

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

18.10.2023

Algus kell 14.00, lõpp kell 15.59

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Ann Paal (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Tiina Sats (Tervisekassa)
Heli Paluste (Sotsiaalministeerium)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Katrín Roosipuu (Terviseamet)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)

Kirjalik arvamus: Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

Puudusid: Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)
Kristi Rekand (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)

Kutsutud: Marjo Sinijärv (Tervisekassa)
Elisabeth Kelner (Tervisekassa)
Laura Johanna Tuisk (Tervisekassa)
Kaily Susi (Sotsiaalministeerium)

Protokollija: Kadri Popilenkov (Tervisekassa)

Päevakord:

1. Hambaarsti kaugvastuvõtt
2. Mobiilse hambaravikabineti ennetusteenus
3. Perearstiabi pilootprojektid
4. Perearsti nimistut teenindava täistööajaga kolmanda pereõde rahastamine
5. Digiplatvormide rahastamine TTL-i juhtprojektide peatükis
6. Järeldravi muudatused al 01.01.2024
7. 2023. aastal menetluses olnud taotluste kokkuvõte

1. Hambaarsti kaugvastuvõtt

Tervisekassa tegi teemast ülevaate. Hambaarsti kaugkonsultatsioon hõlmab õendusteenust (hoolekandeesutuses viibiva inimese suutervise olukorra hindamine) ja hambaarsti videokonsultatsiooni. Teenused on pilootprojekti läbiviimise ajal olnud tervishoiuteenuste loetelu juhtprojektide hulgas. Pilootprojekt algas 2021. aastal ja selles osales 10 õendusteenuse osutajat. Teenused võeti aktiivsemalt kasutusse 2022. a lõpus ja 2023. aastal (2023. a tehti 55 suuõhne hindamist õendusteenusel läbi videokonsultatsiooni). Kõik tehnilised takistused said piloodi raames ületatud ning IT-tehniliselt on juurde arendatud ÜDR broneerimise süsteem. Projekti eesmärgiks oli luua toimiv teenus üld- ja erihooldekodus elavate inimeste suutervise tagamiseks ja suu- ja hambahaiguste ennetuse ning suuõhne seisukorra eelhindamiseks ning hoolekandeesutuse suutervisele suunatud tegevustealaseks nõustamiseks. Projekti eesmärk sai täidetud ja pilootprojekt tõestas, et teenus toimib hästi ning selle järele on suur vajadus. Ettepanek on tõsta vastavad teenused loetelu juhtprojektidest tavateenuste hulka.

Diskussioon

Leiti, et teenuse rakendamiseks saab täidetud oluline lünk eeldusel, et vastava vajadusega patsientidele tehakse hindamise järgselt raviplaan, mis viiakse ka ellu. Sellest tulenevalt tõstatus küsimus, kas Tervisekassa on hinnanud, kas vajalik ressurss ravi teostamiseks on olemas. Tervisekassa selgitas, et eesmärk on, et hoolekandeesutuse õde on võimeline hindama, milline patsient vajab haiglatingimustes ravi ja milline saab minna hambaarsti tavavastuvõtule. Lepingupartneriteks haiglatingimustes hambaraviks on LTKH ja TÜK, kellel on päevakirurgia võimekus raskete patsientide teenindamiseks, ning nende võimekus määrab ära selle, kui palju inimesi on võimalik teenusele suunata (praeguste prognooside kohaselt ca 100 patsienti aastas). Tervisekassa on aktiivselt töötamas eesmärgi nimel saada juurde lepingupartnereid, sh teistesse Eesti piirkondadesse.

Sooviti selgitust, kuidas on korraldatud õendusteenuse pool ehk kui paljudes hooldekodudes, kelle poolt ja mis mahus on võimalik patsientide suuõhne olukorra hindamisi teha. Lisaks, kas hooldekodud peavad vastava seadme endale ise soetama. Tervisekassa selgitas, et teenust saavad osutada ainult õendusteenuse osutajad ja see on suunatud inimestele, kes peaksid nagunii saama elupuhust hambaravi. Selleks planeeritud ressurss on seni olnud alakasutatud ning vajalik on teadlikkuse tõstmine sel teemal. Mis puudutab kasutatavat seadet, siis selle maksumus on arvestatud suuõhne hindamise teenuse sisse ning õendusteenuse osutajad peavad ise endale suusisese kaamera hankima.

Toodi välja, et teenus peaks kättesaadav olema ka koduhooldusel olevatele patsientidele, kellel on sarnane vajadus. Tervisekassa lubas ettepaneku tuleviku vaates arvesse võtta. Toodi välja, et perearstidel on ülevaade oma nimistu koduhooldusel olevatest patsientidest, kellest osa saavad ka koduhooldusteenust, mistõttu tuleks sellisel juhul perearste vastavast võimalusest teavitada. Tervisekassa selgitas juurde, et hoolekandeesutuse õde saaks tulevikus asutuses olevat seadet kasutada ka koduteenust pakkudes.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas teenuste rakendamist loetelus tavateenustena.

2. Mobiilse hambaravikabineti ennetusteenus

Tervisekassa tegi teemast ülevaate. Hoolimata sellest, et laste hambaravi ja hambahaiguste ennetus on ravikindlustuse poolt kaetud, on selle hõlmatus soovitud oluliselt madalam (ca 53-57%). Laste suu- ja hambahaiguste levimus on samal ajal väga kõrge. Kuna teenus ei ole ka üle Eesti ühtlaselt kättesaadav (oluliselt madalam on hõlmatus nt Ida-Virumaal, Valgamaal ja Järvamaal), nähakse ühe lahendusena seda, et Tervisekassa lepingupartner osutab teatud piirkondades teenust mobiilse hambaravikabineti teenusena. Ühel Tallinna teenuseosutajal on mobiilne kabinet juba olemas ja nad osutavad praegu teenust tavalepingu raames. See aga ei võimalda Tervisekassal teenuse osutamist ja teenuse sisu

reguleerida. Tervisekassal on soov juhtprojekti raames luua teenus, mis kataks kehvena suutervise olukorraga ja madala hõlmatusena piirkondi. Kui mobiilne teenus on reguleeritud, on Tervisekassal plaan juhtprojekti raames ka teenuse tulemit mõõta ehk vaadata, kas teenuse osutamise piirkondades laste suutervise olukord paraneb.

Diskussioon

Tõstatus küsimus, millist probleemi planeeritav teenus lahendab: 1. hambaraviteenus ei ole piirkonnas kättesaadav; 2. lapsevanemad ei vii lapsi hambaarsti juurde. Tervisekassa selgitas, et see lahendab mõlemat probleemi, kuid lapsele teenuse osutamiseks on siiski vaja lapsevanema nõusolekut. Samas on plaanis teha koostööd haridusasutustega ehk kui hambaravibuss tuleb kooli/lasteaeda, siis pakutakse haridusasutuse kaudu koostöös teenuse pakkujaga aegade broneerimise võimalust. Loodetavasti suurendab see lapsest tulenevat initsiatiivi teenust saada. Komisjon rõhutas koostöö olulisust piirkonna koolitervishoiuteenus osutajatega.

Toodi välja, et probleemi saab lahendada kahel viisil (kas hambaravibuss või luua kohapeal ligipääsetav hambaravi- ja ennetusteenus) ning mõelda tuleks, kumb lähenemine on mõistlikum. Tervisekassa selgitas, et teiste riikide kogemuse alusel võiks öelda, et mobiilne teenus on möödapääsmatu ning turg on teenusepakumise juba meist ette jõudnud. Teenuse lisamine loetellu aitaks teenuse sisu reguleerida ning suunata senisest enam ennetusele. Samas, kui lapsel tuvastatakse hambaravi vajadus, siis oleks tagatud ka edasine ravi.

Toodi välja, et hambaravis on mobiilne kabinet tõenäoliselt ainuke variant, kuna teatud Eesti piirkondadesse on väga keeruline saada püsivalt hambaarsti tööle. Samas leiti, et sellised olulised teenused tuleb tuua patsientidele võimalikult kodu lähedale. Paralleelina toodi väikelaste silmakontrollid, kus teenuse kättesaadavus oli väga halb ning see tõsteti perearstide töölauale. Lisaks peaks lävend teenusele saamiseks olema võimalikul madal ehk lapsevanema nõusoleku asemel last teenusele lubada, peaks olema vaikumisi vanema nõusolek ja keeldumise korral tuleks vanemal teha vastav kirjalik avaldus. Samas toodi välja, et ka praegu saab laps enda soovi korral võlaõigusseaduse alusel ilma lapsevanema kirjaliku nõusolekuta teenust saada minna eeldusel, et ta saab aru, mis teenust talle osutatakse.

Toodi välja riskikoht, et ka muude teenuste osutamiseks (nt silmakontroll, luutiheduse kontroll jne) pannakse tulevikus tööle vastavad mobiilsed kabinetid, mis aga ei pruugi olla ainuõige lahendus. Esimene eelistus võiks siiski olla kohalik teenus.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas teenuse rakendamist loetelu juhtprojektide hulgas.

3. Perearstiabi pilootprojektid

Tervisekassa tegi pilootprojektidest ülevaate.

I piloot: rollide ümberjaotamine

Perearstikeskustes piloteeritakse tööjõukooslusi, kus perearsti spetsiifilist ressursi kasutatakse võimalikult optimaalselt ehk perearstilt antakse võimalikult palju ülesandeid üldarstidele. Üldarstid on ülikooli lõpetades pädevad aitama esmatasandil lihtsamate probleemidega. Piloteerimine on plaanis teha esimesena Tõrvas, kus nimistu kaupa patsientide teenindamise asemel toimitakse kolme nimistu teenindamisel ühtse meeskonnana. Eesmärk on selgeks teha, et kui perearstil on tiimis lisaks endale ka üldarste, kas siis nimistu (keskmise) suurus võiks olla üle 1600 patsiendi ühe perearsti kohta säilitades seejuures kvaliteedi.

II piloot: diginimistu

Pilootprojekt on hetkel idee faasis ehk sellele veel projektiplaani koostatud ei ole.

Kui piirkonnas kaob perearst ning asendajat ei ole võimalik leida, määratakse nimistu lapsed ümberkaudsetesse nimistutesse. Perearstita jäänud täiskasvanud patsientidele osutatakse võimalikult

palju abi kaugnõustamise (telefon, *chat*) teel kasutades selleks erasektori teenusosutajaid. Kui selgub vajadus kontaktvisiidi järgi, kasutatakse patsiendile võimalikult kodulähedast teenusosutajat, et teostada analüüside võtmine/vastuvõtt. Diginimistu partneri juures on krooniliste haigustega patsientidel oma arst, et tagada mingilgi määral järjepidevus kuniks nimistu teenindamiseks püsilahendus leitakse.

Diskussioon

I piloot:

Toodi välja, et pilootprojekt toob perearstiabisse töökäsi juurde ja on võrreldav nt residentide ja VI kursuse praktikantide kaasamisega, kes on hästi õpetatavad ja neist on olnud palju kasu. Leiti, et tegemist on väga hea ideega, mis tuleks kiiremas korras ka teostada.

Tõstatus küsimus, et kui kolme nimistut hakkab pilootprojekti raames teenindama üks perearst koos üldarstidega, siis kellele need nimistud juriidiliselt kinnitatakse. Tervisekassa selgitas, et pilootprojekti raames on plaanis selliselt, et nimistud kinnitatakse konkursile tulnud perearstile ning teised arstid saavad asendusarstideks või siis see sama perearst saab asendusarstiks kahele teisele nimistule, kuna teisiti ei ole võimalik pilootprojekti läbi viia. Paralleelselt tehakse TTKSi muutmise ettepanek, et TTO võiks teatud ulatuses olla nimistute omanik. Selleks aga on vaja enne luua selgus, milline peab olema arstide ja patsientide omavaheline arvuline suhe TTOs.

Tervisekassa täpsustas, et pilooti kaasatakse hetkel ainult üldarstid, mitte residendid.

Peeti vajalikuks välja tuua, et terminit „üldarst“ ei tohi kasutada residentide puhul, kuna nad ei ole võrdsustatavad diplomeeritud erialata arstidega. Leiti, et mõistetes tuleb luua selgus.

II piloot:

Toodi välja, et planeeritaval kujul ei ole diginimistu oluliselt erinev 1220 teenusest. I pilootprojektiga võrreldes on see lahendus oluliselt rohkem küsimusi tekitav. Toodi välja, et kõik patsiendid peaksid saama võrdsetel alustel osutatud kvaliteetset teenust, sh nt vanemaealistele patsientidele peaks olema tagatud kontaktvastuvõtt. Kahtlusi tekitas ka kaugteenust osutavate erateenusepakkujate kvaliteedi tagamine. Toodi välja ka asjaolu, et diginimistu ei ole kehtivate õigusaktidega kooskõlas, mistõttu tuleb silmas pidada ka seotud juriidilisi aspekte.

Toodi välja ka eriidede kaasamise mõte. Tervisekassa selgitas, et eriidete lõpuks arsti ei asenda, kuid kui rääkida potentsiaalsetest õdede nimistutest, siis muutub oluliseks just eriidete roll. Samas ei ole ka eriidetesid piisavas mahus.

Leiti, et hetkel on tegemist mõnevõrra toore lahendusega, kuid selge on, et perearstiabi jätkusuutlikkuse olukord on tõsine ja ei ole paranemas. Oleme olukorras, kus osades piirkondades tuleb valida, kas teenust ei ole üldse või seda osutatakse korrigeeritud moel. See ei puuduta ainult perearstindust, sest ka muudel erialadel jäävad maapiirkonnad arstidest tühjaks. Seega tuleb mõelda paralleelsetele alternatiivsetele lahendustele ja piloodi raames tehtud katsetus oleks antud juhul mõistlik.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas I pilootprojekti rakendamist ja II pilootprojekti väljatöötamist. II pilootprojekti puhul soovitati projekt põhjalikult ette valmistada ning seejärel enne rakendamist uuesti komisjoni tuua.

4. Perearsti nimistut teenindava täistööajaga kolmanda pereõe rahastamine

Tervisekassa tegi teemast ülevaate. Juba praegu on esmatasandil teatud hulgal kolmandaid pereõdesid tööl ja nende tegevust on rahastatud läbi Vabariigi Valitsuse eraldatud nõ ukraina meetme. Meede lõppeb 2023. aasta lõpus. Komisjonis on eraldi taotlusena olnud varasemalt arutlusel kolmanda pereõe rakendamine. Samas kehtib varasemast põhimõte, et pearaha sisaldab kõiki tööjõukulusid. Seetõttu on taotlusepõhise lähenemisel asemel ettepanek teha perearstiabi pearaha diferentseerimine sõltuvalt nimistu haiguskoormusest, et nt ka väike, aga samas suure haiguskoormusega nimistu saaks vajadusel kaasata lisapersonali. Pearaha diferentseerimise loogika väljatöötamiseni tuleks aga juba esmatasandil rakendatud kolmandatel pereõdedel võimaldada töö jätkamist. Selleks on välja töötatud nõ sildamise

lahendus (teenuskood tervishoiuteenuste loetelus), mis võimaldab kuni pearaha uue kulumudeli väljatöötamiseni praegu esmatasandil töötavate pereõdede rahastust nendele asutustele, kus kolmas pereõde juba töö on.

Diskussioon

Tõstatus küsimus, mis ajaks on plaanis uus pearaha kulumudel välja töötada. Tervisekassa selgitas, et pearaha diferentseerimine saab ideaalvariandis valmis 2024. aasta aprilliks.

Leiti, et püüd esmatasandil töötajaid alles hoida on igal juhul toetamist väärt. Toodi välja, et nimistus olevate inimeste arvust oluliselt paremini aitab tegelikku töökoormust hinnata nimistu vanuseline koosseis ja haiguskoormus ning süsteemi jätkusuutlikkusele mõeldes on pearaha diferentseerimine ainuõige variant, et nimistud oleksid motiveeritud võtma endale ka keerulisemaid patsiente.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas planeeritavate tegevuste elluviimist.

5. Digiplatvormide rahastamine TTL-i juhtprojektide peatükis

Tervisekassa tegi teemast ülevaate. Digiteenindusplatvormid on loodud perearstikeskuse ja patsiendi vahelise suhtluse võimaldamiseks. Hetkel osa perearstikeskusi kasutab digiplatvormi ja osa mitte ning need, kes kasutavad, on leidnud endale ise turult sobiva lahenduse. Kuna perearstikeskusel ei pruugi olla kõige paremat IT-tellija võimekust, on Tervisekassa ettepanek kasutada hindamispartnerit, kes Tervisekassa koostatud kriteeriumite (funktsionaalsed ja mittefunktsionaalsed nõuded) alusel pakutavaid digiplatvorme hindab. Tervisekassa hakkab perearstikeskustele rahastama neid digiplatvorme, mis vastavad kehtestatud miinimumnõuetele. Rahastus toimub esialgu tervishoiuteenuste loetelu juhtprojektide peatükist, et välja selgitada, kas ja mil määral digiplatvormide kasutamine töökorraldust paremaks muudab. Aasta jooksul toimub juhtprojektist andmete kogumine, misjärel saab hinnata rahastuse lisamist loetelu põhiosasse. Juhtprojektil on järgmised eesmärgid ja mõõdikud:

Eesmärk 1: lihtsustada patsiendi jaoks perearstikeskusesse pöördumist:

- Mõõdik 1: Patsientide rahulolu perearsti poolt kasutuses oleva digiplatvormiga;
- Mõõdik 2: Kantari kvartaalne uuring: rahulolu arstiabikorraldusega ja selle seos e-lahenduste kasutamisega perearstikeskuses;
- Mõõdik 3: Tervisekassa klienditeeninduse kõnede/e-kirjade arv PAKi kättesaadavuse osas.

Eesmärk 2: perearstikeskusest saaks esmajoones abi aegkriitilisema murega patsient:

- Mõõdik 1: Perearstidele suunatud küsimustik: kas aitab tööd paremini korraldada;
- Mõõdik 2: Patsientide pöördumiste statistika ettevõtetelt – info perearstikeskuste kättesaadavuse kohta;
- Mõõdik 3: Tervisekassa statistika: kui palju tehti perearsti/õdede visiite 2023. aastal ja 2024. aastal?

Eesmärk 4: võimaldada keskustel oma töötajate tööaega paremini planeerida ja kasutada:

- Mõõdik: Perearstidele suunatud küsimustik: kuidas oled rahul kasutuses oleva digiplatvormiga?

Tervisekassa täpsustas, et ka näidisprojektide konkursil osalenud esmatasandi projektid kvalifitseeruvad nimetatud rahastusele.

Diskussioon

Toodi välja, et need esmatasandi digiplatvormid, mis osalesid innovatsioonikonkursil, tõestasid, et aitavad aega kokku hoida ja registreerimist mõnevõrra kiirendada, kuid tervisekassa sealt välja ei tulnud. Tõstatus küsimus, kas antud juhtprojekti skoobis on ka konsulteerimine, videovastuvõttud jne või ainult

registreerimine. Tervisekassa selgitas, et see hõlmab ka kirjalikku vestlust, mis tähendab, et osa patsiendi probleeme on platvormi kaudu siiski võimalik ka ära lahendada. Platvormi põhilised funktsionaalsused oleksid töövõimetuslehtede avamine ja lõpetamine, retseptipikendused ja kirjalikud pöördumised perearstikeskuse poole. Näidisprojektide konkurss ei andnud vastust küsimusele, kas üks platvorm on parem kui teine ning mis minimaalsed funktsionaalsused sellel peaksid olema, et nii perearstikeskus kui ka patsient tunneks sellest kasu. Platvormide kasutamisest saadav kasu on vajalik juhtprojekti käigus välja selgitada ning potentsiaalselt jääb rahastatavaks mitu platvormi, kuna perearstikeskuste vajadused ja soovid võivad olla erinevad. Saadavat tervisekasu juhtprojekti raames ei hinnata, pigem keskendutakse tööprotsessi hindamisele.

Toodi välja, et on väga oluline, et kliiniline info oleks ühes kohas turvaliselt koos. E-kirja teel saadetakv info ei ole turvaliselt hoitud ning on oht, et see kaob muu informatsiooni sisse ära. Eksisteerib ka risk, et üks inimene kirjutab teise inimese nime alt kasutades tema e-maili aadressi. Leiti, et digiplatvormid aitavad mitmeid tegevusi oluliselt efektiivsemalt teha. Osa rakendusi aitavad patsiendile ka eeltriaži teha, mis lihtsustab perearstikeskuse tööd ja aitab aega kokku hoida. See hoiab ära ka olukorra, kus patsient peab tegema korduvaid kõnesid, et perearstikeskust üldse kätte saada ehk on ka patsientidele mugavam.

Tõstatas küsimus, kui suure osa kuludest Tervisekassa rahastus katma hakkab. Tervisekassa selgitas, et kuna rahastatavad funktsionaalsused on väiksemad kui see, mida pakkujad tegelikkuses pakkuda suudavad, siis on hind madalama hinnaga teenusepakkujate suunas. Samas on hetkel turule sisenejaid, kes ootavad, millised funktsionaalsusi rahastama hakatakse ning vastavalt sellele kujundavad oma toote. Seetõttu on praegu olnud mõnevõrra keeruline turult hinnainfot saada. Sooviti täpsustust, kas rahastus hakkab sõltuma pakutavatest funktsionaalsustest või makstakse kõigi platvormide kasutamise eest ühtmoodi. Tervisekassa selgitas, et rahastus on kõigile üks ning eelduseks on see, et nõutud baasfunktsionaalsused on tagatud.

Paluti, et nimetataks, millised saavad baasfunktsionaalsused olema. Tervisekassa tõi välja, et need on kasutatatugi tervishoiutöötajatele, kirjalike pöördumiste, retseptipikenduste ja töövõimetuslehtede avamise/lõpetamise võimaldamine.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas digiplatvormide rahastamist esialgu juhtprojektina ning pärast juhtprojekti lõppu tuua tulemused uuesti komisjoni.

6. Järe ravi muudatused al 01.01.2024

Tervisekassa tegi teemast ülevaate. Järe ravi (kood 2047) teenus on mõeldud kasutamiseks situatsioonis, kus patsient vajab jätkuvat haiglaravi pärast aktiivravipäevade maksimaalarvu täitumist. Järe ravi voodipäeva kasutatakse peamiselt kahel otstarbel – patsiendi haiglaravi pikendamiseks aktiivravis ning järe ravi osakonnas patsiendi tervises seisundi taastamiseks haiglaeelse seisundi juurde. Samuti on järe ravi voodipäevaid kasutatud alla 19-aastaste hambaravis, meditsiiniliselt näidustatud üldanesteias plaanilises hambaravis kui ka statsionaarses taastusravis.

Järe ravi osakonnad on vaid vähestel haiglatel ning mõned asutused on enda osakonnad sulgenud. Eelkõige on probleemiks olnud järe ravi voodipäeva maksumus, mis ei kata teenusosutajate kõiki kulusid, kuid ka personalipuudus.

Tervisekassa viis 2023. aasta I-III kvartalis läbi mitmeid kohtumisi erinevate osapoolte, seltside ning TTO-de esindajatega, et kaardistada järe ravi murekohad ning ettepanekud. Lisaks teostas Tervisekassa ka andmeanalüüsi, mille eesmärk oli aru saada, millise profiiliga patsiendid vajavad kõige rohkem järe ravi, millistest osakondadest suunatakse patsiente kõige enam järe ravis, milline on ravikestus ja milliseid teenuseid patsientidele järe ravis osutatakse. Kaardistustest jäi põhiliselt kõlama, et kõige suuremaks probleemiks on koordineerimatus episoodide vahel. Tihti lähtutakse patsientide ravis sellest, millised on antud regiooni võimalused, kuid tähelepanuta jääb, mis on patsiendi tegelik vajadus. Samuti toodi välja, et paremaks ressursside kasutuseks peaks patsientide ravi olema etapiline - aktiivravi

järgselt on vajadus nõ vaheetapi järele, et patsiendi terviseseisund stabiliseeruks, misjärel suundub patsient koju või edasi järgmisesse etappi.

Partnerid tõid välja, et kõige enam vajavad järeldravi geriaatrilise profiiliga mitmikdiagnoosidega patsiendid, kellel on lisaks terviseuredele ka sotsiaalsed probleemid. Samuti viibib järeldravi osakondades palliatiivse profiiliga patsiente, kes vajavad igapäevaselt nii arstiabi kui ka meditsiiniseadmeid (nt hingamist toetavad seadmed). Murekohana toodi välja ka, et geriaatrilise ning palliatiivse profiiliga patsiendid jõuavad tihti tagasi EMOdesse, kuna nende ravisekkumine ei ole olnud terviklik. EMOs teostatakse tihti uued uuringud ja analüüsid ning patsient hospitaliseeritakse, koormates EMO ning hõivates aktiivravi voodikohti.

Järeldravil nähakse väga olulist funktsiooni ka tulevikus, kuid järeldravi definitsioon on vaja paika panna, et see sobituks meie tervishoiusüsteemi ja täidaks kõik vajadused. Tuginedes kogutud informatsioonile ja andmetele teeb Tervisekassa ettepaneku nimetada järeldravi ümber pikaajaliseks aktiivraviks. Samuti defineeritakse pikaajaline aktiivravi, et ühtlustada järeldravi korraldust asutuste vahel ning muuta see läbipaistvamaks. Pikaajalise aktiivravi eesmärk on patsiendi taastumine haigusseisundist, et patsient saaks naasta koju oma haiglaeelse elu juurde, liikuda edasi järgmisesse etappi (nt taastusravi, õendusabi) või raskelt haigete patsientide vaevuste leevendamiseks (palliatiivravi).

Pikaajaline aktiivravi on mõeldud meditsiiniliselt stabiilsetele patsientidele,

- kelle põhidiagnoosiks on ravivajav diagnoos, millega pikaajalisel aktiivravil tegeletakse;
- kellel on esialgne raviseem paigas, mida vajadusel kohandatakse või muudetakse;
- kellel on meditsiiniline vajadus jätkamiseks haiglaravi ning kelle seisund ei võimalda veel kodust ravi;
- kes vajab igapäevast arstlikku järelevalvet (labori analüüsid, seisundi jälgimine - nt kateeter, ravimid) vähemalt 1x päevas (arstlik eriala pole määratletud).

Pikaajalise aktiivravi osakonda suunatakse patsiendid ambulatoorselt (palliatiivravi kui ka geriaatria), statsionaarsetest aktiivravi osakondadest, EMOst ning teistest asutustest (aktiivravilt, õendusabist).

Lisaks on ettepanek tõsta pikaajalise aktiivravi voodipäeva hinda. Järeldravi (kood 2047) voodipäeva piirhind on hetkel 72,20 eurot, kuid teenuse standardhind 139,34 eurot. 1. jaanuarist 2024. a tõstetakse järeldravi voodipäeva hinda 1/3 võrra standardhinna ja piirhinna vahest. Hinnatõusul kasutatakse ajatamist, et hinnatõusust tingitud eelarvemõju ühtlasemalt jaotada. Järeldravi voodipäeva hinna tõstmise eeldatav mõju ravikindlustusele on ca 3,86 mln eurot (number võib mõnevõrra veel muutuda). Pikaajalise aktiivravi teenuse ühtlustamiseks ning läbipaistvamaks muutmiseks on planeeritud kõikidele HVA haiglatele lisada rahalisele lisale vastav lepingu eriala.

Edasised planeeritavad tegevused on suuremas mahus seotud palliatiivravi ja geriaatrilise raviga. Koostöös SoMiga on välja töötatud tegevusplaan aastaks 2027 palliatiivse ja geriaatrilise ravikäsitluse arendamiseks. Loodud on Tervisekassa ja SoMi vaheline tööühm ning alustatud murekohtade kaardistusega. Lisaks eelnimetatule on suur tähelepanu pööratud ka sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna integreerimisele ning tervishoiutöötajate ja spetsialistide väljaõppele baas- ning täiendõppes.

Diskussioon

Leiti, et geriaatrilistele patsientidele on tingimata vaja leida koht tervishoiusüsteemis. Samas vaadates pikaajalise aktiivravi kirjeldatud sihtgruppe, sealt geriaatrilise patsiendi kirjeldust ei leidnud, mistõttu on ettepanek sihtgruppe täiendada. Geriaatriline patsient on üldjuhul multimorbiidne eakas patsient, kes vajab spetsiifilist geriaatrilist hindamist, et teha edasisi raviotsuseid. Sellest tõstatus küsimus, kas geriaatrilist hindamist on võimalik tervishoiuteenuste loetelust pikaajalise aktiivravi voodipäevale juurde kodeerida. Tervisekassa selgitas, et geriaatrilise hindamise teenust võib voodipäevale juurde kodeerida. Ideaalis võiksid olemas olla geriaatria osakonnad, kuid arvestades spetsialistide vähesust Eestis ei ole see hetkel mõeldav. Seega on pikaajalise aktiivravi arendamise eesmärk hetke võimalusi arvestades ka geriaatriliste patsientide käsitlust võimalikult palju toetada.

Tõstatus küsimus, kas ambulatoorsest võrgust suunamisel saab suunajaks olla ka perearst, et vältida patsientide suunamist EMOsse. Tervisekassa kinnitas, et suunamise võimalus on ka perearstidel.

Sooviti täpsustust, kas pikaajalise aktiivravi koodi saab kasutada nii juhul, kui on olemas eraldi osakond kui ka juhul, kui patsient on muus osakonnas, aga vajab pikaajalist aktiivravi. Tervisekassa kinnitas, et koodi saab kasutada mõlemal juhul, kuid hetkel on veel arutamisel, kui kaua võib patsient viibida nt sisehaiguste voodipäeval ja mitmendast päevast alates peaks liikuma edasi pikaajalise aktiivravi voodipäevadele.

Toodi välja, et põhiline kasu võiks tulla sellest, et korduvad hospitaliseerimised tõenäoliselt vähenevad. Lisaks on vajalik ka perearsti poolse suunamise lubamine järelravi teenusele, vastasel juhul jõuavad multimorbiidsed patsiendid õendushooldusesse, mis ei ole nende jaoks õige koht.

Tõstatus küsimus, miks ei ole teenuse arendusse kaasatud näiteks noored neuroloogilised patsiendid ja onkoloogilised lapsed. Tervisekassa selgitas, et pikaajaline järelravi on mõeldud kõigile patsientidele, kes seda vajavad (tervishoiuteenuste loeteluga ei piirata teenuse sihtgruppi). Täiendav eesmärk on, et geriaatrilistel patsientidel oleks lisaks olemas geriaatriline hindamine ja raviplaani koostamine ning palliatiivravi patsientidele palliatiivravi meeskonna tugi.

Tervisekassa täpsustas, et väljatoodud muudatustest jõustub alates 01.01.2024 voodipäeva hinnatõus. Eraldi lepingurea loomine raviasutustele võib veidi viibida.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas muudatusettepanekute elluviimist.

7. 2023. aastal menetluses olnud taotluste kokkuvõte

Tervisekassa tegi ülevaate 2023. aastal menetluses olnud taotluste seisust. Kokku oli 2023. aastal menetluses 128 taotlust, millest tervishoiuteenuste taotlusi oli 74 (ülejäänud haiglaravimid). TTL komisjonis arutati teenuste taotlustest 26 taotlust, millest toetati 14 taotlust, paluti täpsustusi 5 osas ning ei toetatud 7 taotlust. Komisjonis ei käinud osa taotlusi järgmistel põhjustel:

- taotlused on eriala nüüdisajastamise ootel (nt radioloogia, gastroenteroloogia ja patoloogia);
- hinnakujunduse taotlused;
- TTH raporti ootel (nt loovteraapiad, embrüodiagnostika);
- eelmise aasta taotlused jätkuvalt töös (nt mikrootia, geeninõustaja vastuvõtt);
- muud põhjused (taotlus ootele pandud, laiemad teemad).

Komisjoni poolt toetatud taotlused:

- Anaalmanomeetria
- MRT põhine intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine
- Intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine ja protseduur - pärasoole pahaloomuline kasvaja
- Intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine ja protseduur - hingetorust, bronhist või kopsust lähtunud pahaloomuline kasvaja
- Intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine ja protseduur - söögitoru pahaloomuline kasvaja
- Intrakraniaalne elektroentsefalograafia (EEG)
- Neuromuskulaarne ultraheli (NMUH)
- Tuppe paigaldatav tugirõngas ehk pessaar vaagnapõhjaorganite allavaje ja/või uriinipidamatuse korrigeerimiseks
- Dialektiline käitumisteraapia 1 nädal
- Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)
- Spinaalse lihaskatse (SMA) sõeluuring vastsündinutele
- Perearsti nimistut teenindava täistööajaga kolmanda pereõe rahastamine

- Perearsti nimistut teenindava täistööajaga abiarsti (üldarsti kvalifikatsioonile vastav, mitte tudeng) rahastamine
- Abiarstinduse tervishoiuteenus perearsti juhendamisel

Tervisekassa täpsustas, et mitte kõik komisjoni poolt toetatud muudatused ei jõua 01.01.2024 kehtestatavasse tervishoiuteenuste loetellu, kuna nõuavad veel edasist tööd.

Täpsustamist vajavad taotlused:

- Nahahaiguste ravi fotodünaamilise teraapia (PDT) teel - komisjon toetas teenuse loetellu lisamist, kuid soovis Tervisekassalt täpsustatud hinna- ja kuluefektiivsuse arvutusi;
- Korduv transkraniaalne magnetstimulatsioon - komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku tellida eksperthinnang ning koostada kuluefektiivsuse ja eelarvemõju hinnang, kuid taotlejal ei ole seni olnud võimekust esitada teenuse kuluandmeid;
- Meditsiinilise kinnise lasteasutuse teenuse voodipäev (alla 19-aastasele isikule) – teenus nõuab laiemat tervishoiu- ja sotsiaalsektori integreeritud lähenemist ning muudatusettepanekuga töötatakse edasi;
- Eriõe vastuvõtt/kaugvastuvõtt esmatasandil - komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku oodata ära eriõe pilootprojekti tulemused, mis selguvad 2023. a lõpus, misjärel minna taotluse menetlusega edasi;
- Insuldiravi voodipäev - komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku vaadata taotlust suuremas kontekstis ja täpsustada taotlejaga, kuidas voodipäeva taotlus suhestub insuldiravi raviteekonnaga – mis probleemi aitab täpsemalt lahendada. Tervisekassal on kavas detailsem kulude hõiveanalüüs, et täpsustada puuduv ressurss ning sellest tulenev lisakulu.

Komisjoni poolt mittetoetatud taotlused:

- Fotodünaamiline teraapia verteporfüüniga - komisjon ei toetanud teenuse loetellu lisamist, kuid kui ravimitootjaga saadakse kokkuleppele (sh on olemas hinnakokkulepe, kuluefektiivsuse hinnang ja eelarvemõju hinnang), on komisjon valmis taotlust uuesti arutama;
- Amüloid-PET-uuring - komisjon ei toetanud hetkel teadaolevate andmete alusel teenuse loetellu lisamist. Kui on võimalik näidata kuluefektiivsust (hinnalangetus või uus uuring eelselekteeritud patsientidel), on komisjon valmis taotlust uuesti arutama;
- Oksüdatiivse stressi taseme määramine - komisjon ei toetanud teenuse loetellu lisamist, kuna ei ole kliiniliselt relevantseid uuringuid, mis tõestaksid testi kasutamise põhjendatust ja sellest tulenevat kasu;
- Toitumisterapeudi individuaalkonsultatsioon - komisjon ei toetanud teenuse loetellu lisamist, kuna leiti, et mittemeditsiinilisest baasharidusest tulenevalt ei ole tegemist tervishoiuteenusega. Teenuse järele on vajaduse olemas, kuid teenust peaksid osutama kvalifitseeritud spetsialistid, kellel on tervishoiu- või meditsiinialane baasharidus ning tagatud on elukestev õpe ning pädevuse hoidmine;
- Gestatsioonidiabeedi nõustamine (ämmaemand), vastsündinu ja imiku toitmisnõustamine, vaimse tervise nõustamine perinataalperioodis - komisjon ei toetanud eraldi teenuste loetellu lisamist statistika kogumise eesmärgil.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis informatsiooni teadmiseks.