

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Eesti Haigekassa, ruum 401

27.11.2019

Algus kell 14.00, lõpp kell 17.00

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Monica Kirspuu-Uik (Eesti Haiglate Liit)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Eero Merilind (Eesti Perearstide Selts)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Andres Lehtmets (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)
Kaidi Usin (Terviseamet)
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)

Puudusid: Ann Paal (Eesti Puuetega Inimeste Koda)

Kutsutud: Mare Toompuu (Sotsiaalministeerium)
Heli Paluste (Sotsiaalministeerium)
Made Bambus (Eesti Haigekassa)
Külli Friedemann (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. Ülevaade teenusest „Hospiitsravi voodipäev“
2. Ülevaade teenusest „Tervishoiuteenus üldhoolduses“
3. Tervishoiuteenuste loetelu detailsus
4. Teenuse osutaja pädevus
5. Meditsiiniline näidustus
6. Pisiprotseduurid
7. Kohtumine haigekassa juhatusega

1. Ülevaade teenusest „Hospiitsravi voodipäev“

Teenus on olnud varasemalt arutelul 09.10.2019.

Haigekassa esindaja andis ülevaate teenuse väljatöötamise hetkeolukorrast. Teenus saab kättesaadavaks 1. jaanuaril 2020. a.

Patsiendi seisundi hindamiseks hospiitsravis kasutatakse PPS (Palliative Performance Scale) instrumenti, mis valideeritakse Eestis kasutamiseks 2020. aasta jooksul. Indikaatorseisundid lisatakse tingimusena ravirahastamise lepingusse ja mitte määrusesse.

Teenuse osutamisel on ette nähtud kahe-suunaline liikumine ehk hosiipitsravi voodipäevalt võib patsient ka tagasi liikuda, kas teise osakonda (nt õendusabi) või kodusele ravile. Eesmärgiks on teenuse pakkumine õigele patsiendile õigel ajal. Hosiipitsravi patsiendi seisundit hinnatakse regulaarselt iga 2 nädala tagant ja selle alusel tehakse otsused edasise ravi osas. Hosiipitsraviga viibimise maksimumkestust ei ole määratletud. *Koosoleku järgne täpsustus: Rahastamise mõttes on maksimumpäevade arv määratud, kuid seda saab vajaduse olemasolul pikendada.*

Teenuse kulumudelisse on arvestatud sisse arsti töö komponent. Lõplik teenuse hind on 99,26 eurot ühe voodipäeva kohta. Eelarvemõju on ca 470 000 eurot aastas.

Teenuse nimetuses on täpsustavalt välja toodud statsionaarne hosiipitsravi, kuna tegemist on haiglas, mitte kodus osutatava hosiipitsraviga.

Diskussioon

Komisjonile oli juba eelnevas arutelus ebaselge, miks peab teenuse osutamine olema piiratud ainult HVA haiglatega. Haigekassa esindaja selgitas, et hetkel on otsustatud teenus tagada läbi HVA haiglate, et koheselt tagada teenuse osutamise pädevus (valuravi, suured haavandid jne). Haigekassa nõustus komisjoniga, et edaspidi võiks teenus olla laialdasemalt kättesaadav. HVA haiglatel on ka võimalus osta teenust allhankega.

Komisjon tegi märkuse, et järgmisel korral tuleks analoogsete teemade aruteluks esitada taotlus.

Komisjoni arvamus

Komisjon pooldab teenuse lisamist loetellu.

2. Ülevaade teenusest „Tervishoiuteenus üldhoolduses“

Teenus on olnud varasemalt arutelul 09.10.2019.

Haigekassa esindaja andis ülevaate teenuse väljatöötamise hetkeolukorrast. Teenus rakendub 1. jaanuarist 2020. a. Töögrupp on aktiivselt tegutsenud teenuse sisu ja rakenduse väljatöötamisel. Täpsustatud on teenuse hind (49,77 eurot isiku kohta kuus), mis sisaldab õe töötasu ja vajalikke materjale. Üldhoolduse õendusteenus eristub statsionaarsest õendusteenusest, kuna üldhoolduses on kergema profiiliga patsiendid. Tegemist on esimese teenusega, mis integreerib tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi, mistõttu hetkel ei ole olemasolevaid teenuseid, mida uue teenuse ülesehitamisel aluseks võtta.

Vajalik on kokku leppida ravirahastamise lepingu tingimused. Ühe lepingulisana kehtestatakse pearaha sisesed koodid, mis näitavad, millist teenust ja kus osutatakse. Haigekassa näeb, et üldhoolduses toimub õendusteenus, patsiendi seisundi hindamine ja jälgimine. Seisundi hindamine on õendusplaani koostamise aluseks. Õendusplaani uuendatakse vajadusel seisundi muutuse korral. Hindamine on pearaha saamise aluseks.

Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et tegemist on prioriteetse teemaga. Esimesel aastal sõlmitakse leping teenuse pakujatega, kellel on valmisolek teenuse osutamiseks (olemas koduõendusteenuse tegevusluba ja koostöö kogemus hooldekoduga). Juba praegu tasub haigekassa osade lepingupartnerite puhul koduõendusteenuse osutamise eest hooldekodus vastava koefitsiendiga. Teenuse rakendumisel arvestatakse, et esimesel aastal on tegemist teenuse piloteerimise ja juurutamisega. Teenuse rakendamise analüüsiks kogutakse teenuseosutajatelt tagasisidet, töögrupp jätkab teenuse sisu täpsustamist ning vajadusel korrigeeritakse ka teenuse hind.

Diskussioon

Komisjonil tõstatus küsimus, kui suures mahus teenus algselt rakendub. Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et koheselt ei ole kõigil üldhooldekodudel valmisolekut teenust osutama hakata, mistõttu rakendub teenus hinnanguliselt alla 50% üldhoolduses olevatele isikutele. Vastutus teenuse tagamise eest jääb hooldekodudele, nagu on see olnud ka seni.

Komisjonis tekkis küsimus, kuidas tagada teenust osutavate õdede pädevus. Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et haigekassaga saab lepingu sõlmida ainult koduõenduse tegevusloaga teenuseosutaja.

Toodi esile, et avalik huvi teenuse osas on väga suur. Lisaks on teenusel sidusus mitmete teiste osapooltega (perearst, tugispetsialistid jne). Haigekassa esindaja selgitas, et teenuse kirjelduses nähakse ette, et õe töö sisaldab ka juhtumikorraldaja tööd, st organisatoorset ja koordineerivat funktsiooni erinevate osapoolte vahel. Haigekassa näeb, et edaspidi võiks iga hooldekodu olla seotud ühe perearstiga.

Tõstatus küsimus, kas uue teenuse raames tegeletakse ka dementsete patsientidega. Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et dementsete patsientidega tegeleb sotsiaalvaldkond. Samuti toodi esile, et antud teenus ei hõlma erihooldekodude patsiente.

Tõstatus küsimus, kui suur on teenust pakkuvate õdede koguarv ja kas juba niigi piiratud ressursi abil on võimalik teenuse pakkumist ja kvaliteeti tagada. Teemaga seostus üldine õdede defitsiidi küsimus. Õdede Liidu esindaja hinnangul on hetkel tervishoiusüsteemist väljaspool töötavaid õeharidusega inimesi võimalik erialalisele tööle tagasi võita, kui on tegemist atraktiivse ja motiveeriva projektiga. Arutleti ka arsti saatekirja vajalikkuse üle. Haigekassa esindaja selgitas, et saatekiri ei ole vajalik.

Haigekassa esindaja selgitas, et teenuse raamistik on paigas, kuid töögrupis käivad veel arutelud detailide osas. Eesmärgina nähakse, et üldhooldusele suunatakse vaid sobivad/teenust vajavad patsiendid. Haigekassa esindaja selgitas, et osapoolte vahelised kokkulepped teenuse sisu osas on plaanis sõlmida detsembri keskpaigaks, et teenus saaks rakenduda 1. jaanuarist 2020.a.

Komisjon tegi ettepaneku, et edaspidi tuleks analoogiliste teemade korral esitada ka taotlus.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab teenuse lisamist, kuid pöörab tähelepanu, et eelnevalt tuleb kokku leppida teenuse sisu, kvaliteedi hindamise kriteeriumid, pädevuse kriteeriumid ja kuidas neid hinnata, seos teiste erialadega, täpsustada teenuse maht, õdede ressurss ning koostada kommunikatsiooniplaan. Komisjon palub nimetatud punktides ülevaadet järgmisel koosolekul.

3. Tervishoiuteenuste loetelu detailsus

Komisjon on korduvalt arutanud, et tänane tervishoiuteenuste loetelu on suhteliselt detailne ja leidnud, et eelistatavalt peaks TTL olema lühem ja lihtsam, kus sarnased teenused on koondatud ühe nimetaja alla. Teema tõstatub peamiselt erialade nüüdisajastamise käigus, kui vaadatakse üle loetelus olemasolevad teenused. Erialade lähenemine teemale on erinev, näiteks logopeedide selts eelistab detailset lähenemist. Haigekassa on seisukohal, et kui teenuste sisu ja kulu on sarnane, võiks teenused koondada ühise nimetuse/koodi alla.

Komisjon nõustub, et sarnased tegevused/meetodid võiks loetelus koondada ühe teenuse alla. See ei muuda rahastamise põhialuseid, kuid vähendab administratiivset koormust. Arutlusel oli, et liigne detailsus tekitab ebavajalikku bürokraatiat ja vajadust loetelu sagedamini muuta. Toodi esile, et on erinevaid klassifikaatoreid (nt NOMESCO) ja statistika tegemiseks saab kasutada neid.

Haigekassa esindaja selgitas, et antud teema raames on tõstatunud küsimus, millistel juhtudel tuleks erialaselt teenuste nüüdisajastamise raames esitada taotlus uue teenuse lisamiseks (nt lisandub uus tehnoloogia või meetod). Haigekassa tõi markantse näitena uroloogia eriala teenuste nimekirja, mis vaadati viimati üle 2001. aastal ja milles sisalduvad täna peamiselt avatud operatsioonid, kuigi enamused operatsioonid tehakse laparoskoopiliselt. Kuna laparoskoopilised operatsioonid on tavapraktika, ei näe haigekassa vajadust nendeks eraldi taotlusi küsida, kuid ootab komisjonilt selles osas seisukohta.

Arutlusel oli, et laparoskoopiline meetod on väheminvasiivne, mistõttu patsient paraneb kiiremini. Laparoskoopia on mitmel erialal tänaseks kuldne standard. Samas peab arvestama, et iga uue tehnoloogia/teenuse lisamisel tuleb hinnata selle efektiivsust ja ohutust, mistõttu arutelu komisjonis on vajalik. Lisaks peaks iga uue teenuse / tehnoloogia lisandumisel hindama selle eelarvemõju ja kuluefektiivsust. Laparoskoopilised operatsioonid võivad küll kulu kokku hoida, ent uued tehnoloogiad on üldjuhul kallimad ja nende efektiivsus/ohutus ei pruugi kuldsest standardist palju erineda. Seetõttu on vajalik hinnata meetodeid, mis on oluliselt kallimad kui tavapraktika. Arutlusel oli, et harvikhaguste raviks kasutatavaid teenuseid, mille eelarvemõju on väike, võiks hinnata lihtsustatud korras. Komisjon teeb ettepaneku, et olukorrad, kus ei ole selge, kas taotlust esitada või mitte, tuleb lahendada individuaalselt.

Komisjon pööras seoses teemaga tähelepanu, et nn väikestel erialadel on taotluste esitamine raskendatud, kuna puudub vastav võimekus/ressurss. Arutlusel oli, et sellistel erialadel toimuks edaspidi teenuste lisamine eriala nüüdisajastamise protsessi raames koostöös haigekassa erinevate osakondadega (eriarstiabi, finants). Komisjon pöördus Haigekassa esindaja poole palvega täpsustada väikeste erialade loetelu ja teenused ja tuua vastavad teemad aktiivselt ise komisjoni aruteluks. Komisjoni võtab antud teema arutlusele ka kohtumisel haigekassa juhatusega.

Arutlusel oli küsimus, kuidas lahendada olukorrad, kus teenus on saanud komisjonilt negatiivse otsuse ning seda nimekirja ei lisata, kuid teenus on vaatamata sellele praktikas kasutusel ja seda kodeeritakse loetelus olemasolevate sarnaste teenuste koodidega. Komisjon arvab, et iga haigla vastutab enda osutatavate teenuste ja ravikvaliteedi eest ning ravimeetodi valik on eriarsti pädevuses. Haigekassale jääb alati õigus teenuse kasutamist ja kodeerimist kontrollida (nt sihtvalik, kliiniline audit), et aru saada, kas raviraha kasutatakse sihtotstarbeliselt. Järelekontroll on vajalik, kui andmed näitavad, et meetod/teenus võib olla patsiendile ohtlik. Vajadusel saab teema taas arutlusele võtta. Komisjon tõi esile, et negatiivse otsuse korral on taotluse esitajal alati õigus esitada täiendavaid andmeid, mille alusel võtab komisjon taotluse uuesti arutlusele.

4. Teenuse osutaja pädevus

Haigekassa esindaja tõstatas küsimuse, kas teenuse osutaja pädevus peaks olema tervishoiuteenuste loetelus eraldi kriteeriumina /rakendustingimusena välja toodud. Komisjon kasutab uute teenuste hindamisel pädevust olulise kriteeriumina ning rõhutab, et teenuste loetellu lisamisel peab veenduma, et teenust osutaval erialal/spetsialistil on vastav pädevus olemas (st on selge, kuidas ja kellega (milliste erialaseltsidega või õppeasutustega) koostöös vajalik pädevus omandatakse, kuidas toimub sertifitseerimine/resertifitseerimine ja kuidas tagatakse pädevuse kestlikkus). Komisjoni positiivne soovitus eeldab, et pädevuse kriteerium on tagatud. Samas ei leia komisjon, et loetelus oleks vajalik eraldi välja tuua, millise pädevusega erialaarst/perearst/spetsialist võib teenust osutada.

Haigekassa esindaja selgitas, et taotluses on punkt, mis sätestab, milline on teenuse kvaliteedi tagamiseks vajaminev teenuse osutamise minimaalne maht. On tekkinud olukordi, kus plaanilise välisravi raames esitavad patsiendid haigekassale taotluse sooviga saada ravi välismaal, kuna eesti arstid on teenust vaid paaril korral osutanud ning on kahtlus arstide pädevuses. Samas kinnitab arstide konsiiliumi otsus, et teenus on Eestis teostatav. Komisjon leiab, et kui eesti arstide konsiilium on otsustanud, et teenus on Eestis teostatav, ei ole plaaniline välisravi põhjendatud. Samas on patsiendil õigus minna ravile välismaale ning tasuda ravi eest ise. Eeldusel, et on täidetud Euroopa Liidu piiriülese direktiivi tingimused, on patsiendil sellisel juhul võimalus taotleda ravikulude tasumist Haigekassa poolt vastavalt Eesti teenuste hinnakirjale.

5. Meditsiiniline näidustus

Haigekassa esindaja selgitas, et teema tõstatas seoses rinnakonstruktsiooni operatsioonide rahastamisega Poolandi sündroomi korral. Tookord arutleti, kas teenuse TTLi lisamise ja rahastamise aluseks peaks olema ainult meditsiiniline näidustus (näiteks funktsiooni piiratus vms) või tuleks lisaks arvestada ka sotsiaalsete aspektidega. Samuti on arutlustest meditsiinilise näidustuse piiritlemise küsimus läbi käinud psühholoogia ja logopeedia erialadel.

Komisjon leiab, et rahastamise kriteeriumina tuleks lisaks meditsiinilisele näidustusele arvestada ka sotsiaalsete aspektidega, kuna tervis ei ole mitte pelgalt füüsiline häire, vaid sisaldab ka vaimset ja sotsiaalset mõõdet. Eesti majanduslik areng võimaldab täna tervishoiuteenuste rahastamisel arvestada mitte ainult meditsiinilise näidustusega, vaid ka terviseiga seotud elukvaliteediga, mis on isiku ja ühiskonna heaolu oluline näitaja. Kuna solidaarsuskindlustuse eelarve ei ole piiratud, tuleb otsuste tegemisel aga arvesse võtta ka kulutõhusust ja eelarve võimalusi. Komisjon leiab, et teemale tuleks läheneda juhtumipõhiselt. Komisjon võtab vajadusel teema uuesti arutlusele.

6. Pisiprotseduurid

Haigekassa esindaja selgitas, et teema on varasemalt tõstatunud seoses osade taotlustega, kus protseduuri rahastamise aluste hindamisel esineb seiskohtade lahknevusi (nt diagnostilisel eesmärgil elundi/õõne punktsioon). Nimelt on olukordi, kus haigekassa hinnakujunduse metoodika alusel on tegemist teenusega, mida osutatakse vastuvõtu või voodipäeva raames ning vastav personali ressursi kulu arvestatakse vastuvõtu või voodipäeva hinna sisse. Samas võib erialaseltside arvamusel olla tegemist eraldiseisva teenusega, mis peaks olema ka eraldi rahastatud. Teema haakub loetelu detailsuse küsimusega.

Arutlusel oli, et arvestada tuleks erinevaid asjaolusid (kui suurele hulgale patsientidele teenust osutatakse, kas tegemist on kalli või harva osutatava teenusega jne). Komisjon leiab, et selget piiri voodipäevaga seotud ja eraldiseisvalt rahastatud teenuse vahele on raske tõmmata ja teemat tuleb lahendada juhtumipõhiselt.

7. Kohtumine haigekassa juhatusega

Komisjon kohtub aasta lõpus taas haigekassa juhatusega. Kohtumise raames antakse ülevaade komisjoni tööst 2019. aastal, räägitakse töökorralduslikest muudatustest, tehakse ettepanekuid edaspidiseks tööks ning võetakse arutlusele erinevad tervishoiupoliitilised teemad.