toimus 2006. a veebruaris ja märtsis, seega ei olnud uus kord veel rakendunud.

Eriarstide vastused

eriala	Jah / pigem jah				Ei / pigem ei				Ei oska hinnata			
	uus	vana	uus, %	vana, %	uus	vana	uus, %	vana, %	uus	vana	uus, %	vana, %
kardioloogia	3	5	33	56	0	3	0	33	6	1	67	11
neuroloogia	8	5	73	45	1	6	9	55	2		18	0
ortopeedia	7	3	58	25	3	8	25	67	2	1	17	8
Kokku	18	13	56	41	4	17	13	53	10	2	31	6

Teenused, mida peaks saama lisaks osutada: kaks eriarsti mainis, et puudus on psühholoogilisest abist. Samuti märgiti, et logopeedilist abi on ebapiisavalt.

Perearstide vastused

	Jah / pigem jah				Ei / pigem ei				Ei oska hinnata			
	uus	vana	uus, %	vana, %	uus	vana	uus, %	vana, %	uus	vana	uus, %	vana, %
Suurlinn	23	15	62	44	6	12	16	35	8	7	22	21
Maakond	27	12	75	33	3	16	8	44	6	8	17	22
kokku	50	27	68	39	9	28	12	40	14	15	19	21

Teenused, mida peaks saama lisaks osutada:

8 perearsti nimetas kokku, et rohkem peaks olema võimalik osutada ambulatoorseid teenuseid, ravikehakultuuri, massaaži, külmteraapiat, soolakambri-, vee- ja parafiiniprotseduure.

Füsioterapeutide vastused

	Jah / pigem jah				Ei / pigem ei				Ei oska hinnata			
	uus	vana	uus, %	vana, %	uus	vana	uus, %	vana, %	uus	vana	uus, %	vana, %
kokku	18	9	72%	36%	2	14	8%	56%	5	2	20%	8%

Teenused, mida peaks saama lisaks osutada:

3 füsioterapeuti nimetas lisaks teenuseid, mida oleks vaja veel finantseerida: massaaž, elektriravi, füsioterapeudi konsultatsioon, füsioterapeudi koduvisiit.

Taastusrstide vastused

Kokku 16 vastajat. 5 palli skaalal olid tulemused järgmised (1 ei vasta üldse, 5 vastab täielikult):

- kuni 01.04.2006 kehtinud loetelu keskmine 2,5;
- alates 01.04.2006 kehtima hakanud loetelu keskmine 3,0.

Teenused, mida peaks saama lisaks osutada (sulgudes vastajate arv):

- Aparaatne füsioatria (5)
- Ravimassaaž ilma halvatuseta patsientidele (3)
- Rohkem (pikemalt) liikumisravi (2)
- Valgusravi
- Soolaravi
- Aktiivne hapnikuravi
- Veealune massaaž
- Lihaste elektrostimulatsioon
- ENMG-uuring ka taastusravis

7. Kuni 2aastaste laste ambulatoorne taastusravi maakonniti

Maakond	0–2-aastastele kulunud summa	Taastusravi saanud 0–2 a laste arv	0–2 a laste arv	Summa lapse kohta	Taastusravi saanud laste %
Harju	1 190 762	1 350	11 124	107,0	12,1
Hiiu	1 825	3	176	10,4	1,7
Ida-Viru	385 222	197	3 136	122,8	6,3
Jõgeva	4 011	8	645	6,2	1,2
Järva	87 675	59	771	113,7	7,7
Lääne	36 781	21	489	75,2	4,3
Lääne-Viru	10 151	8	1 230	8,3	0,7
Põlva	100 475	151	573	175,3	26,4
Pärnu	68 743	119	1 621	42,4	7,3
Rapla	9 270	12	713	13,0	1,7
Saare	96 649	69	626	154,4	11,0
Tartu	63 592	86	3 429	18,5	2,5
Valga	66 735	123	642	103,9	19,2
Viljandi	7 551	10	1 043	7,2	1,0
Võru	16 799	32	641	26,2	5,0
Kokku/keskmine	2 146 240	2 248	26 859	80	8,4

Allikas: Eesti Haigekassa 2004. aasta raviarved, rahvastikuregister. Riigikontrolli analüüs

8. Taastusravi mõju statistilise analüüsi ülevaade

Taastusravi mõju analüüsimiseks teostati regressioonanalüüs ja analüüs, milles kasutati statistilist sobitamist. Analüüside kokkuvõtlikud tulemused nn keskmise patsiendi kohta on esitatud käesoleva lisa lõpus olevates tabelites 2 ja 3.

Kuna taastusravi saanud ja mittesaanud patsiendid on oma struktuurilt (vanus, sugu, elukoht, põhiravi maksumus, patsiendi varasem seisund, ravikulud 2003, sotsiaalmaksu suurus 2003, puudega täiskasvanu toetuse saamine 2003 jm) pisut erinevad, on statistilise analüüsi käigus esmalt elimineeritud muude tegurite mõju, püüdes teha osalus- ja võrdlusgrupid võimalikult sarnaseks. Põhiravi maksumuse põhjal hinnati haiguse raskusastet (raskem haigusjuht tähendab suuremat põhiravi kulu) ning analüüsis jagati patsiendid põhiravi kulude järgi kvintilideks (vt tabel 1).

Tabel 1. Mudelis kasutatud põhiravikulude kvintilide väärtused (tuh kr)

Kvintiid	Kardioloogia	Neuroloogia	Ortopeedia
1. kvintil	12,3	4,7	34,2
2. kvintil	48,6	6,2	39,5
3. kvintil	85,3	8,7	49,2
4. kvintil	102,2	12,9	50,0

Statistilise analüüsi käigus kontrolliti taastusravi mõju hindamiseks üle järgmised taastusravi saamise kombinatsioonid:

- **Patsient sai taastusravi** (tabelis 2–3 lühend TR) – võrreldi kõiki taastusravi saanud (nii õigeaegset kui ka hilinenud taastusravi) patsiente nendega, kes taastusravi ei saanud.
- **Patsient sai varajast taastusravi** (VTR) – võrreldi põhiraviga paralleelselt ainult varajast taastusravi saanud patsiente nendega, kes varajast taastusravi ei saanud.
- **Patsient sai varajast taastusravi ja/või taastusravi** (TR või VTR) – võrreldi varajast taastusravi ja/või ainult taastusravi saanud patsiente nendega, kes kumbagi taastusravi ei saanud.
- **Patsient sai nii varajast taastusravi kui ka taastusravi** (TR ja VTR) – võrreldi varajast taastusravi ja taastusravi saanud patsiente (need, kes said mõlemat teenust) nendega, kes ei saanud neid teenuseid koos.
- **Patsient sai õigeaegset taastusravi** (TRÕ1) – võrreldi õigeaegset taastusravi (vt kolme eriala kohta õigeaegsuse kriteeriumeid p-s 1.1.1–1.1.3) saanud patsiente nendega, kes ei saanud taastusravi üldse või said taastusravi hilinenult).
- **Patsient sai taastusravi õigeaegselt või natuke hilinenult** (TRÕ2) – võrreldi õigeaegselt ja natuke hilinenult⁷¹ taastusravi saanud patsiente nendega, kes taastusravi ei saanud või said taastusravi väga hilinenult.

Tabelis 2–3 on rohelisteks värvitud need statistiliselt olulised tulemused, mis näitavad taastusravi positiivset mõju, ning punaseks need, mis näitavad oodatule vastupidiseid tulemusi.

⁷¹ Natuke hilinenud taastusravi algus: kardioloogiapatsiendid – kuni 100 päeva põhiravi algusest, neuroloogiapatsiendid – kuni 40 päeva põhiravi lõpust, ortopeediapatsiendid – kuni 100 päeva põhiravi lõpust.

Tabel 2. Taastusravi saamise erinevate kombinatsioonide mõju hilisematele näitajatele nn keskmise patsiendi jaoks. Regressioonimudelite hinnangud kokkuvõtvalt (marginaalsed efektid)

Näitaja	Kardioloogia					Neuroloogia					Ortopeedia				
	TR	VTR	TR või PR	TRÕ1	TRÕ2	TR	VTR	TR või VTR	TRÕ1	TRÕ2	TR	VTR	TR või PR	TRÕ1	TRÕ2
Ravikulud (tuh kr) 2004 II + 2005	-2,32	-4,10*	-4,52*	0,56	-3,78	1,89	-3,28	-5,20	-1,37	-1,97	3,34	3,10	4,42*	1,52	3,11
Ravikulud 2005 (tuh kr)	-1,18	-2,24	-2,14	3,33	-1,07	-0,51	-2,66	-4,85	-1,17	-2,35	1,41	1,34	1,98	0,15	2,74
Ravikulud 2005 II (tuh kr)	0,47	-0,47	-0,16	2,24	-0,33	-0,37	-1,40	-2,56	-0,12	-1,02	0,52	0,98	1,01	0,31	0,34
Ravimikulud 2005 (tuh kr)	-0,14	-0,20	-0,31	-0,45	-0,12	0,58	0,16	0,22	0,51	0,45	0,22	0,30	0,24	0,13	-0,07
Töötasu tõenäosus 2005	0,11*	-0,03	-0,00	0,13	0,13**	-0,05	0,06**	0,03	-0,00	-0,02	0,01	-0,06**	-0,02	0,03	0,02
Sotsiaalmaksu suurus töötasult 2005 (tuh kr)	0,82	-0,76	-0,05	-1,46	0,94	-2,08***	1,40	0,59	-0,79	-1,51*	0,18	0,56	0,22	0,98	0,09
Töövõimetus-pensiooni saamise tõenäosus	0,07	0,03	0,04	0,09	0,06	0,16**	0,09	0,16**	0,08	0,16**	0,07	0,03	0,09*	0,10	0,10*
Puudega täiskasvanu toetuse saamine	0,00	0,05	0,04	-0,03	-0,06	0,19***	-0,08	-0,02	0,17***	0,15***	0,02	0,13***	0,06	-0,10	-0,00
Puude raskusastme suurenemise tõenäosus 2005 vs 2003	0,03	0,03	0,02	-0,02	-0,02	0,19***	-0,05	-0,00	0,20***	0,17***	0,01	0,13***	0,06*	-0,11**	-0,04

Märkus: tähnid tähistavad statistilise olulisuse nivood: *** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.10

Tabel 3. Taastusravi saamise erinevate kombinatsioonide mõju hilisematele näitajatele taastusravi saanud patsientide jaoks keskmiselt. Sobitamise hinnangud kokkuvõtvalt

Näitaja	Kardioloogia					Neuroloogia						Ortopeedia				
	TR	VTR	TR või VTR	TRÕ1	TRÕ2	TR	VTR	TR või VTR	TR ja VTR	TRÕ1	TRÕ2	TR	VTR	TR või VTR	TRÕ1	TRÕ2
<i>Algne osalusgrupi suurus miinus väljalangenud</i>	108-1	502-1	559-10	29-5	84-1	128	251-22	267-10	112	78	101	163	159-4	298-1	69-2	118-1
Ravikulud (tuh kr) 2004, a II poolaasta + 2005	-3,48	-4,21	-5,20	-2,17	-5,66	-0,51	-5,03	-7,33	2,98	-2,71	-3,01	2,70	2,16	4,04	0,90	2,73
Ravikulud 2005 (tuh kr)	-1,83	-2,00	-1,89	1,65	-2,26	-3,06	-6,19	-9,00	-0,06	-3,12	-3,14	0,65	1,17	1,73	-0,60	2,29
Ravikulud 2005, a II poolaastal (tuh kr)	0,55	-0,34	0,16	2,16	-0,05	-0,94	-2,66	-3,84	0,07	-0,52	-1,11	0,26	1,62	0,84	0,50	0,26
Ravikulude muutus 2005 vs 2003	-1,53	-2,89	-2,44	6,75	-1,03	-3,27	-5,28	-8,77	-0,38	-3,83	-3,38	0,60	2,16	1,84	-0,49	2,90
Ravimikulud 2005 (tuh kr)	-0,24	-0,15	-0,28	-0,83	-0,38	0,67	0,21	0,14	0,82	0,55	0,50	0,38	-0,09	0,00	0,16	-0,18
Ravimikulude muutus 2005 vs 2003	-0,08	-0,08	-0,28	1,09	-0,11	0,65	0,27	-0,02	0,81	0,47	0,56	-0,13	0,37	0,23	-0,01	-0,05
Töötasu tõenäosus 2005	0,09	-0,03	-0,01	0,14	0,10	-0,11	0,01	-0,01	-0,09	-0,04	-0,07	0,02	-0,04	-0,02	0,09	0,05
Sotsiaalmaksu suurus töötasult 2005 (tuh kr)	3,51	0,47	1,70	0,28	5,74	-2,37	-1,69	-2,50	-1,95	-0,30	-1,45	0,64	0,43	0,14	2,06	1,41
Sotsiaalmaksu muutus 2005 vs 2003 (tuh kr)	1,47	-1,05	-0,20	-1,23	1,73	-1,55	1,66	1,78	-1,52	-0,88	-1,43	0,02	0,60	0,21	0,80	-0,23
Puudega täiskasvanu toetuse saamine	0,00	0,03	0,03	-0,03	-0,05	0,16	-0,03	-0,01	0,17	0,16	0,15	0,01	0,03	0,03	-0,05	0,00
Puude raskusastme suurenemise tõenäosus 2005 vs 2003	0,03	0,02	0,02	0,01	-0,03	0,18	-0,03	-0,01	0,19	0,29	0,17	0,01	0,12	0,06	-0,09	-0,02

Märkus: Rasvases (*Bold*) kirjas toodud hinnangute usalduspiirid ei sisalda nulli 90% usalduspiiride juures ($p < 0,10$)

Sotsiaalministri vastus,
koopia haridus- ja teadusministri
17.10.2006. a vastusest nr 1-6/2542-3 ning
Eesti Haigekassa juhatuse esimehe vastu

Hr Jüri Kõrge
Riigikontroll
Narva mnt 11a
15013 TALLINN

Teie 18.09.2006 nr OSIII-2-7.1/06/

Meie .10.2006 nr 13.1-13/3775

Taastusravi korralduse tõhusus

Lugupeetud härra peakontrolör

Täname Teid taastusravi korralduse tõhususe auditi aruande eelnõu edastamise eest. Tutvunud eelnõuga ning selles toodud seisukohtade ja ettepanekutega teame, et oleme eelnõus toodud seisukohtadega nõus ja peame sotsiaalministrile tehtud ettepanekuid põhjendatuks.

Osade ettepanekute osas on võimalik tänase seisuga väita, et vastavate tegevussuundade kavandamiseks ja rakendamiseks vajalikud meetmed on juba arutusel esmatasandi tervishoiu arengukava väljatöötamise raames (nt ambulatoorse taastusravi kättesaadavuse parandamine füsioteraapia esmatasandi teenuste hulka arvamise teel).

Ühtlasi on heameel tõdeda, et 2006 aasta aprillist kehtima hakanud muudatus taastusravi rahastamise korralduses on igati kooskõlas auditi käigus tehtud järeldustega patsientidele mittevajalike protseduuride teostamise osas varem kehtinud jäiga korralduse tõttu, mis nõudis kolme teatud kindla protseduuri teostamist sõltumata patsiendi vajadustest.

Lugupidamisega

Jaak Aab
Minister

Heli Paluste 626 9127
heli.paluste@sm.ee

Teie: 18.09.2006 nr OSIII-2-7.1/06/
Meie: 10.10.2006 nr 1.2-5.1/10722

Jüri Kõrge
Riigikontroll

Taastusravi korralduse tõhusus

Austatud hr Jüri Kõrge

Haridus- ja Teadusministeerium on tutvunud Riigikontrolli poolt esitatud kontrollaruande eelnõuga nr OSIII-2-5/06/84 „Taastusravi korralduse tõhusus”, milles on tehtud ettepanek säilitada füsioterapeutide senist koolitusmahtu ning suurendada tegevusterapeutide koolitustellimuse mahtu.

Alates 2002. a veebruarist tegutseb Sotsiaalministeeriumi juures tervishoiuvaldkonna töötajate koolituskomisjon, mille ülesandeks on tervishoiuvaldkonna töötajate, koolitusasutuste, tervishoiuteenuse osutajaid esindavate ühingute, erialaseltside, nõunike ja ametnike ühistegevuse abil tervishoiuvaldkonna töötajate koolitussüsteemi kujunemiseks ja pädevuse hindamise süsteemi väljatöötamiseks ettepanekute tegemine. Samuti on nende ülesandeks koolitustellimuste põhimõtete läbivaatamine ning hinnangu andmine riikliku koolitustellimuse ettepanekutele tervishoiuvaldkonna töötajate koolitust puudutavale osale, enne selle esitamist Haridus- ja Teadusministeeriumile. Koolitustellimuse prognoosimisel arvestatakse tervishoiuvaldkonnas läbiviidud tervishoiutöötajate koolitusvajaduse uuringuid ja tervishoiutöötajate koolitustellimuse prognoosi mudelit. Läbi ministeeriumi esindaja leiab eelpool nimetatud komisjonis kindlasti käsitlemist ka Riigikontrolli aruandes tähelepanu juhitud füsioterapeutide ja tegevusterapeutide koolitustellimuse küsimus.

Lugupidamisega

Mailis Reps
Minister

Külli All 735 0249
Kylli.all@hm.ee
Kersti Kõiv 735 0207
kersti.koiv@hm.ee

Peakontrolör hr Jüri Kõrge
Riigikontroll

Riigikontrolli auditi kontrollaruande eelnõu nr OSIII-2-5/06/84 “Taastusravi korralduse tõhusus”

Täname Teid tähelepanekute ja ettepanekute eest taastusravi korralduse osas ning eriala rahastamise ja planeerimise paremaks korraldamiseks.

Nõustume auditi põhijäreldustega taastusravi tänastest võimalustest suurema vajaduse ja ebavõrdsuse osas taastusravi kättesaadavuse osas, mis on tingitud peamiselt rahaliste võimaluste piiratuselt ja teenuse osutamise koondumise suurematesse keskustesse. Haigekassa analüüsi andmetel suureneb aasta-aastalt vältimatu abi raviarvete osakaal. Nii tõusis ambulatoorsete raviarvete osas vältimatute raviarvete osa 2004.aasta 15%-lt 2005.a 15,2%-ni ja statsionaarses osas 60%-lt 64,6%-ni. Taastusravi on aga oma olemuselt plaaniline ravi. Seega jääb taastusravi koos teiste plaanilises korras osutatud teenustega vältimatu abiga konkureerides tahaplaanile.

Haigekassa on oma tegevuses juba aastaid juhindunud seisukohast, et kättesaadavuse parandamiseks on oluline pöörata suuremat tähelepanu just ambulatoorse kui efektiivsema teenuse osutamise osakaalu suurendamisele.

Jätkame Eesti Taastusravide Seltsi ettepanekul Vabariigi Valitsuse määrusega kinnitatud “Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu” ning eelarveliste vahendite kasutuse planeerimise täiustamist, tagamaks ravikindlustusega hõlmatud isikutele neile vajaliku taastusravi paremat kättesaadavust.

Eesti Haigekassa toetab omaosaluse kehtestamist või suurendamist teatud taastusravi teenuste ning diagnoosigruppide puhul, mil taastusravi näidustus on väiksem, vähendamaks patsiendipoolsest nõudlusest tingitud teenuse võimalikku ülekasutust ning parandamaks kättesaadavust patsientidele, kelle näidustus taastusravile on suurem. Ühtsete kriteeriumite alusel toimuv patsientide seisundi hindamine on kindlasti oluline vahend tagamaks võrdset teenuse kättesaadavust võrdsete vajadustega patsientidele. Peame vajalikuks ühtsete hindamisskaalade rakendamise motiveerimist ning kaalume võimalust selle kriteeriumi lülitamiseks oma lepingupartnerite valiku asjaoludesse. Samuti nõustume ettepanekuga viia läbi audit taastusravi sh füsioteraapia teenuse põhjendatuse kontrolliks.

Haigekassa on auditis väljatoodud ettepanekute osas valmis jätkama koostööd Sotsiaalministeeriumi ja vastavate erialaühendustega. Peame oluliseks Eesti Taastusarstide Seltsi poolset initsiatiivi taastusravi vajavate patsientide gruppide täpsemaks määratlemiseks hindamiskriteeriumite rakendamisel.

Eraldi märgime ära vajadust tunnustada füsioterapeute ning tegevusterapeute tervishoiutöötajatena ning seejärel ka nende registreerimist Tervishoiuameti registris.

Lugupidamisega

Hannes Danilov
Juhatuse esimees

Reet Kadakmaa 620 8467