

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

14.10.2020

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.45

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Ann Paal (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)
Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)
Pille Saar (Terviseamet)
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)

Puudus: Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)

Kutsutud: Liis Paas (Sotsiaalministeerium)
Mare Toompuu (Sotsiaalministeerium)
Külli Friedemann (Eesti Haigekassa)
Made Bambus (Eesti Haigekassa)
Mari Kalbin (Eesti Haigekassa)
Tiina Unukainen (Eesti Haigekassa)
Triin Mäll (Eesti Haigekassa)
Margit Savisaar (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. Muudatused esmatasandil
2. Erialade vaheline e-konsultatsioon
3. Taotluste arutelu

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1388	Eriõe vastuvõtt
1116	Robotmagnetnavigatsioon

4. Kliinilise psühholoogi teenuste rakendustingimuste muutmine
5. Kaugteraapia – kliinilised psühholoogid, tegevusteraapia
6. Muud teemad

Komisjoni koosseis on uuenenud ja uue liikmena on koosolekul Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik Raine Pilli.

Komisjoni liige Gerli Liivet deklareeris, et tal on huvide konflikt seoses taotlustega nr 1388. Ülejäänud koosolekul viibinud komisjoni liikmed otsustasid, et Gerli Liivet saab viibida koosolekul taotluse nr 1388 arutelu juures ja vajadusel vastata taotlustega seoses tekkinud küsimustele, kuid ei saa viibida koosolekul komisjoni arvamuse andmise juures.

1. Muudatused esmatasandil

a) Koolitervishoid

Koolitervishoiu teenuse hinna muudatus lähtuvalt teenusekirjelduse komponentide ülevaatamisega (sh kontaktivaba infrapuna-termomeeter, printer-skanner-koopiamasin). Muudatuse lisakulu 19 964 eurot aastas.

b) Väljaspool kodu osutatava üldhooldusteenuse raames osutatav õendusteenus (3097)

Teenuse hinna muudatus lähtuvalt teenusekirjelduse komponentide ülevaatamisega (sh õe puhkusetasu, isikukaitsevahendid, õe tööriided, ohtlike jäätmete utiliseerimine, kontaktivaba infrapuna-termomeeter). Muudatuse lisakulu 537 926 eurot aastas.

Diskussioon

Eesti Õdede Liit toetab teenuse hinna ülevaatamist ning vajalike komponentide lisamist ja täpsustamist. Terviseameti esindaja selgitas, et seni on antud teenusega seoses väljastatud koduõendusteenuse tegevuslube, kuid terviseamet näeb vajadust antud teenusele luua eraldi tegevusluba. Vajalik on üle vaadata, millised tegevused (nt ravimite kasutus, vaksineerimine jne) peavad olema kaetud üldhooldusteenuse raames osutatava õendusteenuse tegevusloaga. Terviseamet plaanib vastavad arutelud tõstatada.

Teemaga seoses tõstatus küsimus, kas haigekassal on plaanis analüüsida, kuidas on rakendunud statsionaarse hospiitsravi teenuse kasutamine. Haigekassa esindaja selgitas, et statsionaarse hospiitsravi teenuse osas on plaanis viia läbi sihtvalik loodetavasti järgmise aasta esimeses pooles. Sihtvaliku raames hinnatakse, kuidas raviasutused on teenust osutanud, sh ravidokumentide kontroll. Komisjon tegi ettepaneku, et teenuse rakendumisest võiks ülevaate anda ka komisjonile, kuna teenusel on suur sisuline ja rahaline mõju.

c) Perearstiabi muudatused

Vabaressurss esmatasandi tervisekeskuses – Muudatusega võimaldatakse täiendavalt palgata tervisekeskuse meeskonda juurde vajalikku ressursi vastavalt vajadusele, nt vaimse tervise õde, psühholoog, 3. (pere/eri)õde, füsioterapeut. Muudatuse lisakulu 388 426 eurot.

Baasraha uuendused – tarkvara hinna kaasajastamine. Muudatusega nüüdisajastatakse kasutatava tarkvara kuu eest makstav tasu perearsti baasrahas. Muudatuse lisakulu 1 134 720 eurot.

Baasraha uuendused – muud kulud. Sisaldab endas üldisi kulusid (nt porimatid jne), mida ei ole seni kaetud. Lisakulu on 7% baasrahast. Muudatuse lisakulu 1 131 883 eurot.

Pearaha uuendused – Muudatuse tingis kontaktivaba infrapuna-termomeetri lisamine perearsti mudelisse. Muudatuse lisakulu 24 337 eurot.

Füsioteraapia saali tarvikud tervisekeskuses. Muudatuse eesmärk on tagada füsioteraapia saali tarvikute ressurss esmatasandi tervisekeskustes. Muudatuse lisakulu 46 332 eurot.

Diskussioon

Haigekassa esindaja selgitas, et antud muudatuste loetellu viimine ei ole veel kindel, sõltub eelarve võimalustest. Baasraha muude kulude muudatus on Eesti Perearstide Seltsiga kokkulepitult madala prioriteetsusega.

Tõstatus küsimus, kas vabaressurss ETTK-s on arvestatud täiskoormuse peale. Haigekassa esindaja selgitas, et arvestatud on täiskoormusega ja muudatus on seotud ainult tervisekeskustega. Tõstatus küsimus, kas füsioteraapia saali tarvikute kulu kaetakse ka juhul, kui füsioteraapia ruum on juba eelnevalt sisustatud. Haigekassa esindaja selgitas, et kui investering on tehtud omavahendite arvelt, siis see kulu kaetakse igakuise baasrahaga. Tõstatus küsimus, kas baasraha lisakuludes (tarkvara ja muud kulud) on arvestatud nii tervisekeskused kui ka üksikpraksised. Haigekassa esindaja selgitas, et seal on arvestatud kõiki, ka üksikpraksiseid.

d) Asendusteenuse osutaja sõidukulu

Haigekassale on terviseametilt liikunud üle perearsti ajutise asendamise korraldamisega seotud lepinguliste kohustuste üleminek ja nende rahastamine. Seni on tasutud perearstide ajutise asendamise eest haigekassa eelarvest haigekassa ja terviseameti vahel sõlmitud halduslepingu alusel halduskoostöö seaduses sätestatud korras. Haigekassa teeb ettepaneku alates 1. jaanuarist 2021 tasuda tervishoiuteenuse osutajatele asendusteenuse eest läbi tervishoiuteenuste loetelu. Asendusteenus puudutab nimistuid, kellele ei ole leitud püsivat arsti. Asendusteenuse osutaja sõidukulu kompenseeritakse asendaja leidmisel nii arstile kui ka õele vähemalt kolmekuulise töölt eemalviibimise korral tervishoiuteenuste korraldamise seadusest tulenevatel tingimustel. Asendusteenuse tasu kompenseerib arsti või õe elukoha kaugust asendatava nimistu tegevuskohast. Asendusteenuse osutaja sõidukulu tasu arvestatakse asendusteenuse perioodil proportsionaalselt suhestatuna tööpäevade arvuga. Muudatuse lisakulu 350 000 eurot aastas.

Diskussioon

Terviseameti esindaja selgitas, et rahastamine on juba üle läinud haigekassale, kuid korraldamine on terviseametil ka järgmisel aastal. Terviseamet pööras tähelepanu, et tasumine toimub ajutise asendaja osas terviseameti kinnitamise alusel. Tõstatus küsimus, kas võrreldes eelmise rahastamise mudeliga tasu muutub. Haigekassa esindaja selgitas, et see vajab täpsustamist, kuna eelnevalt tasuti kuupõhiselt, kuid uue mudeli alusel päevapõhiselt ning ainult nende päevade eest, mil asendaja realselt kohal käib. Tõstatus küsimus, kas maakonnahaiglates töötavatele eriarstidele peaks sarnaselt olema võimaldatud sõidukompensatsiooni tasu. Haigekassa esindaja selgitas, et tegemist on tervishoiupoliitilise küsimusega.

e) Perearsti kvaliteedisüsteemi muudatused

- *Muudatused jälgimise indikaatorites perearstide kvaliteedisüsteemis*

Jälgimise indikaator „Haigekassa andmekogu andmetel hinnataval kalendriaastal hüpertooniatõvehaigetele väljakirjutatud toimeainepõhiste retseptide osakaal kõigist nimetatud diagnoosidega väljakirjutatud retseptidest (hüpertoonia ravimid 1)“ eemaldatakse perearstide kvaliteedisüsteemist. Jälgimise indikaator hüpertoonia ravimid 1 hõlmatus on olnud aastaid kõrge. Näiteks aastal 2019 oli jälgimise indikaatori keskmine hõlmatus 98,6%. Maailmapank on soovitanud, et perearstide kvaliteedisüsteemist eemaldada indikaatorid, kui indikaatorite tasemel on kõrge hõlmatus saavutatud ning oluline on motiveerida perearste tegelema teiste rahvatervise probleemidega. Täpsem info Maailmapanga koostatud PKS-i analüüsi kohta on kättesaadav siit: <https://www.haigekassa.ee/en/organisation/about-us/reports-and-studies>.

„E-konsultatsioon e-tervise infosüsteemi alusel“ on olnud kaua perearstide kvaliteedisüsteemis jälgimise indikaatorina. Alates aastast 2021 lisatakse jälgimise indikaator „E-konsultatsioon e-tervise infosüsteemi alusel“ perearstide kvaliteedisüsteemi erialase lisapädevuse hindamise kriteeriumitesse. Jälgimise indikaator „Perearsti koostatud e-konsultatsioonide osakaal saatekirjadest“. Alates aastast 2021 lisatakse jälgimise indikaatorina perearstide kvaliteedisüsteemi „Perearsti koostatud e-konsultatsioonide osakaal saatekirjadest“. Muudatus on oluline, et hinnata kui palju on suunamiste puhul kasutatud e-konsultatsiooni võimalusi.

- *Muudatused perearstide kvaliteedisüsteemi erialase lisapädevuse hindamise kriteeriumites*

Erialase lisapädevuse hindamise kriteeriumitesse lisatakse perearsti ja pereõde erialane pädevus koefitsiendiga 0,1. Muudatus on oluline, et motiveerida nii pereõde kui ka perearsti erialalist pädevust taotlema.

Erialase lisapädevuse hindamise kriteeriumitest eemaldatakse ämmaemanda vastuvõtt (kestus 60 min), ämmaemanda vastuvõtt (kestus 30 min), ämmaemanda vastuvõtt tervisekeskuses (kestus 30 min), ämmemanda vastuvõtt tervisekeskuses (kestus 60 min). Muudatus on vajalik, et keskenduda rohkem perearsti erialase lisapädevuse omandamisele ning tervisekeskustes on ämmaemanda olemasolu nõutav.

Erialase lisapädevuse hindamise kriteeriumitesse lisatakse puurbiopsia koodiga 7006. Muudatus on vajalik motiveerimaks perearste rohkem patsientidele tegema kirurgilisi manipulatsioone ja pisioperatsioone.

Muudetakse erialase lisapädevuse hindamise kriteeriumite jaotust ja koefitsiente.

- *Sõeluuringutega tegelemise hindamiskriteeriumid*

Perearstide kvaliteedisüsteemi lisatakse eraldi osana sõeluuringutega tegelemise hindamiskriteeriumid. Aastal 2021 lisatakse jämesoolevähi sõeluuringu läbiviimise koodid. Seega muudetakse jämesoolevähi sõeluuring perearstide kvaliteedisüsteemi osaks. Jämesoolevähi sõeluuringu eest on haigekassa pikalt eraldi tasunud, kuid sisuliselt on tegemist lisatasuga perearstidele ning varasemalt oli eraldi tasustamine vajalik, et tagada perearstide seas käitumise muutus.

Haigekassa planeerib 2021. a jooksul jälgida, et perearstid tegeleksid aktiivselt jämesoolevähi sõeluuringu sihtrühma kuuluvate isikutega, sh osutaksid patsientidele ettenähtud tegevusi. Lisaks eelnevale on üldarstiabi lepingus sätestanud, et perearst on kohustatud tegelema ennetustegevustega ja krooniliste haiguste jälgimisega. Aasta esimese kvartali jooksul valmib infotehnoloogiline lahendus, mis kuvab sihtrühmi reaajas ning annab jooksvalt ülevaate perearstide kvaliteedisüsteemis kokkulepitud tegevustest. Seega on võimalik jälgida, et perearstid aktiivselt tegeleksid jämesoolevähi sõeluuringu sihtrühma kuuluvate isikutega.

Perearsti kvaliteedisüsteemi muudatustega ei kaasne eelarvemõju.

Diskussioon

Sõeluuringute osas tõstatus küsimus, kuidas muudatus mõjutab hõlmatust. Haigekassa esindaja selgitas, et kokkuvõttes kasvatab muudatus hõlmatust. Tõstatus küsimus, kas uus IT lahendus puudutab ainult vähisõeluuringuid. Haigekassa esindaja selgitas, et valmiv IT lahendus on seotud perearsti kvaliteedisüsteemi indikaatoritega ehk puudutab kõiki sihtrühmi, mis on seotud perearsti kvaliteedisüsteemiga (sh kroonilised haiged, lapsed, jämesoolevähi sõeluuring jne). Sõeluuringutest on ainult jämesoolevähk, sest muude sõeluuringutega perearstid ei tegele.

f) Emakakaelavähi sõeluuring

Emakakaelavähi haigestumuse ja suremuse andmed näitavad, et senine Eesti riiklik sõeluuringuprogramm ei ole andnud soovitud tulemust. Teiste riikide kogemus näitab, et hästi organiseeritud sõeluuringu korral langevad nii haigestumus kui suremus 80%. Emakakaelavähi ning vähieelsete muutuste teke on peaaegu alati seotud inimese papilloomiviiruse (HPV) suure onkogeense riskiga genotüüpide poolt põhjustatud püsiva nakkusega. Tavapäraste günekoloogiliste läbivaatuste käigus vähieelsete muutuste või vähi varaseks avastamiseks tehtud uuringud võivad aidata konkreetset naist, kuid ei mõjuta emakakaelavähi esmahaigestumust rahvastiku tasemel. Emakakaelavähi sõeluuringu potentsiaalse tervisemõju realiseerimiseks Eestis on vaja suurendada hõlmatust ja laiendada sihtrühma.

Koostöös asjaomaste erialaseltsidega on valminud uus emakakaelavähi sõeluuringu tegevusjuhend. Uue tegevusjuhendiga kaasajastatakse emakakaelavähi riikliku sõeluuringu organisatoorne mudel: kirjeldatakse emakakaelavähi sõeluuringu läbiviimise meeskond ja võrgustik, sõeluuringu korraldus,

sõeluuringule kutsumise ja läbiviimise metoodika, sihtrühm, sõeluuringuga kaasnev esmasuuring ja lisauuringud, sõeluuringu kvaliteedinõuded ning dokumenteerimise ja andmete struktureeritud edastamise nõuded.

Esmasuuringuna võetakse PAP-testi asemel kasutusele HPV-test. HPV-testi negatiivne tulemus annab suurema kindluse kui tsütoloogilise uuringu normile vastav tulemus ning HPV molekulaarset testimist loetakse hetkel kõige täpsemaks emakakaelavähi sõeluuringu esmasuuringuks. Lisaks sõeluuringu esmastesti muutumisele liidestatakse lisauuring. Sellest tulenevalt lisatakse TTL-i kaks uut teenust:

- Inimese papilloomviiruse test nukleiinhappe (DNA ja/või RNA) järjestuse määramisel;
- Vedelikupõhine günekotsütoloogiline uuring HPV/NAT leiu täpsustamiseks.

Uute teenuste lisamine on vajalik statistika ja registrite töö korrastamiseks.

Ettepanek on laiendada ka sihtgruppi - sõeluuringule kutsutakse naised vanuses 30-65 aastat, 5-aastase intervalliga ehk iga-aastaselt 8 sünnikohorti. 55-65 aastaste naiste hulgas on emakakaelavähi esinemissagedus pea sama kõrge kui nooremates vanusegruppides. Samuti on arutlusel olnud kaasata sõeluuringusse mittekindlustatuid isikuid. Kättesaadavuse suurendamiseks on tehtud ettepanek võimaldada sõeluuringu tegemist lisaks tavapärastele kohtadele ka esmatasandi tervisekeskustes ja mittelepingupartnerite juures. Lisaks on ettepanek kehtestada teenuseosutajatele kvaliteeditingimused. Muudatuse lisakulu 1,09 miljonit eurot aastas, sh esmastesti ja jätkutesti kulu. Plaan on liigutada ressursi süsteemisiseselt ümber, kuna hetkel käib ca 90% naisi testimisel sõeluuringu väliselt, sh hehtiliselt ja erinevate intervallidega, ning ainult 10% sõeluuringu raames. Eesmärk on pöörata vastav suhe 80%/20% sõeluuringu kasuks. Selle korrastamiseks vaatavad erialaseltsid üle vastavaid ravijuhendeid, lisaks saab vastavad tingimused täpsustada ravirahastamise lepingus ning lisada vastavad ravidokumentide kontrollid.

Diskussioon

Tõstatus küsimus, kas on muutusi ka korralduslike rollide osas, kes sõeluuringut organiseerib. Haigekassa esindaja selgitas, et korralduslike rollide osas muutusi ei ole.

Tunnustati ettepanekut minna üle PAP-testilt HPV-testile ning võimaldada sõeluuringut läbi viia ka esmatasandi tervisekeskustes, kus vastav ressurss, kompetents ja vajalik IT süsteem on olemas. Haigekassa esindaja selgitas, et metoodika alusel on esmastesti võtmine lihtne, kuid keeruline osa on jälgimissüsteemid naistel, kellel on kõrge või madala riski atüüpia ning kellel on vajalik kordustestimisele tulla ka sõeluuringu väliselt. Selliste erandite jälgimissüsteemi on võimalik kontrollida haigekassa lepingutega. Toodi esile, et esmatasandil on sarnane jälgimissüsteem ja patsiendi logistika korraldus seoses jämesoolevähi sõeluuringuga juba olemas.

Sotsiaalministeeriumi esindaja tõi esile, et seoses mittekindlustatute kaasamisega sõeluuringutesse on tõstatanud arutelud, kes tasub ravikulud, kui isikul avastatakse testimise käigus mingi muu terviseprobleem. Pöörati tähelepanu, et enamasti on raske haigusega inimestel riiklik ravikindlustus. Küsimus on, kas ravikindlustusele oleks odavam, kui inimene jõuab mittekindlustatuna vajaliku ravini varem. Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et ettepanekud, kas ravikindlustust laiendada, peaks lähiajal valitsusse arutlusele jõudma.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab esmatasandi muudatuste ettepanekuid.

2. Erialadevaheline e-konsultatsioon

Eriarstide erialadevaheline e- konsulteerimine on vajalik nii asutuste siseselt kui ka erinevate asutuste vahel. Oluline on patsiendile tagada kvaliteetne arstiabi ilma, et patsient peaks tervisenõu saamiseks liikuma ühest kabinetist teise, vaid konsultatsiooni saaks küsida eriarst, kelle juurde patsient tuli. Selline töökorraldus optimeeriks erinevate eriarstide ajaressursse ja tagaks patsiendile sujuvama ja ühtsema ravikäsitluse. Kui e-konsultatsiooni andes otsustab konsulteeriv eriarst, et patsient siiski vajab mõne muu erialarsti abi või täiendavaid uuringuid, on konsulteerival eriarstil võimalik patsient ka vastuvõtule kutsuda. E-konsultatsiooni saatekirjal on põhjalik eelteave patsiendi terviseseisundist koos uuringute andmetega, mis annab vajadusel võimaluse diferentseerida vastuvõtule tulemise aega, et

vältida asjatuid visiite ning anda vajadusel saatekirjad täiendavateks uuringuteks enne vastuvõtule tulemist.

Eriarstide vahelise e-konsultatsiooni käivitamisel kasutakse juba varasemalt koostöös perearstide ja teiste arstlike erialade seltsidega sõlmitud kokkuleppeid ja reeglistikku. Erialade vahelise e-konsultatsiooni saatekirja ja selle vastuse vormistamisel kasutatakse üldarstiabi e-konsultatsioonile esitatavaid nõudeid. Erialade vahelist e-konsultatsiooni saavad küsida kõikide erialade arstid, olenemata sellest, kas küsiva arsti erialal on tingimused kokku lepitud või mitte. Vastust saab oodata siiski vaid sellelt erialalt, kellega tingimused on varasemalt juba kokku lepitud. Selline erisus tuleneb asutuste valmidusest ja TIS-is kehtestatud reeglitest. Kui ka küsiva eriala arstide ühendus jõuab oma erialal veendumusele, et e-konsultatsiooni tingimused on vajalik kokku leppida, siis saab võimalikuks rohkemate (kõikide) erialade lisamine TIS reeglistikku.

Erialade vahelisi e-konsultatsioone rakendatakse erialade vahel või erialasiseselt spetsiifilise pädevuse korral ambulatoorses või päevaravis tervishoiuteenuse osutajate vahel või tervishoiuteenust osutava asutuse siseselt ning statsionaarses ravis tervishoiuteenuse osutajate vahel. Statsionaarses ravis rakendatakse e-konsultatsioone ainult asutuste vahel, sest asutuste siseselt on konsultatsioonid kaetud voodipäevadega. Samuti ei ole raviasutused pidanud asutusesiseseid e-konsultatsioone statsionaaris vajalikuks, kuna asutusesiselt on eelistatud kontaktkonsultatsioonid.

Erialadevahelist e-konsultatsiooni ei ole lubatud kasutada, kui patsient vajab erakorralist abi ning samuti ei sobi e-konsultatsioon korralduslike küsimuste lahendamiseks (vastuvõtuoja broneerimine, retseptide väljastamine jms.)

Erialadevahelise e-konsultatsiooni teenuse lisamine tervishoiuteenuste loetellu lisakulu ei tekita. Teenus osutatakse senisest digisaatekirjadega suunatud eriarsti vastuvõttude arvelt, kus eriarst suunab saatekirjaga teise eriarsti vastuvõtule. Erialadevaheline e-konsultatsioon vähendab nende vastuvõttude arvu. Tervise infosüsteemis suuri arendusi ei kaasne, vajalik on lisada vaid üks uus vastuseliik.

Diskussioon

Pöörati tähelepanu, et kuigi TEHIK-us arendus vajalik ei ole, on vajalik arendus haiglate infosüsteemis. Hetkel on olemas lahendus selleks, et perearst teeb e-konsultatsiooni eriarstile, kuid infosüsteemis puudub lahendus, et eriarst ise saab e-konsultatsiooni algatada. Seetõttu ei ole tõenäoliselt kõik haiglad 1. jaanuarist 2021 valmis erialadevahelist e-konsultatsiooni koheselt võimaldama.

Tõstatus küsimus, kas erialadevaheline e-konsultatsioon rakendub alguses mingitel kindlatel erialadel või kohe kõikidel erialadel. Haigekassa esindaja selgitas, et e-konsultatsiooni saavad küsida kõikide erialade arstid, kuid vaid sellelt erialalt, kellega tingimused on varasemalt kokku lepitud.

Tõstatus küsimus, kas nähakse ohtu, et kõiki statsionaarseid konsultatsioone hakatakse e-konsultatsioonidena raviarvetele märkima. Haigekassa esindaja selgitas, et statsionaarses ravis rakendatakse e-konsultatsioone ainult asutuste vahel, sest asutuste siseselt on konsultatsioonid kaetud voodipäevadega. Lisaks toodi esile, et kuna e-konsultatsioon eeldab mõlemale osapoolle vastava e-konsultatsiooni vormi täitmist infosüsteemis, siis teenuse kuritarvitamise ohtu ei nähta. Haigekassal on plaanis erialade vahelise e-konsultatsiooni rakendumist jälgida ning vajadusel rakendustingimusi täpsustada.

Toodi esile, et perearstidel on e-konsultatsiooniga väga hea kogemus. Tegemist on väga hea tööriistaga nii meditsiinilisest kui patsiendi logistilisest vaatest. Erialade vahelise e-konsultatsiooni korral nähakse kõige suuremat kasu maakonnahaiglatele konsulteerimisel piirkondlikke haiglatega ja konsulteerimisel subspetsialiteetidega. Võimalik on patsiendi teekonda optimeerida.

Tõstatati küsimus, kas võib tekkida lisakulu täiendavate visiitide lisandumise tõttu konsulteerival erialal. Haigekassa esindaja selgitas, et lähitulevik näitab, kuidas erialadevahelist e-konsultatsiooni rakendatakse, milline on optimaalne ressursikasutus ja reaalne praktika. Oluline on lähtuda patsiendi vaatest. Haigekassal on plaanis rakendumist jälgida.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab erialade vahelise e-konsultatsiooni lisamist loetellu.

3. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1388 – Eriõe vastuvõtt

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 12.02.2020.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Õdede Liit

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada loetellu uus eriõe vastuvõtu teenus. Eriõe erialad on Eestis reguleeritud määrusega “Õendusabi erialade loetelu”. Eriõel on spetsiifilised teadmised ühes neljast õendusabi valdkonnast: terviseõenduses, intensiivõenduses, kliinilise või vaimse tervise õenduses. Tal on ettevalmistus töötamiseks patsientidega, kelle keerukam tervises seisund vajab erialaspetsiifilisi teadmisi haiguse kliinilistest protsessidest, ettevalmistus erakorralistes olukordades tegutsemiseks, lisaks teadmised süstemaatilise tervisedendusest ja haiguste ennetusest. Eriõde tegeleb patsientidega, kelle krooniline haigusseisund on valdavalt stabiilne (v.a intensiivõenduses) ja kes vajavad regulaarset haiguse/tervise seisundi monitoorimist, nõustamist elustiili ja oma haigusega toimetuleku osas. Sotsiaalministeerium on kinnitanud valmisolekut alljärgnevate eriõe õiguste osas: õigus avada ja sulgeda kuni 5-päevase kestusega hooldus- ja töövõimetuslehti, õigus suunata patsienti teise teenuseosutaja juurde, õigus kirjutada välja meditsiiniseadmeid, õigus väljastada tervisetõendeid.

Olemasolevate andmete ülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli arutelul 12.02.2020. Taotluse eesmärk oli lisada loetellu uus eriõe (advanced practice nurse) vastuvõtu teenus. Eriõel on spetsiifilised teadmised ühes neljast õendusabi valdkonnast: terviseõenduses, intensiivõenduses, kliinilise või vaimse tervise õenduses. Tal on ettevalmistus töötamiseks patsientidega, kelle keerukam tervises seisund vajab erialaspetsiifilisi teadmisi haiguse kliinilistest protsessidest, ettevalmistus erakorralistes olukordades tegutsemiseks, lisaks teadmised süstemaatilise tervisedendusest ja haiguste ennetusest. Eriõde tegeleb patsientidega, kelle krooniline haigusseisund on valdavalt stabiilne (v a intensiivõenduses) ja kes vajavad regulaarset haiguse/tervise seisundi monitoorimist, nõustamist elustiili ja oma haigusega toimetuleku osas. Sotsiaalministeerium on kinnitanud valmisolekut alljärgnevate eriõe õiguste osas: õigus avada ja sulgeda kuni 5-päevase kestusega hooldus- ja töövõimetuslehti, õigus suunata patsienti teise teenuseosutaja juurde, õigus kirjutada välja meditsiiniseadmeid, õigus väljastada tervisetõendeid.

Komisjon leidis, et eriõdede ametlik lülitamine Eesti tervishoiusüsteemi on vajalik. Eelnevalt oleks vajalik määratleda arsti ja õe vastutuse piirid ja leppida kokku juriidilised ja korralduslikud põhimõtted. Komisjon palus taotlejal koostöös seotud osapooltega (sh sotsiaalministeerium, terviseamet jne) töötada välja konkreetne ettepanek eriõe teenuse rakendamise kohta.

Tänaseks on Eesti Õdede Liit esitanud lisaandmed. On kinnitatud eriõe definitsioon ja baaspädevused. Eriõe teenust nähakse ette nii esmatasandi kui eriarstiabis. Tänase seisuga on registris 700 eriõe pädevusega õde.

Definitsioon: Eriõde on õde, kes on läbinud õe erialase koolituse õppekava või terviseteaduse magistriõppekava ühel õendusabi erialal ning on omandanud õpitud erialal suurema kliinilise pädevuse ja otsustusoskuse, samuti valmisoleku töötada nii iseseisvalt kui ka interdistsiplinaarses meeskonnas ning eest vedada uurimis- ja arendustööd.

Eriõe baaspädevused (olulisimad esimesed 3):

1. Pädevus koordineerida tervisedendust, haiguste ennetamist ja tervishoiuteenuse osutamist
2. Pädevus hinnata patsiendi tervises seisundit ning otsustada ravisekkumiste üle eriõe vastutuse piires, sealhulgas pädevus:
 - 2.1. korraldada patsiendile esmane vastuvõtt ja jälgimine igal tervishoiu tasandil;
 - 2.2. anda esmane hinnang patsiendi tervises seisundile;
 - 2.3. tellida diagnostilisi analüüse ja uuringuid;
 - 2.4. kirjutada välja ravimeid, järgides piiratud retseptiõigust;
 - 2.5. kirjutada välja meditsiiniseadmeid;
 - 2.6. suunata patsient teise tervishoiuteenuse osutaja vastuvõtule;
 - 2.7. osutada iseseisvalt tervishoiuteenuseid;
3. Pädevus korraldada terviklikult patsiendi terviseteeconda, kasutades süvendatud kliinilisi teadmisi.

4. Pädevus võtta initsiatiivi, töötades välja uusi sekkumisi erialases praktikas, osaledes kasutajasõbralike tervisetehnoloogiate loomisel, kasutades strateegilist lähenemist ja sidudes eri valdkondade teadmisi ning sobitades parimal võimalikul moel kokku vajadusi ja lahendusi.

5. Pädevus hinnata ja arendada tervishoiuteenuse kvaliteeti.

6. Pädevus põhjendada oma valdkonna seisukohti ja tervishoiuteenuse prioriteetseid arengusuundi riiklikes ja rahvusvahelistes otsustuskogudes ning seista patsientide ja erialaesindajate huvide eest.

7. Pädevus toetada ja suunata kolleegide professionaalset arengut.

8. Pädevus teha uurimis- ja arendustööd nii koolitaja kui ka eestvedajana.

Lisaks esitati eriõe funktsioonide kirjeldus esmatasandil, sh perearstikeskuses, koolis, koduõenduses/õendushaiglas, üldhooldekodus. Kätesaadavuse suurendamiseks maapiirkondades tehti ettepanek eriõe busi rakendamiseks. Lisaks tehti ettepanek eriõe nimistu koostamiseks analoogselt perearstile. Eriarstiabis on eriõel roll nii ambulatoorses, erakorralises (sh psühhiaatria) kui statsionaarses osas.

Kuna eriõe kirjeldatud vastutusala on lai, tekkis küsimus rollide jaotamise osas õega. Taotluses pakutakse organisatsiooni juhi (brigaadijuht) rolli, piiratud reptseptiõigust, suunamise õigust, triaazi EMOS (koos otsustusega koju saata), analüüside tellimist. Kui organisatsioonis puudub arst, peaks pakkuma õendusteenust vaid eriõde.

Diskussioon

Arutlusel on olnud, kas Sotsiaalministri määruse „Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning õendusabiteenuste osutamise tingimused“ muutmine on vajalik või mitte. Sotsiaalministeeriumi esindaja kinnitas, et määruse muutmine ei ole vajalik. Hetkel on määruses kirjeldatud õe vastuvõtt ning Sotsiaalministeeriumi hinnangul saab vastava kirjelduse alusel tegutseda ka eriõde. Eriõde pädevuse nõuded on Eesti Õdede Liit ära kirjeldanud. Eriõel oleks kaks täiesti uut õigust – retsepti väljastamine ning abivahendite ja meditsiiniseadmete määramine. Retsepti väljastamise õigus on seaduse eelnõuga seoses ootel, arvatavasti jõustub uue aasta alguses. Abivahendite ja meditsiiniseadmete määramise õiguse osas on esmased arutelud algatatud. Tõstatus küsimus, kas retsepti väljastamise õigusega seoses on tellitud ka vastav arendus. Hetkel ei osata tellimuse osas vastata. Terviseameti esindaja pööras tähelepanu, et vastavatesse aruteludesse võiks olla kaasatud ka Terviseamet, kuna teemaga võib olla seotud ka tegevuslubade andmine.

Tõstatusid küsimused, millised õigused kaasnevad eriõde staatusega, kas sellega seoses on vajalikud süsteemide arendused, kuidas eriõde staatus suhestub hetkel kehtiva õe iseseisva vastuvõtu teenusega. Arutlusel oli, et tehnilistele küsimustele vastamise eelselt tuleks leida vastused, kas eriõde staatus on vajalik ning kui on, siis kas süsteem on selleks valmis. Oluline on eelnevalt defineerida, mis on eriõendus ja kuidas see eristub hetkel kehtivast õe vastuvõtust. Eesti Õdede Liidu esindaja selgitas, et nende koostatud eriõde baaspädevuste kirjeldamise aluseks on võetud rahvusvaheline kirjandus, mis on kohandatud Eesti tingimustele. Eriõdedel on erinev hariduslik ettevalmistus (Eesti mõistes on kas enne 2020. a vastava 1-aastase õppe lõpetanud eriõded või alates 2020. a vastava magistriõppe lõpetanud eriõded). Toodi esile, et süsteemis on juba olemas eriõded, nt vaimse tervise õde, intensiivravi õed jne. Eriõde staatuse kehtestamise algatus on tulnud juba pädevuse omandanud ja süsteemis töötavatelt õdedelt. Arutlusel oli, et on arusaadav, et eriõel on hariduslik erinevus tavaõdest, kuid jääb veel ebaselgeks, milline on sisuliste tegevuste erinevus ning mille alusel eristada eriõde vastuvõtu tasustamist õe iseseisva vastuvõtu tasustamisest. Haigekassa esindaja selgitas, et hetkel oleva info alusel tuleks eriõde vastuvõtu teenus sama hinnaga kui on õe iseseisva vastuvõtu teenuse hind, mistõttu oleks tegemist tehnilise lahendusega. Oluline oleks aru saada sisulisest põhjendusest, miks eraldi teenus on vajalik lisada.

Arutlusel oli, et vajalik oleks ära defineerida eriõde roll ja tegevuste sisu erialade põhiselt, et aru saada, millist lisandväärtust eriõde toob. Esmalt võiks seda teha piloodina 2-3 erialal. Aluseks võiks võtta erialad, kus on õe iseseisva vastuvõtt juba olemas ja eriõde vajadus põhjendatud. Oluline on küsida ka eriarstide arvamust ning meeskonna siseselt kokku leppida, kuidas rollid ja tegevused jagunevad. Haigekassa esindaja tõi esile, et piloodi raames saaks välja tuua ka, kas esmast ja korduvat vastuvõttu on hinna mõttes vaja. Vaimse tervise õe vastuvõtu näitena toodi esile, et antud juhul ei ole kirjeldatud, millised on vaimse tervise õe hariduslikud ja pädevusnõuded ning milliseid tegevusi vaimse tervise õe vastuvõtt sisaldab. Toodi esile, et kuigi ametlikke kirjeldusi või kokkuleppeid ei ole, on siiski

erialasiseselt teada, et tegemist on õdedega, kellel on pikaajaline psühhiaatria erialal töötamise kogemus ning tegevused ja rollid on meeskonnas välja kujunenud.

Arutlusel oli, et hariduslikud nõuded võiksid olla ühtsed erialadeüleselt, kuid sisuline tegevuste kirjeldused ja pädevuse nõuded peaksid olema erialapõhised, mis selguks täpsemalt piloodi raames. Toodi esile, et samuti on oluline aru saada, milline on eriõdede vajadus, et vastava taustaga eriõdesid koolitada. Ei tohiks tekitada olukorda, kus eriõded on koolitatud, aga neil ei ole süsteemis kohta, kus ennast rakendada. Arutlusel oli, kas eriõde staatuse saamine peab olema seotud ainult vastava haridustaseme läbimisega või on võimalik staatuse saada ka kogemusliku pädevusega. Analoogiana toodi näiteks kliiniliste psühholoogide pädevuse küsimus. Esile toodi võimalus rakendada VÕTA ehk varasemate õpingute ja töökogemuse arvestamise printsiipi.

Haigekassa esindaja tegi komisjonile ettepaneku, et haigekassa koostab koostöös Õdede Liiduga konkreetse plaani teemaga edasi liikumiseks ning esitab selle komisjonile järgmisel, s.o 11. novembri koosolekul. Komisjon on ettepanekuga nõus. Hetkel on eesmärgiks liikuda teemaga edasi nii, et vajalikud muudatused loetelus saab teha 1. aprillist 2021.

Komisjoni arvamus

Komisjon on jätkuvalt konsensusel, et eriõde staatusega ametikohta on tervishoiusüsteemis vaja. Küsimused, mis vajavad lahendamist on kuidas ja kes kvalifitseerub eriõdeks, mis tegevusi eriõde tegema hakkab ning mis on tema roll meeskonnas. Komisjoni ettepanek on viia läbi piloot 2-3 erialal, erialad lepib haigekassa kokku koostöös erialaseltsidega. Piloodi raames defineeritakse ära hariduslikud kriteeriumid ning saadakse vastused, millised on eriõde tegevused ja roll meeskonnas ning kuidas see eristub teistest rollidest meeskonnas. Kui piloodid on edukad, saab laiendada teistele erialadele.

Taotlus nr 1116 – Robotmagnetnavigatsioon

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 05.09.2018, 11.09.2019 ja 12.02.2020.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Kardioloogide Selts

Taotluse sisu: Taotluse kohaselt võimaldab robotmagnetnavigatsioon (RMN) kateeterablatsiooniga efektiivsemalt ravida keerulisi ja kompleksseid rütmihäireid, on oluliselt ohutum, vähendab personali ja patsiendi kiirguskoormust. Näidustused: kodade virvendusarütmia, ventrikulaarsete rütmihäirete, kaasasündinud südameriketete-, südameoperatsioonijärgsete- ja laste rütmihäirete kateeterablatsiooniks.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Kateeterablatsioon komplekssete südame rütmihäirete (kodade virvendus-laperdusarütmia, ventrikulaarsed rütmihäired) raviks on Euroopa Kardioloogide Seltsi ravijuhistes I (A-C) klassi näidustusega. RMN on maailmas kasutusel 2003. aastast ja arenenud riikides praeguseks laialt juurdunud. Eesti kasutuskogemus pärineb 2014. aastast ja olnud positiivne. Seega tuleb hinnata taotletud teenuse osutamise näidustused õigeteks, asjakohasteks ning Eesti oludes põhjendatuteks.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (haigekassa analüüs)

Taotluses välja toodud meta-analüüsi kohaselt on teenus seotud väiksema raskete tüsistuste sagedusega ja väiksema kiirguskoormusega. Seega 314 patsiendi kohta on eeldatavalt võimalik navigatsioonisüsteemide kasutamisega ära hoida ca 9,4 tüsistust, tüsistuse ärahoidmisega soetud kulu on ca 46 850 eurot ühe juhu kohta. Täiendavalt on leitud, et navigatsioonisüsteemi kasutamine vähendab kiirguskoormust 3-6 korda. Teenuse kasutamise kasvu ei ole prognoositud ning eeldatav mõju ravikindlustuse kulude eelarvele on pikaajaliselt alla 0,5 miljoni euro aastas.

TTH raporti kokkuvõte

Komisjoni ettepanekul tellis haigekassa Tartu Ülikoolilt TTH raporti, mille esmased tulemused ja järeldused on järgnevad. Teaduskirjanduse põhjal ei anna rütmihäirete ablatsioonravis kasutatav

magnet- ega sensornavigatsioon oluliselt paremat kliinilist edukust võrreldes manuaalse kateeterablatsiooniga. Samas on mõlemal juhul protseduuriga kaasnev kiirguskoormus nii patsiendile kui personalile oluliselt väiksem. Magnet- ja sensornavigatsiooni vahetult võrdlevaid uuringuid on vähe, kuid kaudsed tulemused osutavad, et kuigi ablatsiooni tulemuslikkuses erinevust ei ole, on sensornavigatsiooni korral fluoroskoopia aeg ja saadud kiirguskoormus väiksem kui magnetnavigatsioonil.

Teadaolevalt ei ole avaldatud uuringuid, mis võimaldaks pikaajalise kiirguskoormuse vähenemist seostada välditavate haigusjuhtudega ehk kvantifitseerida magnet- ja sensornavigatsiooni kliinilist kasutegurit. Seega ei ole võimalik teostada kulutõhususe analüüsi Eesti kontekstis.

Teaduskirjanduse otsinguga ei leitud ühtegi täismahus kulutõhususe analüüsi, kus oleks võrreldud magnet- ja/või sensornavigatsiooni manuaalse kateeterablatsiooniga. Ainsas teemakohases tehnoloogiate kulude käsitluses varieerus ablatsiooni ravijuhu hind sõltuvalt kasutatud seadmetest ja tarvikutest ca 3 korda. Ravivalikute kontekstis on oluline patsiendipõhiselt hinnata, kas kallimate tehnoloogiate kasutus suurendab protseduuri tõhusust või patsiendi ohutust piisavalt, et õigustada suuremat protseduurikulu.

Eelarvemõju analüüsil oli teenusemahu baasstsenaariumis ravijuhu keskmine arvestuslik kulu vahemikus 5152–7757 eurot ning 2020. a teenuse kogukulu sõltuvalt kulu ja magnet-ning sensornavigatsiooni osakaalu eeldustest vahemikus 3,45–5,49 mln eurot. Teenusemahu kasvu korral (5%-10% aastas) ulatuksid kateeterablatsiooni teenusekulud 5 aasta perspektiivis sõltuvalt kasutatud eeldustest 4,19–7,33mln euroni.

Analüüsist selgus, et tänased teenuste piirhinnad ei kata ka manuaalsete kompleksablatsioonide hinda. Erialaseltisiga kooskõlastatult tuleb leppida kokku manuaalse kateeterablatsiooni ning magnet- ja sensornavigatsiooni teenuste piirhinna ja kodeerimise põhimõtted. Magnet- ja sensornavigatsiooni teenuskoodi piirhind peab olema majanduslikult motiveeriv, kuid vastama ka seadmete ja tarvikute tegelikele kuludele raviasutustes. Õiglaselt hinnastatud teenus võimaldab hinnata tegelikku teenusekasutust ja vähendada seeläbi ka ebatäpsest kodeerimisest tulenevat ülekulu EHK-le.

Olemasolevate andmete ülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlust on arutatud kolmel korral, 05.09.2018, 11.09.2019, 12.02.2020. Komisjon on uut teenust toetanud, kuna see on võrreldava efektiivsuse juures tõendatult väiksema kiirguskoormusega ja ohutum (vt. täiendatud tõenduse ülevaade 11.09.2019 protokollis). 2019. oktoobris avaldati veel 1 metaanalüüs, mis kinnitas varasemaid tulemusi. 1. Virk, et al 2019 (Circulation) metaanalüüs 15 jälgimisuuringut (n=3200), RMN protseduuriga seotud tüsistuste risk võrreldes tavapraktikaga (manuaalne kateeternavigatsioon) vähenes RR=0,51 (0,29-0,91), >1-a AF risk oli võrreldav (RR=0,97, 0,89-1,05), fluoroskoopia aeg 13 min lühem, kuid protseduuri aeg pikem.

Samas on komisjon leidnud, et hetkel tundub hind liiga kallis. Seetõttu tegi komisjon septembris 2019 haigekassale ettepaneku arvutada täiendkulu tõhususe määr (ICER ehk lisanduva QALY maksumus) ning otsustada selle alusel.

KTH esitati 02.2020. Selgus, et teenuse prognoositav maksumus 1405 eurot, alternatiivi (raadiosageduslik kateeterablatsioon) hind 2x kallim 2753 eurot. 314 juhtu aastas, eelarvemõju 441 000 aastas. Jia et al 2019 metaanalüüsi põhjal arvatud, et hoitaks ära 9,4 tüsistusega seotud ravijuhtu, ühe tüsistuse vältimise hind 47 000 eurot. Võrreldes esimese korraga oli ravijuhtude arv suurenenud (lisandunud sensornavigatsioon?), eelarvemõju suurenenud 140 000 euro võrra, teenuse maksumus langenud pooleni, tüsistuse vältimise kulu vähenenud pooleni. ICERit ei olnud arvestatud, mistõttu haiguste- ja meetmeteülene võrdlus ei olnud võimalik. Hetkel toodud tüsistuse ärahoidmise maksumust oli keeruline haigusteülleselt võrrelda ning selle põhjal otsust vastu võtta ei saanud.

Veebruariks 2020 oli selge, et olemasolevad kulunumbrid erinesid, kulu tundus suur, tervisekasu ja kulu suhe ebaselge. Otsuse tegemiseks oli vaja täpsemat kulutõhususe hinnangut, sh hinnata lisanduv QALY ja selle maksumus. Seetõttu tegi komisjon haigekassale ettepaneku tellida TÜ-lt analüüs RMN-i kulutõhususe hindamiseks.

Tänaseks on valminud TTH, kus leitakse, et arütmiate raadiosageduslikku kateeterablatsiooni kasutatakse TÜKis ja PERHis ekstensiivselt kodade virvendusarütmia ja paroksüsmaalse tahhükardia ravis, koos endokardiaalse mäpingu ja elektofüsioloogilise uuringuga, 500-600 patsienti aastas, vastav kogukulu on 3,8 miljonit aastas. Raporti autorite sõnul ei oma uus meetod (magnet- ja sensornavigatsioon) eelist manuaalse ees ei efektiivsuse ega tüsistuste vältimise osas, eeliseks on kasutus

keerulisemate operatsioonide läbiviimiseks ja oluliselt väiksem kiirguskoormus patsiendile ja personalile.

Kuna kliiniline efektiivsus autorite väitel on võrreldav tavapraktikaga ja kiirguskoormuse vähenemist ei saa tõenduse puudumisel kvantifitseerida tervisekasuks (puuduvad andmed haigestumuse vähenemise jms kohta), ei saa uute meetodite tervisekasu ega kuluefektiivsust hinnata. Seetõttu teostati ainult eelarvemõju hindamine, kus selgus, et magnetnavigatsiooni teenuse hinnanguline maksumus oleks 8252€, sensornavigatsiooni 6770€ ja manuaalsel kompleksablatsioonil 6070€. Aastane kogukulu oleks sõltuvalt manuaalse, magneti ja sensori omavahelisest suhtest 3,5-5,5 miljonit, teenusemahu kasv 5% aastas suurendab seda 5-7 miljonini. Lisanduv kulu seega 1,7 miljonit.

Samas selgus, et tänased piirhinnad ei kata ka manuaalse protseduuri kulupõhist maksumust. Kuna see võib põhjustada teenusekasutuse ebatäpset kodeerimist, on vajalik kõigi hindade kompleksne ülevaatus. Kokkuvõttes on meetod efektiivne, lisanduv tervisekasu väike, selle suurust ja maksumust ei saa hetkel hinnata.

Diskussioon

Haigekassa esindaja pööras tähelepanu, et TTH raportis oli välja toodud kogukulu ja mitte lisakulu eelarvele. Raportis toodud stsenaariumitest on kõige loogilisem, kus on arvestatud tegelikud kasutusproportsioonid ja juhupõhine maksumus. Lisakulu eelarvele oleks ca 400 000 eurot aastas.

Arutlusel oli, et komisjon on teenust varasemalt toetanud, kuid küsimus oli teenuse kõrges hinnas. Arutlusel oli, et eelarvemõju osas peaks lõplikku otsuse tegema haigekassa vastavalt võimalustele. Komisjon hindab teenuse prioriteetsuse tasemele B ehk ei ole kõrge prioriteetsusega.

Tõstata küsimus, et kui tänased teenuste piirhinnad ei kata ära ka manuaalsete kompleksablatsioonide hinda, tuleks ka need hinnad üle vaadata. Haigekassa esindaja selgitas, et kardioloogia eriala teenused on komplekselt ülevaatamisel ja plaanis nüüdisajastada uue aasta algusest.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab taotluse rahuldamist, lõpliku otsuse teeb haigekassa juhatus vastavalt eelarvevõimalustele. Komisjon hindab taotluse prioriteetsuse tasemele B.

4. Kliinilise psühholoogi teenuste rakendustingimuste muutmine

Sotsiaalministeerium on teinud ettepaneku lisada tervishoiuteenuste loetellu rakendustingimus, mis täpsustab, et kliinilise psühholoogina käsitatakse psühholoogi, kellel on kutseregistris kehtiv kliinilise psühholoogi kutsetunnistus või kes on Eesti eriarstiabi osutaja juures töötanud viimase 7 aasta jooksul vähemalt 5 aastat psühholoogina.

TTL-is on teenuste osutamise rahastamine seatud sõltuvaks teenuseid vahetult osutava isiku kvalifikatsioonist. Spetsialistide puhul, kes ei ole tervishoiutöötajad TTKS-i § 3 mõistes, toetub Haigekassa teenuste rahastamistingimuste seadmisel mitmetel juhtudel (nt kliinilised logopeedid, kliinilised psühholoogid) vabatahtliku kutsesüsteemi raames omandatud kutsetele. Kutse on käsitatav heuristikuna, mis tõendab, et inimese ettevalmistus vastab kutsestandardis sätestatud miinimumtingimustele. Kutsesüsteemile toetumine kaotab tervishoiu rahastajal vajaduse kontrollida ja tööandjal tõendada töötajate pädevust muul viisil. Toimiv kutsesüsteem aitab samaaegselt tagada kvaliteetsete tervishoiuteenuste osutamist ning ressursside efektiivset kasutamist.

Siiski on viimastel aastatel tekkinud kliinilise psühholoogi kutse andmisel olukord, kus kutsesüsteem on lakanud töötamast usaldusväärse heuristikuna. Kutse andmise korras teatud tingimuste sätestamise kaudu ja nende tingimuste korduva muutmise kaudu on olnud takistatud vähemalt kahe psühholoogi kutseoskuste hindamine ja kutseni jõudmine. Kutse taotlejatele on antud juhised ettevalmistusega seotud kitsaskohtade kõrvaldamiseks, kuid seejärel on kutse andmise korda muudetud, kuid taotlejad on jäetud vahepeal muutunud korrast teavitamata. Puudustele kutse andmise korras ja kutsekomisjoni töös on tähelepanu juhtinud ka õiguskantsler Tervishoiu kutsenõukogule saadetud märgukirjas. Teadaolevalt on vähemalt ühel juhul teinud TTO tervishoiusüsteemis kaua aega tegutsenud psühholoogile ettepaneku tööleping lõpetada, kuna kutse olemasoluta ei ole tagatud psühholoogi osutatavate teenuste rahastamine haigekassast.

Eelnevast johtuvalt, võttes arvesse kutsega kliiniliste psühholoogide puudust Eestis ning lähtudes tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamise vajadusest, teeb Sotsiaalministeerium ettepaneku sätestada TTL-is tingimus, mille kohaselt rahastatakse kliinilise psühholoogi kutsega inimeste kõrval ka nende psühholoogide osutatavaid teenuseid, kel kliinilise psühholoogi kutse küll puudub, kuid kes on tervishoiusüsteemis pikka aega, st viimase seitsme aasta vältel vähemalt viis aastat tervishoiusüsteemis töötanud. Pikaajalise töötamise nõue täidab tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise eesmärki – on kaheldav, et eriarstiabis on saanud vähemalt viie aasta vältel tegutseda psühholoogid, kelle pakutav teenusekvaliteet ei vasta tavapäraselt nõutavale tasemele. Säte võimaldab tööandjail säilitada või taastada töösuhte psühholoogidega, kes on pikka aega tervishoiusüsteemis juba töötanud, kuid kelle ligipääs kutsele on olnud pikka aega takistatud.

Kuigi ettepanekuga ei sätestata sätte kehtivusele tähtaega, on säte kavandatud ajutisena. Kui kliinilise psühholoogi kutse andmise kord ja protseduurid tagavad taotlejate võrdse kohtlemise ning põhjendatud kaebuseid kutsekomisjoni töö kohta ei esitata, on võimalik säte sellisel kujul kehtetuks tunnistada ning toetuda kliinilise psühholoogi osutatavate teenuste rahastamisel edaspidi üksnes kehtiva kutsetunnistuse olemasolule.

Diskussioon

Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et lisaks on sotsiaalministeerium küsinud arvamust seotud erialaseltisidelt ning Eesti Haiglate Liidult. Eesti Psühholoogide Liit (EPL) ja Eesti Kliiniliste Psühholoogide Kutseliit (EKPK) esitasid oma esialgses arvamuses, et ei toeta ettepanekut, kuna kutsestandardit ei ole muudetud. Sotsiaalministeerium täpsustas selles osas üle Kutsekojaga ning sai kinnituse, et sotsiaalministeeriumi toodud argumendid rakendustingimuse muutmiseks on paikapidavad. Kuigi EPL ja EKPK ei toetanud ettepanekut, tegid nad muudatuse lisamiseks ettepaneku sõnastust veidi muuta - haigekassa võtab vastavate tervishoiuteenuste eest tasu maksmise kohustuse üle, kui teenust osutab isik, kes on Eesti eriarstiabi osutaja juures töötanud viimase 7 aasta jooksul vähemalt 5 aastat psühholoogi ametikohal. Antud ettepanekuga on nõus ka psühhiaatrie erialaselt. Sotsiaalministeeriumi esindaja pööras tähelepanu, et see oleks ajutine lahendus. Kui küsimuskohad seoses kutsestandardi väljastamisega lahenevad, eemaldatakse tingimus loetelust.

Tõstatus küsimus, millist koormust eeldatakse eelnevate aastate töökogemusele. Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et eeldatavalt peaks olema suurema osa oma tööajast teenust osutamas raviasutuses, kuid täpselt ei ole seda hetkel lahti kirjeldatud. Loetellu lisamisel on võimalik seda täpsustada eelnõu seletuskirjas. Komisjon tõi esile, et aktsepteeritav miinimum koormus ei tohiks olla alla 50%.

Psühhiaatria eriala nõunik tõi esile, et rakendussätte muutmine on vajalik ning on seotud ca 30-40 pikaajase kogemusega spetsialistiga üle Eesti. Tingimus, et 7 aasta jooksul on vähemalt 5 aastat psühholoogi ametikohal töötatud, tagab vajaliku pädevuse.

Komisjon pööras tähelepanu, et rakendussäte tuleks piiritleda tähtajaga, mis motiveeriks lahendama kutsestandardiga seotud küsimuskohad võimalikult kiiresti. Komisjoni hinnangul ei tohiks olla tähtaeg pikem kui 3 aastat. Samuti tuleks eelnõu seletuskirjas välja tuua, miks rakendustingimuse lisamine on antud hetkel vajalik. Toodi esile, et muudatus on vajalik kriitilise tööjõu puuduse tõttu. Tuleviku perspektiivis on lootust tööjõu puuduse leevenemisele, kui lahenevad kutsestandardi taotlemise küsimuskohad ning lisanduvad uued koolitatud kliinilised psühholoogid, kuna vajaliku lisa-aasta koolituse rahastus on riiklikult lahendatud.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab ettepaneku rahuldamist eeldusel, et rakendustingimus lisatakse tähtajaliselt ning eelnevate aastate töökogemuse arvestamisel võetakse arvesse ka töökoormust, st määratletakse arvestatava koormuse miinimum.

5. Kaugteraapia – kliinilised psühholoogid, tegevusteraapia

Tugispetsialistide (füsioterapeut, logopeed, kliiniline psühholoog ja tegevusteraapeut) kaugteraapiad olid võimaldatud eriolukorra ajal. Selleks, et viia kaugteraapiad loetellu ka tavaolukorras, on haigekassa

tellinud eelanalüüsid vastava eriala seltsidelt ning samuti palunud neil oma liikmete hulgas läbi viia küsitlus kaugteenuste osutamise kogemuse kohta eriolukorra ajal. Eelneval koosolekul olid arutlusel füsioteraapia ja logopeedi kaugteenused. Täna on valminud eelanalüüs ka kliiniliste psühholoogide poolt. Lähtuvalt kogutud informatsioonist on antud eriala osas koostatud ettepanekud kaugteenuste rakendustingimuste kohta, mida on arutatud juba ka koos vastava eriala seltsiga.

Kuna tegevusteraapias on eelanalüüs veel valmimisel, võeti tegevusteraapia puhul rakendustingimuste koostamisel aluseks füsioteraapia kui sarnase eriala rakendustingimused. Rakendustingimused on saadetud erialaseltsile kooskõlastamiseks.

Kontaktteraapia teenused, mille puhul võimaldatakse teenust osutada ka kaugteel, st luuakse vastavad kaugteraapia teenusekoodid, on järgmised:

- 1) Psühhoteraapia
 - Kaugpsühhoteraapia seanss ühele haigele
 - Kaugpsühhoteraapia seanss ühele haigele grupis (grupis kaks kuni kaheksa haiget)
 - Kaugpsühhoteraapia seanss perele
 - Kliinilise psühholoogi kaugvastuvõtt eriarsti suunamisel
- 2) Tegevusteraapia
 - Kaugtegevusteraapia individuaalne (kestus 30 min)
 - Kaugtegevusteraapia 2-3 haigele samal ajal (kestus 30 min)

Kaugpsühhoteraapia rakendustingimused on järgmised:

1. Kaugpsühhoteraapia on teraapia, mis toimub vahetu kontaktita, kasutades turvalist videoühendust.

Kliinilise psühholoogi kaugvastuvõtt on vastuvõtt, mis toimub vahetu kontaktita, kasutades turvalist info- ja kommunikatsioonitehnoloogia lahendust. (Võimalik kasutada videoühendust, telefoni või veebivestlust.)

2. Kaugpsühhoteraapiat/ kliinilise psühholoogi kaugvastuvõttu rakendatakse eriarsti suunamisel.
3. Kaugpsühhoteraapiat/ kliinilise psühholoogi kaugvastuvõttu rakendatakse järgmistel tingimustel:

- 1) võrreldes kontaktpsühhoteraapia/ kliinilise psühholoogi kontaktvastuvõtuga tervishoiuteenuse kvaliteet säilib või paraneb;

- 2) kaugpsühhoteraapia/ kliinilise psühholoogi kaugvastuvõtu sobivuse konkreetse patsiendi terviseprobleemi käsitlemisel otsustab teraapiat osutav/vastuvõttu läbi viiv kliiniline psühholoog (kaugteraapia korral ka teraapiat osutav tervishoiutöötaja) või kaugteenusele suunav eriarst, patsiendi tehnilist valmisolekut hindab tervishoiuteenuse osutaja;

- 3) kaugpsühhoteraapia/ kliinilise psühholoogi kaugvastuvõtt toimub patsiendi nõusolekul, mis on dokumenteeritud;

- 4) kaugpsühhoteraapia/ kliinilise psühholoogi kaugvastuvõtt toimub kokkulepitud ajal ja viisil, sünkroonse suhtlusena;

- 5) kaugpsühhoteraapiaks/ kliinilise psühholoogi kaugvastuvõtuks kasutatav info- ja kommunikatsioonitehnoloogia lahendus ja selle kasutamine vastavad õigusaktides (sh isikuandmete kaitse seadus, isikuandmete kaitse üldmäärus) sätestatud põhimõtetele;

- 6) patsiendi isiku tuvastamise eest vastutab tervishoiuteenuse osutaja.

4. Kaugpsühhoteraapiat/ kliinilise psühholoogi kaugvastuvõttu ei rakendata järgmistel juhtudel:

- 1) teraapia-/vastuvõtuga kokkuleppimisel, muutmisel või tühistamisel;

- 2) materjalide edastamisel.

5. Kaugpsühhoteraapiat/ kliinilise psühholoogi kaugvastuvõttu koode ei rakendata koos vastavate kontaktpsühhoteraapia/ kliinilise psühholoogi kaugvastuvõtu koodidega.

Kaugtegevusteraapia rakendustingimused on järgmised:

1. Kaugtegevusteraapia on teraapia, mis toimub vahetu kontaktita, kasutades turvalist videoühendust.

2. Kaugtegevusteraapiat rakendatakse eriarsti suunamisel, kui patsient pöörduv sama terviseseisundiga selle spetsialisti teraapiale korduvalt.

3. Kaugteraapiat rakendatakse järgmistel tingimustel:

- 1) võrreldes kontaktteraapiaga tervishoiuteenuse kvaliteet säilib või paraneb;

- 2) kaugtegevusteraapia sobivuse konkreetse patsiendi terviseprobleemi käsitlemisel otsustab teraapiat osutav spetsialist, patsiendi tehnilist valmisolekut hindab tervishoiuteenuse osutaja;
 - kaugpsühhoteraapia/ kliinilise psühholoogi kaugvastuvõtu sobivuse konkreetse patsiendi terviseprobleemi käsitlemisel otsustab teraapiat osutav/vastuvõttu läbi viiv kliiniline psühholoog (kaugteraapia korral ka teraapiat osutav tervishoiutöötaja) või kaugteenusele suunav eriarst, patsiendi tehnilist valmisolekut hindab tervishoiuteenuse osutaja;
 - 3) kaugteraapia toimub patsiendi nõusolekul, mis on dokumenteeritud;
 - 4) kaugteraapia toimub kokkulepitud ajal ja viisil, sünkroonse suhtlusena;
 - 5) kaugteraapiaks kasutatakse info- ja kommunikatsioonitehnoloogia lahendus ja selle kasutamine vastavad õigusaktides (sh isikuandmete kaitse seadus, isikuandmete kaitse üldmäärus) sätestatud põhimõtetele;
 - 6) patsiendi isiku tuvastamise eest vastutab tervishoiuteenuse osutaja.
4. Kaugteraapiat ei rakendata järgmistel juhtudel:
 - 1) teraapiaaja kokkuleppimisel, muutmisel või tühistamisel;
 - 2) materjalide edastamisel.
5. Kaugteraapia koode ei rakendata koos vastavate kontaktteraapia koodidega.

Kaugteenuste korral rakenduvad ka vastavate olemasolevate kontaktteenuste rakendustingimused. Lisaks on erialaseltsidega olnud arutlusel, et nad koostavad oma eriala kaugteraapia juhendmaterjali, mis võiksid valmida hiljemalt novembri lõpuks.

Diskussioon

Haigekassa esindaja tõi esile, et kaugpsühhoteraapia rakendustingimuste puhul on paar erinevust võrreldes teiste kaugteraapiatega – kliinilise psühholoogi kaugvastuvõttu võib sarnaselt arsti, õe või ämmaemanda vastuvõtule läbi viia video, telefoni või veebivestluse vahendusel; kliinilise psühholoogi vastuvõtule ja kaugpsühhoteraapia korral võib eriarst suunata kohe kaugteenusele sarnaselt õe kaugvastuvõtule suunamisel, esmane ei pea olema kontaktteenus ning sellisel juhul hindab patsiendi sobivust kaugteenuse osutamise osas teenusele suunav eriarst. Lisaks tõi haigekassa esindaja esile, et erialaseltsid olid rakendustingimustega nõus, kuid psühhiaatrite selts tegi ettepaneku, et ka psühhoteraapia kaugteenust võiks lubada läbi viia lisaks videole ka telefoni teel. Lähtuvalt eelanalüüsist on telefoniteraapia tõenduspõhisus nõrk võrreldes videoterapiaga, mistõttu on haigekassa tõstatanud murekohana teenuse kvaliteedi säilimise.

Toodi esile, et tulenevalt inimeste erinevast võimekusest välistab telefoni mittelubamine teatud sihtgrupid ja seda eelkõige äärealadel, seega piiraks kättesaadavust. Psühhoteraapia on pikaajaline ja tihti üsna sagedaste intervallidega ning kliinilised psühholoogid paiknevad enamasti suuremates keskustes, see lisab suure ajalise ja ressursilise koormuse maapiirkondades paiknevatele patsientidele. Arutlusel oli, et kuna hea kvaliteediga kaugteenuse osutamine eeldab head ravisuhet patsiendiga, siis võiks kaaluda ka kaugpsühhoteraapia korral esmasena kontaktteraapia tingimust. Toodi esile, et telefoniteraapia osas on andmeid vähe ja tõenduspõhisus nõrk, kuna seda ei ole väga uuritud.

Tõstatus küsimus, kuidas on planeeritud teistel teraapia erialadel telefoni kasutus. Teistel kaugteraapiatel on planeeritud lubada kaugteenuse osutamist ainult video vahendusel. Pöörati tähelepanu, et telefoni kasutamisel tõstatub samuti patsiendi identifitseerimise küsimus. Toodi esile, et esmane kontaktvisiit leevendab telefoni teel identifitseerimise küsimust. Toodi esile, et esmane kontakt telefoni teel ei ole hea praktika. Haigekassa esindaja pööras tähelepanu, et õdede kaugvastuvõtu korral on lubatud ka esmane kaugvastuvõtuna. Toodi esile, et kuna õde töötab arstiga meeskonnas, on ta tegelikult patsiendiga varasemalt kokku puutunud ja otseselt ei oleks tegemist esmase kontaktiga. Haigekassa esindaja selgitas, et kliinilise psühholoogi kaugvastuvõtule või kaugpsühhoteraapia suunamisel oleks loogika sama, mis õdede puhul, et eriarst on patsiendiga eelnevalt kohtunud ja kaugteenusele suunamise sobivuse hinnanud.

Toodi esile, et eriolukorras kasutati kaugpsühhoteraapia osutamiseks enamasti telefoni. Isegi, kui teenuse osutajal olid vajalikud vahendid videoühenduse loomiseks olemas, ei pruukinud seda olla

patsientidel. Pöörati tähelepanu, et olulise selektsiooni teevad ära ka patsiendid ise, sest kõik patsiendid ei ole huvitatud teenuseid saama kaugteel. Toodi esile, et telefoni võimaldamise korral kaugpsühhoteraapia osutamisel tuleks selle rakendumist mingi aja möödudes auditeerida.

Arutlusel oli, et komisjon ei määratleks ise tingimusi, vaid erialaseltsiga lepitakse kokku, millised tingimused lisatakse loetellu ning muus osas koostab erialaselts kaugteenuste osutamise hea tava juhendi, mis vähendaks riske kaugteenuste osutamisel. Haigekassa esindaja selgitas, et kõikide tugispetsialistide erialaseltsidega on arutatud oma eriala kaugteraapia teenustele juhendmaterjali koostamise osas. Täiendavalt tõstatus küsimus, kas eriarsti suunamisel tähendab, et kaugteraapiatele võib suunata ka perearst. Haigekassa esindaja kinnitas, et perearst kuulub eriarstide hulka, mis tähendab, et võib samuti teraapiale suunata.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab kaugpsühhoteraapia ja kaugtegevusteraapia teenuste lisamist loetellu. Rakendustingimuste detailid lepitakse kokku erialaseltsidega.

6. Muud teemad

Eelneval koosolekul tõstas komisjon küsimuse seoses kaugfüsioteraapias grupi maksimumsuuruse määratlemisega. Erialaseltsi tagasiside oli, et grupi suuruse määratlemist ei peeta vajalikuks ning erialaselts plaanib kaugfüsioteraapia grupis hea tava lahti kirjutada eriala juhendmaterjalis. Komisjon nõustub, et grupi suurust ei ole vaja ära määratleda.