

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

07.04.2021

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.30

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)
Agris Koppel (Sotsiaalministeerium)
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)

Kirjalik arvamus: Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

Puudusid: Kaidi Usin (Terviseamet)
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)

Kutsutud: Külli Friedemann (Eesti Haigekassa)
Made Bambus (Eesti Haigekassa)
Kadri Jakoobi (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. Eriõe vastuvõtt
2. 01.04.2021 TTL muudatused
3. Geenitestid kasvajate ravivalikutes

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1335	Levinud mitteväikerakk-kopsuvähi molekulaarne profileerimine
1395	Kasvaja molekulaarne profileerimine raviperspektiivsel patsiendil

4. Eriarsti esmane ja korduv vastuvõtt

1. Eriõe vastuvõtt

Sotsiaalministeerium tegi ettepaneku võtta koosolekul uuesti arutlusele eriõe vastuvõtu teema. Sotsiaalministeeriumi ettepanek on lisada eriõe teenus loetellu esimesel võimalusel. Sotsiaalministeerium selgitas, et eriõe teenust on käsitletud tervikliku tervishoiupoliitilise otsuse ühe osana, mille eesmärk on õendusteenuste arendamine Eestis. Ette on valmistatud tervishoiukorralduse seaduse muudatus, mille raames on plaanis laiendada ka eriõdede õigusi (sh retsepti väljastamise õigus). Eriõe teenuse lisamine oleks osa tervikliku lahenduse loomisest täiendavalt teistele teemaga seotud seaduse muudatustele. Teenuse lisamine annab võimaluse raviasutustes olemasolevaid praktikaid seadustada ja vajalikke muudatusi sisse viia. Muudatusel on suur mõju tervishoiusüsteemile ja -korraldusele. Hinnatav finantsmõju ei ole kõrge, kuna vähesed haiglad on valmis ja võimelised seda teenust lähiajal rakendama. Teenuse lisamisel on võimalik reaalelus hinnata teenuse sisu, sh leppida kokku tulemusmõõdikud. Eriõe teenuse lisamine toetab ka eriarsti vastuvõtu teenuste osas toimunud arutelusid – vastutuste ja õiguste ümber jaotamine ravimeeskonnas.

Komisjoni arvamuse kujundamise hetkeks lahkusid Gerli Liivet ja Agris Koppel koosolekult.

Diskussioon ja komisjoni arvamus

Komisjon on nõus, et õe rolli suurendamine süsteemis on vajalik. Komisjon tegi varasemalt ettepaneku viia läbi pilootprojekt ühel erialal, mille kaudu defineerida ära eriõe teenuse sisu ja saada aru, kuidas jaguneksid ülesanded/vastutused ravimeeskonnas ning kas arstkond on valmis töökorralduslikuks muudatuseks. Komisjon otsustas oma eelnevat soovitus 10. veebruarist 2021 mitte muuta. Komisjon jääb arvamusele, et teenuse sisse viimisele eelnevalt tuleks ära defineerida teenuse sisu ja rakendustingimused ning saada aru, mille poolt erineb uus teenus olemasolevast õe iseseisvast vastuvõtust. Vastavatesse aruteludesse tuleks kaasata ka arstkond ja raviasutused (nt kvaliteedijuhid). Selleks, et teenuse lisamisega kaasneks efektiivsus, oleks vajalik töökorralduse osas kokkulepped arstkonnapoolsest ja raviasutustest. Risk on, et ilma eelnevate kokkulepeteta lisandub eriõe vastuvõtt teistele vastuvõttudele ja süsteemis korralduslikku muutust ei toimu, mis omakorda võib tähendada finantsilist riski.

Eriõe definitsiooni osas tõstatas küsimus, kas eriõe definitsioon katab ära ka need õed, kes on aastate jooksul raviasutuses töötades omandanud ühe eriala spetsiifilise pädevuse. Võib tekkida ebavõrdne olukord, kus pika kogemusega õele ei laiene täiendavad õigused, kuigi sisult on neil pädevus olemas.

Komisjon pööras tähelepanu, et komisjon on haigekassa juhatusele nõuandva õigusega organ. Haigekassa juhatusel on õigus teha otsuseid komisjoni arvamusest sõltumatu.

2. 01.04.2021 TTL muudatused

a) Muudatused perearstiabis

Baasrahasse lisati veebiregistratuuri liidestamiseks ja toimimiseks vajalik ressurs, seoses vajadusega tagada esmasena SARS-Covid 19 vastase vaksineerimisprotsessi sujuvamaks töökorralduseks kõikides perearstikeskustes. Juba 37 perearstikeskust on selle kasutusele võtnud ja üle 100 nimistu on digiregistratuuriga liidestatud.

Terviseameti ettepanekul muudeti alustavate tervisekeskuste eest tasumise põhimõtteid. Muudatus puudutab alustavaid keskusi, kus on tagatud lisanduvate põhiteenuste (koduõendusteenuse, ämmaemandus teenuse ja füsioteraapia teenuse osutamine), täidetud ruuminõuded ja muud tervisekeskusele seatud nõuded, kuid ei ole võimalik olnud kaasata keskusse kolmas nimistu. Muudatus tagab alustava tervisekeskuse rahastamise. Kahe nimistuga tervisekeskust rahastatakse sarnaselt minimaalselt nõudeid täitnud kolme nimistuga tervisekeskusega. Kahe nimistuga tervisekeskusele kehtivad järgmised tingimused:

1. Ühe nimistu juures töötab lisaks vähemalt üldarsti pädevusega arst
2. Tervisekeskust teenindab minimaalselt 5 õde
3. Tagatud on ämmaemandusteenuse, füsioteraapiateenuse ja koduõendusteenuse osutamine

Tagatud kõik muud tervisekeskusele (va kolmas nimistu) seatud tingimuste täitmine.

Loetelust eemaldati perearsti või ämmaemanda poolt normaalse raseduse jälgimise laboriuuringute teenused, sest nende laboriuuringute eristav kodeerimine on minetanud vajaduse, vastavate laboriuuringute eest tasutakse uuringufondist.

b) Muudatused koolitervishoius

Nüüdisajastati teenuste piirhinda ühe õpilase kohta ühes kalendrikuus. Lisati vahenditesse ambukott ja lähedale nägemise kaart, samuti korrigeeriti teenusehindasid vastavalt tegelikkusele.

c) Muudatused eriarstiabis

Lisati jäseme või lüüsimba koonuskimp-kompuutertomograafia teenus. Uuendati uroloogia teenuste, diagnoosipõhiste kompleksteenuste (DRG), isikukaitsevahendite ja kõhimisaparaadi kodukasutuse piirhinda.

d) Muudatused ravimiteenuses

Haigekassa nõukogu ettepanekust lisati loetellu COVID-19 infektsiooni spetsiifiline ravim remdesiviir. Immuniseerimiskomisjoni ettepanekul lisati loetellu pneumo- ja meningokokkinfektsiooni vaktsiinid riskirühmade vaktsineerimiseks. Pooles ulatuses finantseeritakse lisanduvate teenustega seotud kulu säästu arvelt, mille saavutasime eduka nelja haigla bioloogiliste ravimite ühishankega.

Diskussioon

Komisjonil tõstatus küsimus, kas midagi jäi ka loetellu hetkel lisamata, mida komisjonis juba käsitletud on. Haigekassa esindaja selgitas, et 10. veebruaril komisjoni koosolekul arutlusel olnud ambulatoorsete kirurgiliste operatsioonide loetelu määratlemist Eesti Haiglate Liidu (EHL) soovitusel hetkel TTL-i sisse ei viidud. Põhjenduseks on selge definitsiooni puudumine, mis on ambulatoorne kirurgia ja mis on päevakirurgia. Hetkel on need defineeritud ajalise mõõdikuga – kestus alla või üle 4 tunni. Tõstatus küsimus, kas määratlemine võiks toimuda narkoosi kasutamise vajaduse kaudu. Selgitati, et selleni võidakse tulevikus jõuda, kuid eelnevalt on vajalikud sisulised arutelud ja kokkulepped, kuidas eristada ambulatoorset kirurgiat ja päevakirurgiat. Eelnevalt toimunud arutelud põhinesid olemasoleval definitsioonil, mis on seotud ajalise kestusega. Tulenevalt EHL-i ettepanekust on otsustatud minna algusesse ja esmalt kokku leppida sisuline definitsioon.

3. Geenitestid kasvajate ravivalikutes

Taotlused 1335 ja 1395 on varasemalt komisjonis arutlusel olnud 20.02.2020. Tol korral tegi komisjon ettepaneku tellida TÜ-lt tervisetehnoloogia hindamine (paneeltestide efektiivsuse ja kuluefektiivsuse analüüs).

Taotlus nr 1335 – Levinud mitteväikerakk-kopsuvähi molekulaarne profileerimine

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Onkoterapia Ühing

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada loetellu FoundationOne CDx (F1CDx) ja FoundationOne Liquid (F1Liquid) paneeltestid kliiniliselt oluliste geenimutatsioonide üheaegseks määramiseks levinud mitteväikerakk-kopsuvähi (MVRKV) adenokartsinoomiga patsientidel. F1CDx paneeltest (uuritav materjal on kasvajakude) on järgmise põlvkonna sekveneerimise meetodil põhinev in vitro diagnostiline vahend, mis võimaldab määrata geenimuutusi taastekkinud, lokaalselt levinud või metastaseerunud IV st soliidtuumorite (MVRKV, kolorektaalvähk, rinnavähk, munasarjavähk ja melanoom) korral. F1Liquid paneeltest (uuritav materjal on perifeerne veri) on mõeldud geenimuutuste määramiseks kasvajakudest eraldunud perifeerses veres tsirkuleerivast DNA-st.

Alternatiiv: Eestis on võimalik testida EGFR geeni mutatsioone (kood 66610x6), ALK fusioone (kood 66637), KRAS, NRAS, BRAF mutatsioone (kood 66618) ning valmidus testida ROS1 ümberkorraldusi ja MET amplifikatsioone. See nõuab erinevate meetodikate (real-time-PCR, FISH-analüüs, immunohistoloogiline uuring) kasutamist.

Taotlus nr 1395 – Kasvaja molekulaarne profileerimine raviperspektiivsel patsiendil

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Kliiniliste Onkoloogide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada loetellu kaugelearenenud kasvaja kompleksne genoomi analüüs (molekulaarne profileerimine) raviperspektiivsel patsiendil sõltumata vähi paikmest. Loetellu lisamist taotletakse FoundationOne CDx, FoundationOne Liquid ja FoundationOne Heme testidele. Antud testid võimaldavad ühest koeproovist määrata kõikides pahaloomulise kasvajaga seotud geenides enamlevinud 324 mutatsiooni tüüpi.

2020. aasta lõpus teavitas taotleja haigekassat, et ei soovi 2021. aastal taotluse menetlust jätkata.

Tervisetehnoloogia hindamise raport TTH50

https://tervis.ut.ee/sites/default/files/tervis/tth50_geenitestid_w.pdf

Geenitestide efektiivsuse kohta tõendus põhise informatsiooni saamiseks toetuti soovitudele rahvusvahelistes ravijuhendites. Seda põhjusel, et geenitestid on diagnostilised vahendid, mis võetakse kasutusele tootja ja kasutaja vastutusel ning konkreetsete geenitestide efektiivsuse ega kulutõhususe kohta ei ole avalikus teaduskirjanduses informatsiooni, mille alusel neid omavahel võrrelda. Euroopa Meditsiinilise Onkoloogia Seltsi (ingl European Society for Medical Oncology, ESMO) ja Ameerika Ühendriikide (USA) National Comprehensive Cancer Networki (NCCN) ravijuhendite läbitöötamisel selgus, et soliidtuumorite korral on paneeltestid eelkõige näidustatud kaugelearenenud haigusega patsientidel, kellel muud ravivalikud on ammendunud ja kelle üldseisund võimaldab taluda edasist ravi. Ravijuhendites soovitatakse eelistada paneeltestide üksiktestide järjestikusele rakendamisele mitteväikerakk-kopsuvähi (MVRKV), ägeda müeloidleukeemia ja müelofibroosi korral. Lisaks soovitatakse kasutada paneeltestide tänu paremale tundlikkusele kroonilise müeloidleukeemia ja kroonilise lümfotsüütöõleukeemia korral ning BRCA mutatsiooni määramiseks eesnäärme- ja munasarjavähi korral. Seda tingimusel, et paneeltestid katab kõik asjakohased mutatsioonid ja teste hinnatakse laboris, mis osaleb pidevalt testimiskvaliteedi tagamise välis hindamise süsteemis. Ravijuhendite soovitude järgi on paneeltestid sobiv alternatiiv üksiktestidele, kui nende kasutamisega ei kaasne lisakulusid, järgmistel juhtudel: MVRKV, jämesoolevähi, kolongiokartsinoomi, munasarjavähi, eesnäärmevähi, teadmata algkoldega kasvajate, sarkoomide, ägeda lümfoblastleukeemia, krooniliste müeloproliferatiivsete haiguste ning müelodüsplastiliste sündroomide korral, ammendunud ravivalikutega patsientidel ja BRCA mutatsioonide määramiseks.

Eestis on üksiktestide abil testimise üldine vajadus kaetud. Kommertsiaalsete paneeltestide üks eelistest võrreldes üksiktestidega on see, et koos testitulemustega antakse kaasa tõendus põhised ja nüüdisajastatud ravi- ja ravimisoovitused testi käigus leitud konkreetsete geenimuutuste põhjal ning

seada informatsiooni ei pea raviarst eraldi välja otsima. Ad hoc lahenduse leidmine ei pruugi ka õnnestuda. Lisaks on eelis, et kindlate paikmete (nt kops, eesnääre, ajukasvajad) puhul on kordusbiopsia võtmine või piisava koematerjali saamine üksiktestide tegemiseks raskendatud, kuid paneeltestist saab kõiki muutuseid määrata esmasest proovist. Kommertsiaalsete paneeltestide puudus on vastuse saabumise aeg. Keskmiselt saabub raport raviarstile kahe-kolme nädala pärast, samal ajal kui üksiktestide tulemused on teada päevadega ja PCR-kiirtestide korral isegi tundidega, mis toetab ajakriitilisi otsuseid. Lisaks võib vastuse saamise aega pikendada vajadus saata koeproov välismaale. Üksiktestide kasutamise korral on Eestis ühe MVRKV adenokartsinoomiga patsiendi täismahus geneetilise profileerimise kulu praeguse praktika alusel umbes 422 eurot ja ühe jämesoolekasvajaga patsiendi profileerimise kulu 487 eurot. Ühe EGFR-positiivse MVRKV leidmise kulu on hinnangute kohaselt 1876 eurot ja ühe ALK-positiivse MVRKV leidmise kulu 3815 eurot. Võrreldes üksiktestide kogumaksumusega on ühe patsiendi profileerimise kulu paneeltesti FoundationOne CDx abil 4–6 korda suurem ja Illumina TruSight Oncology 500 kasutamisel 2–3 korda suurem. Kui Eesti praeguselt praktikalt kopsuvähi ja jämesoolevähi geneetilisel profileerimisel minna üle testi FoundationOne CDx kasutamisele, kaasneks sellega lisakulu ravikindlustuse eelarvele 600 000 – 965 000 eurot mõlema paikme peale kokku, sh MVRKV paikme kohta on lisakulu 223 000 – 349 000 eurot. Illumina TruSight Oncology 500 kasutamisele üleminekuga kaasnev lisakulu oleks 258 000 – 366 000 eurot mõlema paikme kohta kokku.

Olemasoleva tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

F1CDx paneeltestide efektiivsuse ja kuluefektiivsuse küsimus on arutlusel olnud korduvalt. TÜ on tänaseks teostanud TTH F1 CDx geenitestide hindamiseks mitteväikerakk-kopsuvähi (MVRKV) ja jämesoolevähi ravivalikutes. Kuna taotleja on taotluse nr 1395 tagasi võtnud, käsitleme ainult paneeltesti mitteväikerakk-kopsuvähi ravivalikutes.

Kokkuvõttes olukord muutunud ei ole. On selge, et biomarkerite testimine on kasvajat käsitluses vajalik. Täna tehakse testimist ühekordsete testidega, mis määravad vaid ühte kindlat mutatsiooni. Nende asendamiseks on paneeltest, mis määrab >300 mutatsiooni ning on kiire ja mugav. Koeproovil põhinev test on ilmselt tundlikum kui plasmapõhine, mistõttu see oleks esimene valik.

TTH raporti autorite väitel sisuliselt puuduvad teadusuuringud geenitestide efektiivsuse ja kulutõhususe kohta, kuna neid on tavapraktikas raske ellu viia. Hinnangus tuginetakse rahvusvahelistele ravijuhistele (ESMO ja NCCN), mis on antud valdkonnas valdavalt kogemuspõhised. Euroopa ja Ühendriikide ravijuhised soovivad paneeltesti kaugelearenenud MVRKV patsientidel, kellel muud ravivalikud on ammendunud ja kelle üldseisund võimaldab taluda edasist ravi. Näiteks ESMO 2019 juhised ütlevad, et molekulaarbioloogiliseks testimiseks tuleb määrata erinevate mutatsioonide staatus (eeskätt EGFR, ALK, ROS1, BRAF600). Testi ei täpsustatud. Juhul kui võimalik, tuleks eelistada paneeli ([III, A]). ESMO juhised näitavad, et paneeltestid on muutumas standardiks, kuna nende abil on võimalik leida uusi haruldasemaid mutatsioone ja on näidatud, et vastavate leidude alusel on muudetud ravitaktikat. Ameerika NCCN käsitlusjuhised soovivad laiemat paneeli just eeltoodud põhjustel. Mõlemad juhised soovivad paneeltesti üksiktestide alternatiivina võimalusel.

Samas selgub, et Eesti kolme suurema vähikeskuse (Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum ja Ida-Tallinna Keskhaigla) andmetel on kopsuvähi (135 patsienti) testimise vajadus üksiktestide abil Eestis kaetud.

Üksiktestide kasutamise korral on Eestis ühe MVRKV adenokartsinoomiga patsiendi täismahus geneetilise profileerimise kulu praeguse praktika alusel hinnangute kohaselt 422 eurot. Ühe EGFR-positiivse MVRKV leidmise kulu on hinnangute kohaselt 1876 eurot ja ühe ALK-positiivse MVRKV leidmise kulu 3815 eurot. Võrreldes üksiktestide kogumaksumusega on ühe patsiendi profileerimise kulud F1 CDx paneeltesti abil 4–6 korda suuremad ja Illumina TruSight Oncology 500 paneeltesti kasutamisel 2–3 korda suuremad. Kui minna Eesti praeguselt kopsuvähi geneetilise profileerimise praktikalt üle F1 CDx testi kasutamisele, kaasneks sellega lisakulu ravikindlustuse eelarvele suurusjärgus 223 000 – 348 000 eurot, Illumina TruSight Oncology 500 kasutamisele üleminekuga

kaasnev lisakulu oleks 97 000 - 136 000 eurot. Saame aru, et Illumina TruSight täidab kopsuvähi ravivalikutest ära sama funktsiooni mis F1 CDx.

Eesti praktikat arvestades on kõige tõenäolisem kasu paneeltestidest metastaseerunud MVRKV adenokartsinoomiga patsientidel, et ühel ajal määrata EGFRi, ALK, ROS1 ja NTRK muutuste esinemist, sest neile on olemas sihtmärkravimid, millel on Eestis müügiluba.

Diskussioon

Arutlusel oli, et kulutõhusust ei ole võimalik hinnata, kuna puuduvad uuringud võrdluses üksiktestidena. Paneeltestide eelisenä võrreldes üksiktestidega on esile toodud kiirus ja mugavus. Samas on paneeltestid 4-6 korda kallimad.

TTH raportile viidates toodi esile, et Illumina testid on hematoloogia erialal kasutusel. Tõstus küsimus, kas neid rahastatakse ravikindlustusest. Haigekassa esindaja selgitas, et vastavat spetsiifilist teenust loetellu lisatud ei ole, kuid võib oletada, et rahastamiseks kombineeritakse olemasolevaid testide koode.

Toodi esile, et taotluses on toodud FoundationOne testid, kuid kasutusel on ka Illumina testid, mis on odavamad. Arutlusel oli, kas lahenduseks oleks referentshinna rakendamine eeldusel, et testi funktsioon katab ära tänase vajaduse arvestades erinevate vähipaikmetega ja kompenseeritud ravimite valikut. Sellisel juhul ei oleks teenus seotud ühe konkreetse tootjaga. Samuti oleks sellisel juhul teenus võimalik tulevikus rakendada ka teiste vähipaikmete puhul.

Tõstus küsimus, mis on põhjuseks (lisaks mugavusele), et tahetakse üksikutelt testidelt üle minna paneeltestidele. Arutlusel oli, et üheks selgituseks võib olla, et paneeltesti jaoks on vajalik väiksem koeproovi kogus. Jääb lahtiseks, mis on hetkel paneeltestidest saadav kasu, arvestades, et MVRKV mutatsioonide määramiseks on olemas üksiktestid, mis on kordades odavamad. Arutlusel oli, et kui tulevikus lisandub mutatsioone ja sihtmärkravimeid, siis mingil hetkel mutatsioonide üksikhaaval määramine ei pruugi olla enam kulutõhus, kuid hetkel seda probleemi veel ei ole. Hetkel puudub tõendus põhine argument, miks lisada loetellu kallim alternatiivne teenus, mistõttu komisjon ei toeta taotluse rahuldamist.

Komisjoni arvamus

Komisjon ei toeta taotluse rahuldamist.

4. Eriarsti esmane ja korduv vastuvõtt

Teema on varasemalt arutlusel olnud 17.12.2020 ja 10.02.2021. Haigekassa esindaja selgitas, et eriarsti esmase ja korduva vastuvõtu eristamise küsimus on tõstatunud lähtuvalt erinevate erialaseltside pöördumistest. Nimelt on hetkel kehtiv rakendustingimus, mille alusel eristatakse esmast ja korduvat vastuvõttu, liiga keeruline, kuna sisaldab kombinatsiooni ajast ja tervise seisundi muutumisest. Rakendustingimus tekitab palju küsimusi ja on tehtud ettepanekuid, et see võiks olla lihtsam. Samuti on olnud pöördumisi ettepanekuga pikendada vastuvõtu aega.

Haigekassa andis uuesti ülevaate erinevatest võimalikest lahendustest.

Võimalikud lähiajal rakendatavad töökorralduslikud muudatused:

- Esimene etapp: õde võiks edaspidi hakata näiteks krooniliste haigete korduvat retsepti välja kirjutama ning teatama patsiendile analüüsitulemusi.
- Teises etapis saab hakata kaasama eriõdesid (näiteks: diabeediõde, migreeniõde, *Sclerosis Multiplexi* õde, Parkinsoni õde) krooniliste haigete vastuvõttude tegemiseks, mis aitaks vähendada arstide töökoormust. Kui eriõde näeb, et patsiendi tervislik seisund on halvenenud/toimuvad ägenemised, siis suunab ta patsiendi edasi eriarsti juurde.
- Haigekassa 2019. a raviarvete kontrollist selgus, et esmase ja korduva vastuvõtu teenuseid ei kasutata alati õigesti. Koodide kasutamise lihtsamaks ja selgemaks muutmiseks teeb haigekassa ettepaneku muuta tingimus „Koodiga 3002 tähistatud tervishoiuteenuse piirhinda

rakendatakse juhul, kui patsient pöördub sama terviseseisundiga selle eriarsti vastuvõtule esimest korda või kui kroonilise haigusega patsiendi vastuvõtt on möödunud vähemalt üks aasta“ järgmiselt „Koodiga 3002 tähistatud tervishoiuteenuse piirhinda rakendatakse juhul, kui patsient pöördub selle eriarsti vastuvõtule esimest korda või kui patsiendi vastuvõtt on möödunud vähemalt üks aasta. Väljend „sama terviseseisundiga“ tekitab arstides segadust ning puudub selge ja ühtne arusaam, mida selle all mõeldakse.

Võimalikud pikemaajalised töökorralduslikud muudatused:

- Vajalik oleks saada näiteid heast töökorraldusest ning kindlasti on erialasid ja raviastutusi, kes oleksid huvitatud uue lahenduse väljatöötamisest. Haigekassa kohtus 2021. a jaanuaris toimunud koosolekul lepingupartneritega, et arutada, kuidas lühendada ortopeedia vastuvõttude järjekorda. Kohtumisel toodi välja, et eelkõige peaks tõusma ortopeedini jõudvate saatekirjade kvaliteet ning perearstidele oleks vajalik koostada juhend/koolitus, kus on selgelt välja toodud ortopeedile suunamise kriteeriumid. Teine mõte oli seotud patsiendi suunamise korraldusega ehk ortopeedile hakkaks pääsma ainult läbi e-konsultatsiooni (sarnane töökorraldus on praegu allergoloogia-immunoloogia ja hematoloogia erialal, praktiliselt toimib ka neuroloogia erialal).
- Samuti on haigekassal olnud mõte anda ortopeedia erialal raviastutustele vabad käed töökorralduse muutmiseks ning kui sellega kaasneb ravijärjekordade lühenemine ning haigekassa seatud kriteeriumite täitmine, siis saab asutus tulemustasu. Sellise võimalusega ei seata piire heade ideede rakendamisele ega surveata astutusi ühe ettepanekuga, vaid võimaldatakse luua lahendusi, mis toimivad just astutuse spetsiifikat arvestades.
- Üks mõte on kaasata kedagi näidisprojektide konkursilt ja piloteerida, kuidas saaks muuta töökorraldust efektiivsemaks.

Diskussioon

Komisjon leiab, et võiks liikuda lihtsustamise/ühtlustamise suunas. Toodi esile, et haigekassa poolt varasemalt pakutud rakendustingimuse lihtsustamine – terviseseisundi välja jätmine – ei sobi, kuna patsient võib sama arsti juurde sattuda erineva terviseseisundiga ja sellisel juhul ei saaks arvele märkida esmast vastuvõttu. Arutlusel oli kaks lahendusvarianti – esmast ja korduvat vastuvõttu ei eristata ja kehtib ainult üks kood või lühendada esmase vastuvõtu ajapõhist tingimust (2-3 kuu möödudes võib uuesti kodeerida esmast vastuvõttu). Arutlusel oli ka, kas oleks võimalik üle kanda sarnast lähenemist nagu on psühhiaatria erialal – aktiiv- ja toetusravi periood. Arvati, et aktiiv- ja toetusravi perioodi sisse toomine võib olukorra veelgi segasemaks teha, kuna sellisel juhul tuleks vastavad detailid igal erialal eraldi kokku leppida.

Arutlusel oli, et lihtsuse ja selguse mõttes oleks parem, kui kehtiks üks kood ning esmast ja korduvat vastuvõttu rahastamise seisukohalt ei eristata. Toodi esile, et ühe koodi rakendusele võtmine parandaks olukorda ka patsiendi jaoks, kuna osades raviastutustes võib olla arstidele surve osutada rohkem esmaseid vastuvõtte ja mitte niivõrd korduvaid, mis tekitab olukorra, kus patsient võib jääda lõpuni käsitlemata. Haigekassa esindaja tõi esile, et ühe koodi kasutusele võtmine on kõikidele osapooltele lihtsuse mõttes oluline, samas tuleb muudatuse sisse viimisel arvestada, et kaalutud keskmise hinnaga ühe koodi loomisest on raviastutuste ja erialade hulgas nii võitjaid kui kaotajaid. Samuti võib see mõjutada töökorraldust, nt kui ühel erialal on peamiselt esmased vastuvõttud ning graafikus on arvestatud ühe patsiendi kohta 25 minutit, kuid edaspidi peab planeerima 20 minutit. Lisaks toodi esile, et kollektiivlepingus on töökoormuse osas kokku lepitud esmase ja korduva vastuvõtu ajad ja tervishoiuteenuste osutajatel on seda raske tagada, kui rahastus ei toeta. Tervishoiuteenuse osutaja vaatest on statistika jaoks vajalik kasutada eraldi koode, et esmast ja korduvat vastuvõttu eristada.

Enne muudatuse tegemist tuleks osapooltega läbi rääkida ja mõelda, kuidas tõstatuvate probleemidega toime tulla. Oluline on eelnev õigeaegne teavitustöö, et kõik osapooled oleksid muudatusega kaasnevatest asjaoludest teadlikud. Toodi esile, et kui eriarsti vastuvõtu osas tehakse otsus, siis tuleks jälgida, et sarnaselt käsitletakse ka teisi vastuvõtte, nt ödede iseseisev vastuvõtt.

Arutlusel oli, kas esialgu teha muudatus uuesti esmast vastuvõttu kodeeritava aja lühendamise osas ning pikemas perspektiivis võtta eesmärgiks luua üks kood. Toodi esile, et kaks muudatust järjest võib segadust tekitav olla. Haigekassa esindaja pööras tähelepanu, et esmast vastuvõttu kodeeritava aja lühendamise puhul tuleb arvestada lisakuluga, kuna suureneb esmaste vastuvõttude arv ja esmase

vastuvõtu hind on kõrgem. Toodi esile, et kui eelnevalt teha esmast vastuvõttu kodeeritava aja lühendamise muudatus ning seejärel ühele koodile üleminek, siis suureneb ebavõrdsus erinevate erialade ja raviasutuste vahel veelgi.

Arutlusel oli, et esmase ja korduva vastuvõtu kodeerimise osas lahendusele jõudmine ei lahenda küsimust vastuvõtu kestuse osas. Paralleelselt oleks vajalik tegeleda sellega, kuidas on korraldatud töö ravimeeskonnas, et olemasolev ressurss oleks efektiivselt kasutatud, sh kaasatud tugisüsteemid. Esile toodi, et teemaga seoses tuleks arutada ka tulemustasu rakendamise võimalust, sh määratleda ära kvaliteedikriteeriumid, mille põhjal hinnata töökorralduse muutust ja selle mõju patsiendi käsitlusele. Haigekassa esindaja selgitas, et seisundi/eriala põhiselt on juba käimas pilootprojekte, mis samuti käsitlevad ravimeeskonna tööprotsesside ülevaatamist, nt insuldiravi patsiendi raviteekond, endoproteesimist vajava patsiendi raviteekond. Sotsiaalministeerium tõi teemaga seoses esile, et käimas on haiglavõrgu analüüsiprojekt, sh patsiendi käsitlus eriarsti vaatest. Seotud aruteludest võib tulla sisendit ka antud teemaga edasi töötamisel.

Komisjoni arvamus

Komisjoni ettepanek on arutada läbi Eesti Haiglate Liiduga ja erialaseltsidega, kas vastuvõttude korral ühele koodile üleminek on võimalik lahendus ning määratleda ära, millal muudatus võiks rakenduda. Lisaks tuleks tegeleda teemaga, kuidas ühe vastuvõtu raames saaks aega efektiivsemalt ja ratsionaalselt kasutada. Komisjon teeb ettepaneku, et haigekassa koostab tegevusplaani, kuidas ja millises ajaraamis mõlema teemaga edasi liigutakse. Tegevusplaani tutvustatakse komisjonile juuni koosolekul.