

MEMO

Kellele: Juhatusel
Kellelt: Partnerihalduse osakond
Pealkiri Ülevaade tervishoiuteenuste kättesaadavusest ja sellega seotud tegevustest
(05.09.2014 [dokumendi](#) uuendamine)
Kuupäev: 12.02.2016

Kokkuvõtte eesmärk on anda ülevaade tervishoiuteenuste kättesaadavusest Eestis 2015. aastal koos ravikindlustuse ja tervishoiusüsteemi tasemel eriarstiabi ravijärjekordade mõjutamise võimalustega ning haigekassa poolsete konkreetsete tegevustega.

Tervishoiuteenuste kättesaadavus on mitmetahuline mõiste sisaldades nii ajalist, geograafilist kui ka rahalist vaadet. Käesoleva memo esimeses osas on antud ülevaade tervishoiuteenuste ajalisest kättesaadavusest tuginedes ooteaegade andmetele, memo teises osas toodud tegevuskava hõlmab tervishoiuteenuste kättesaadavust terviklikus vaates.

Käesoleval aastal on perearstiabi kättesaadavus jätkuvalt väga hea. Eriarstiabi osas on arenguruumi eelkõige plaaniliste ambulatoorsete teenuste kättesaadavuse tagamisel. Ooteaegade lühendamiseks ei piisa rahalise ressursi lisamisest, pigem on vajalik rakendada mitmeid erinevaid meetmeid komplekselt. Haigekassa on need võimalused kaardistanud ja planeerinud konkreetsete tegevused 2016. aastaks kui ka tähtsustanud järgneva 4 aasta [arengukavas](#).

1 Tervishoiuteenuste plaanilise ravi ooteajad ravikindlustatutele 2015 aastal

1.1 Üldarstiabi

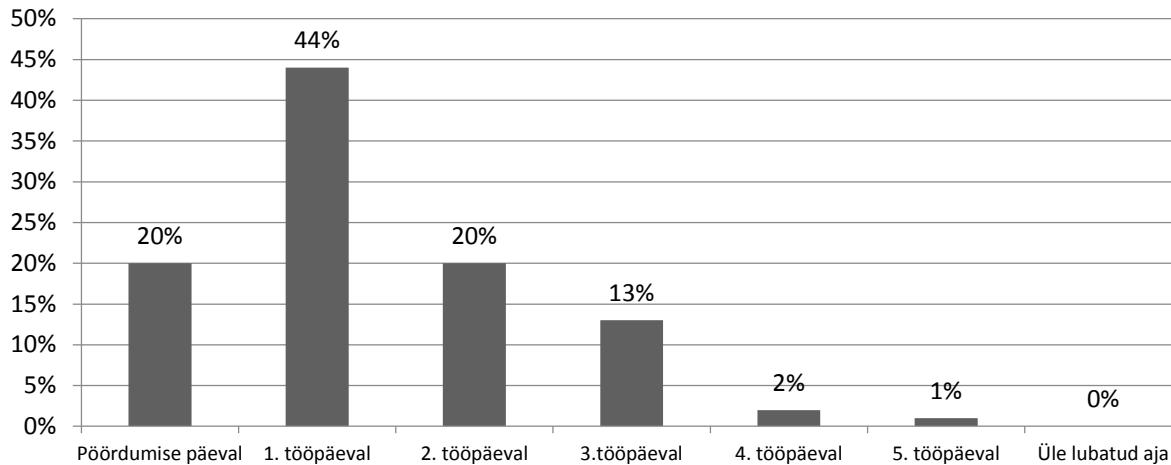
Haigekassa kontrollib¹ regulaarselt üldarstiabi kättesaadavust, st ooteaegu perearsti tööjuhendist lähtuvalt, mille kohaselt ägeda tervisehäirega² patsient peab pääsema vastuvõtule pöördumise päeval, teised patsiendid viie tööpäeva jooksul.

2015. aastal kontrollis haigekassa 270 nimistut, mis moodustab 34% kõigist nimistutest. Ägeda tervisehäirega patsientidest pääses perearsti vastuvõtule pöördumise päeval 99,6% (2014. a 100%).

Mitteägeda tervisehäirega pääses patsient 5 tööpäeva jooksul perearsti vastuvõtule 99% kontrollitud juhtudest (2014. a ka 99%), neist 3 tööpäeva jooksul 97%. Seega saab perearstiabi kättesaadavust pidada väga heaks.

¹ Üldarstiabi kättesaadavuse kontrolli viivad haigekassa usaldusarstid läbi perearstikeskuse külastusena, mis võimaldab saada kõige parema ülevaate tegelikust olukorrast ning annab ühtlasi võimaluse sisuliste probleemkohtade aruteluks ja lahenduste leidmiseks lähtuvalt külastatava perearsti olukorrast.

² Äge tervisehäire on seisund, mille puhul üldarstiabi osutamise edasi lükkamine võib põhjustada patsiendi tervise seisundi halvenemise või haiguse ägenemise.



Joonis 1. Mitteägeda terviseküsimumusega patsiendi pääs perearstile, 2015. aasta üldarstiabi kättesaadavuse kontrollide andmetel

Nimistute külastuste käigus arutab haigekassa perearstidega lisaks sisulisi teemasid, mis toetavad kvaliteetse perearstiabi arengut ning aitavad kaasa ka kättesaadavuse parandamisele. Käsitlevate küsimuste ring on lai ning sõltub konkreetsest perearstist. Peamised teemad on perearsti tulemused kvaliteedisüsteemis, uuringufondi kasutus, koostöö eriarstidega, e-konsultatsioon. Lisaks vastavalt piirkonna probleemidele arutatakse ka koolitervishoiu korralduse, sõeluuringute hõlmatuse, ravijuhendite kasutamise ja kättesaadavuse teemasid.

Uuringufondi kasutuse teemal vesteldi kõigis piirkondades. Alatäidetuks jäi uuringufond väiksematel nimistutel ja nimistutel kus on keskmisest rohkem lapsi. Paremini tulevad uuringufondi vahendite arvestamisega toime mitme nimistuga perearstikeskused.

Alates 2015. aastast lisandus perearstide rahastamisse **teraapiafond** mis on planeeritud lisavõimalusena patsientide psühholoogilisele ja logopeedilisele teenusele suunamiseks. Teraapiafondi suuruseks on 3% perearsti nimistu pearahaks arvestatud summast. Kohapealsete külastuste käigus selgitati perearstidele teraapiafondi olemust ja toimimise skeemi. Perearstidelt saadud tagasiside kohaselt ollakse raskustes patsiendi suunamisel planeertava teenuse mahu hindamisel, mistõttu on kartus vahendite hulka ületada. 2016. aastal lisandusid teraapiafondi ka füsioterapeutilised teenused, seega on jätkuvalt oluline perearste aktiivselt teraapiafondi küsimustes nõustada.

Perearstid on välja toonud, et neil on arenguruumi **koostöö osas eriarstidega**, hea tulemuse eelduseks on sageli isiklikud kontaktid, samas tervikliku patsiendikäsitluse ja ravi järjepidevuse tagamise jaoks ei ole see piisav. Probleemidena toodi välja, et endiselt esineb olukordi, kus eriarsti konsultatsiooni vastused ei jõua perearstideni (puudub ka info TISis), või saabuvad hilinemisega.

Perearstid kasutavad üha aktiivsemalt digitaalseid saatekirju. Valdavalt on tagasiside teenusele positiivne.

E-konsultatsiooni kasutatavalt perearstidelt samuti hea kogemus ning oodatakse uute erialade lisandumist.

Kokkuvõtte üldarstiabi kättesaadavusest 2015. aastal on avaldatud [haigekassa kodulehel](#).

1.2 Eriarstiabi, õendusabi ja hambaravi

Eriarstiabi, õendusabi ja hambaravi raviteenuste ooteaegade jälgimiseks esitavad raviasutused haigekassale regulaarselt ravijärjekordade aruandeid. Haiglavõrgu arengukava (HVA) haiglad esitavad igakuiselt ülevaate eriarstiabi plaaniliste ambulatoorsete vastuvõttude tegelikust ooteajast eelmisel kuul (tagasiulatav ravijärjekordade aruanne) ning etteulatava ravijärjekordade aruande – esimese kuupäeva

seisuga järjekordades ootavate vastuvõtude arv ning ooteaeg vaba vastuvõtuajani. Valikupartnerid esitavad kord kvartalis etteulatuva ravijärjekordade aruande.

Ravijärjekordi kontrollitakse regulaarselt ka kohapealsete külastuste käigus. 2015. aastal kontrollis haigekassa ravijärjekordade pidamise korraldust ja ravijärjekordade aruannetes esitatud andmeid 144 raviasutuses kohapealsete kontrollidega. Valdavas osas raviasutustes vastas ravijärjekordade pidamise korraldus lepingutingimustele.

Lisaks viib haigekassa kas kohapealsete kontrollide või haigekassa andmebaasi andmete alusel läbi HVA haiglate pikkade ooteaegade põhjalikuma kontrolli ja analüüsi. 2015. a sügisel teostati kahel pikema ooteajaga ambulatoorsel erialal (oftalmoloogia ja psühhiaatria) teenuste kasutuse ja ravijärjekordade analüüs. Nende kahe ambulatoorse erialal ravianalüüsi eesmärk oli saada teavet silmaarstile ja psühhiaatri vastuvõtule pöörduvate isikute saabumise viisist ja suunamistest. Lisaks analüüsiti patsientide vanust, diagnoose, teenuse osutajaid, enam osutatud tervishoiuteenused, ravijuhte ja kulu vanuse grupiti ning maakonniti. Analüüsis kasutati haigekassa andmebaasi 01.10.2014- 30.09.2015 andmeid.

Ambulatoorse oftalmoloogia analüüsi tulemused näitasid, et enamuse patsientidest tuleb silmaarsti vastuvõtule ise või on tegemist tagasikutsega. Teiste eriarstide poolt suunamisi oli 7% ja perearstide suunamisi oli ainult 0,6%. Eriarstide poolt vastuvõtule suunatud patsientide osakaal on suurem piirkondlikes ja keskhaiglates vastuvõtule pöördunud isikutest.

Pooled silmaarstile pöördunud isikutest olid 19–60-aastased, samas ravijuhtude arv ja kogusumma oli vastavas vanusegrupis ligi kolmandik. Ligi veerand isikutest olid üle 60-aastased, selle grupi ravijuhtude arv ja summa moodustasid kõikidest raviarvetest aga 60%.

Ambulatoorse oftalmoloogia ravijuhtudest 41% osutasid valikupartnerid, 59% haiglavõrgu arengukava haiglad.

Silmaarstile pöördutakse 83% juhtudest silma- ja silmamanuste haigustega (RKH-10 järgi kuuluvad H00-H59 alla). Ligi veerand kogu silmahaiguste ravijuhtudest ja kulust on seotud glaukoomi haigestumisega. 11% ravijuhtudest olid Z diagnoosiga (Z00-Z99 tervise seisundit mõjustavad tegurid ja kontaktid tervise teenistusega). Enam esinenud Z diagnoosid nooremates vanusegruppides olid valdavalt profülaktilised läbivaatused nägemisteravuse mõõtmiseks.

Ambulatoorse psühhiaatria analüüsi tulemused näitasid, et enamus patsiente pöördub psühhiaatri vastuvõtule samuti ise või oli tegemist tagasikutsega. Teiste eriarstide poolt suunamisi psühhiaatria ambulatoorsele ravile on madal (6% suunamisi üldhaiglatesse ja 1% keskhaiglatesse).

Perearstide suunamisi veelgi vähem (2,5% suunamiste koguarvust valikupartnerite juurde ja 0,5% keskhaiglatesse). Perearstid suunasid patsiente psühhiaatri vastuvõtule peamiselt <18 aastaste vanuserühmast.

Ambulatoorse psühhiaatria teenuse osutamise näitajad (RJ arv ja kulud 1000 kindlustatu kohta) on maakonniti väga erinevad ja samuti on teenust osutavate raviasutuste liikide osakaal maakonniti erinev.

Piirkondlike haiglate ja valikupartnerite osutatud teenuste maht 1000 kindlustatu kohta on võrreldes kesk- ja üldhaiglatega oluliselt suurem (nii RJ kui summade osas) ja seda kõikides vanuserühmades.

Lastele ja noortele osutatakse psühhiaatrilised teenused põhiliselt piirkondlikes haiglates.

Z-diagnoosidega raviarvete osakaal kogu ambulatoorsete psühhiaatria raviarvetest ei ole märkimisväärne.

Haigekassale esitatud raviarvete alusel võib öelda, et perearstid tegelevad väga vähe psühhiaatriliste ja silmahaigustega patsientidega. Kõikidest perearsti poolt esitatud raviarvetest oli psühhiaatrilise põhidiagnoosiga raviarveid ainult 0.002%, silmahaiguste põhidiagnoosiga 1,7%.

1.2.1 Ambulatoorne eriarstiabi

Eriarstiabi ambulatoorses ravis on haigekassa nõukogu kinnitatud ravijärjekorra maksimumpikkus 6 nädalat. 1. jaanuari 2016 seisuga haigekassale esitatud ravijärjekordade aruannete põhjal oli ambulatoorsetesse järjekordadesse registreeritud 158 135 vastuvõttu. Kasvanud on nii ambulatoorsetesse ravijärjekorda registreeritud vastuvõttude arv (0,2%) kui ka kättesaadavuse paranemistrendile viitav lubatud ooteajal toimuvate vastuvõttude osakaal 52%-ni (01.01.2015 oli vastav näitaja 49%).

Varasemal perioodil (võrreldes 2015. aasta alguse andmeid 2014. aasta sama perioodiga) suurenes ambulatoorsetesse järjekordadesse registreeritud vastuvõttude arv 10%. Kasv oli osaliselt tingitud järjekordade avatuse aja pikenemisega (1. jaanuarist 2014 kehtivate uute lepingutingimuste kohaselt peavad ravijärjekorrad olema saatekirja nõudeta erialadel avatud vähemalt 3 kuud, saatekirjaga erialadel vähemalt 4 kuud). Võrreldes 2016. aasta alguse andmeid 2015. aasta algusega ei ole ravijärjekordadesse registreeritud vastuvõttude arv enam nimetatud põhjusel kasvanud. Ravijärjekorda registreerimine toimub vastavalt ravi rahastamise lepingu kokkulepitule.

Ravijärjekorra lubatud maksimumpikkuse³ piires olevate vastuvõttude arv on ambulatoorses ravis kasvanud 4800 võrra. Ravijärjekorra lubatud maksimumpikkust ületavate vastuvõttude arv on vähenenud 4500 võrra. Nimetatud muutus viitab ambulatoorse eriarstiabi kättesaadavuse paranemisele kõikide lepingupartnerite juures.

HVA haiglates on ambulatoorsetesse ravijärjekorda registreeritud vastuvõttude üldarv vähenenud 3% ja seda Ida-Tallinna Keskhaigla ja Lääne-Tallinna Keskhaigla ambulatoorse ravijärjekorra vähenemise tõttu. Ravijärjekordades olevate ambulatoorsete vastuvõttude üldarvu vähenemise põhjusena on nimetatud ressursi (eeskätt arstide) vähesust, mis ei võimalda ambulatoorsete vastuvõttude arvu tõsta.

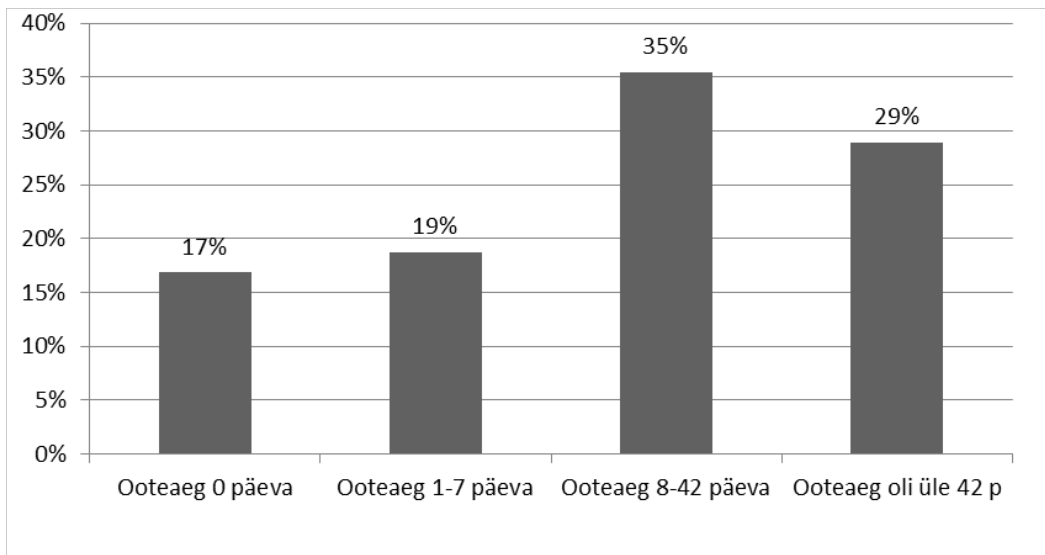
Piirkondlike ja üldhaiglate ambulatoorsetesse ravijärjekorda registreeritud vastuvõttude arv on aga kasvanud. Üldarvu vähenemise juures on ravijärjekorra lubatud maksimumpikkuse piires olevate ambulatoorsete vastuvõttude arv HVA haiglates siiski kasvanud 7000 vastuvõtu võrra. Ravijärjekorra lubatud maksimumpikkust ületavate ambulatoorsete vastuvõttude arv HVA haiglates on vähenenud 11000 vastuvõtu võrra.

Ravijärjekorra lubatud maksimumpikkuse piires olevate ambulatoorsete vastuvõttude osakaal on HVA haiglates tõusnud – 01.01.2015. a. 37%-lt 01.01.2016.a. 45%-le.

Tagasiulatava ravijärjekordade aruannete andmetel (tegelike ooteaegade kohta) oli 2015. aastal haiglavõrgu arengukava haiglates kuni 6-nädalase ooteajaga esmaste plaaniliste ambulatoorsete eriarstiabi vastuvõttude osakaal 71%.

Ravijärjekorra maksimumpikkuse piires olevate vastuvõttude erinev osakaal HVA haiglate ambulatoorsetes ravijärjekordades (45% kuu 1. kuupäeva seisuga esitatavate aruannete järgi) ning tegelikes andmetes (71% - juba toimunud vastuvõttude kohta esitatud andmed) tuleneb väga lühikese ooteajaga vastuvõttudest, mis ei kajastu aruandekuu 1. kuupäeva seisuga ravijärjekordade kohta esitatavates aruannetes.

³ Ambulatoorses ravis on ravijärjekorra lubatud maksimumpikkus 6 nädalat, päevaravis ja statsionaarses ravis üldjuhul 8 kuud



Joonis 2. Esmaste plaaniliste ambulatoorsete vastuvõttude ooteaeg 2015. aastal, HVA haiglate poolt esitatud tagasiulatavate ravijärjekordade aruannete andmetel

Ooteajad sama eriala arsti juurde on raviasutustes erineva pikkusega. Kindlustatul on õigus pöörduda tema poolt valitud raviasutuse poole, sõltumata oma elukohast, kindlustuspiirkonnast või saatekirjale märgitud raviasutuse/raviarsti nimest.

Informatsioon HVA haiglate ambulatoorse ravi kõigi erialade tagasiulatavatest aruannetest mediaankeskmise ooteaeg⁴ kvartalis ja sama kvartali kuu alguse kuupäeva seisuga etteulatavates aruannetes esitatud ooteajad (4. vaba vastuvõtuaeg vastavas raviasutuses/ erialal) võrdluses eelmise aasta samade perioodide ooteaegadega asub haigekassa [kodulehel](#).

1.2.2 Statsionaarne eriarstiabi ja päevaravi

Päevaravis ja statsionaarses ravis on ravijärjekorra maksimumpikkuseks kinnitatud üldjuhul 8 kuud. Selle aja raames toimub statsionaarses ravis 88% (01.01.2015 89%) ja päevaravis 93% (01.01.2015 91%) järjekordadesse registreeritud vastuvõttudest (plaanilise raviga seotud hospitaliseerimised).

Eelmise aasta sama perioodiga võrreldes on ravijärjekorra lubatud ooteaja piires olevate vastuvõttude osakaal päevaravis suurenenud. Statsionaarse ravi järjekorrad on kasvanud nii ravijärjekorra maksimumpikkuse piires kui seda ületavate vastuvõttude/hospitaliseerimiste osas. Statsionaarses ja päevaravis kasvavad ravijärjekorrad eeskätt piirkondlikes ja keskhaiglates.

Plaanilise statsionaarse ja päevaravi ajalist kättesaadavust saab pidada väga heaks.

1.2.3 Õendusabi

Statsionaarses õendusabis on ravijärjekorra maksimumpikkuseks 3 kuud, koduõenduses 2 nädalat. Koduõenduse puhul on ravijärjekorra maksimumpikkuse piires 91% vastuvõttudest (01.01.2015 95%), statsionaarses õendusabis 97% (01.01.2015 96%). Õendusabi ajalist kättesaadavust saab pidada väga heaks.

1.2.4 Hambaravi

Laste hambaravis on ravijärjekorra maksimumpikkuseks kroonilise pulpiidi korral 1 nädal, lihtkaariese ja kroonilise periodontiidi korral 2 kuud, ortodontiliste teenuste korral 9 kuud. Valdava osa hambaravi järjekordadesse registreeritud vastuvõttude ooteaeg on ravijärjekorra maksimumpikkuse piires - ortodontiliste teenuste puhul 99% ravijärjekordadesse registreeritud vastuvõttudest, laste hambaravi

⁴ Mediaankeskmise ooteaeg – ooteaeg, millest 50% vastuvõttude ooteaeg on pikem ning, 50% vastuvõttude ooteaeg on lühem

muude teenuste osas 95% ravijärjekordadesse registreeritud vastuvõttudest. Hambaravi ajaliskättesaadavust lastele saab pidada väga heaks.

Haigekassa viis 2015. aastal läbi hambaravi teenuseosutajate valikukonkursi uute lepingute sõlmimiseks alla 19-aastastele kindlustatutele hambaravi ja ortodontia tervishoiuteenuste osutamiseks. Uus hambaravi valikupartnerite nelja-aastane lepingu periood algas 01.07.2015. Valiku tulemusena sõlmiti esmakordselt ravi rahastamise lepingud 17 laste hambaravi ja ortodontia teenuseosutajaga.

2 Eriarstiabi ooteaegade mõjutamise komponendid

Ooteaegade ohjamiseks on vajalik rakendada mitmeid erinevaid meetmeid komplekselt. Nende mõjutamise komponente käsitletakse alljärgnevalt kahe suure alajaotusena – ravikindlustuse tase, kus haigekassal on oluline algatav ja täidesaatev roll ning tervishoiusüsteemi tase, kus meetmed ja nende rakendamine sõltuvad muuhulgas ka laiematest valikutest ja otsustest.

Tegevuskava peamine eesmärk ei ole võimaldada plaanilist ravi samaväärse kiirusega erakorralisega. Oluline on tagada, et iga kindlustatu kõik terviseprobleemid saaksid käsitletud õigeaegselt ja kohasel tervishoiutasandil.

2.1 Ravikindlustuse tase

2.1.1 Eelarve planeerimine

Haigekassa poolt ostetavate eriarstiabi teenuste eelarve planeerimise meetodika arendamine on eelduseks eriarstiabi kättesaadavuse tagamiseks, arvestades haigekassa eelarvet. Eriarstiabi eelarve planeerimise põhiastap on eriarstiabi nõudluse maakondlik hindamine ning seejärel ravijuhu keskmise maksumuse ja ravijuhtude arvu määramine, arvestades eelarve piirangut, tervishoiuteenuste loetellu (TTL) lisatavate uute teenuste prognoositavat maksumust ning raviprotsessi efektiivsuse võimalikku muutust.

Tegevused:

- a. tervishoiuteenuste maakondliku nõudluse analüüsimetoodika arendamine sisendina nii eelarve kui lepingute planeerimisse (sh analüüsimetoodika arendamine üldarstiabisse ja ennetusse);
- b. ooteaegade info arvestamine erialade ja ravitüüpide nõudluse planeerimisel (sh maakonniti);
- a. ravijuhu maksumuste komponentide võrdlev analüüs erialade ja ravitüüpide lõikes, standardiseeritud RJKM arvutus/analüüs.

Tulemused:

- a. tervishoiuteenuste maakondliku nõudluse iga-aastase hinnangu avaldamine sisendina haigekassa eriarstiabi teenuste eelarve koostamisse (tähtaeg: 2016. aasta II poolaasta);
- b. ravijuhu keskmise maksumuse iga-aastane analüüs sisendina haigekassa eriarstiabi teenuste eelarve koostamisse (tähtaeg: 2016. aasta II poolaasta).

2.1.2 Ravi rahastamise lepingute (RRL) üldtingimuste täitmise tagamine

Jätkuna lepingute uuendatud üldtingimustele on fookuses lepingute sisulise haldamise terviklik arendamine. Haigekassa avaldab meie lepingupartnereid ja ravijärjekordi puudutavat teavet regulaarselt kodulehel.

Tegevused:

- a. informatsioon ravijärjekordadest, analüüs ning avalikustamine, sh ravijärjekordadesse registreerimise võimalikkuse ning analüüsi terviklikkuse huvides vajadusel tasuliste vastuvõtude kohta;
- b. EHK sisese ravijärjekordade aruandluse automatiseerimine juhtimisaruandluse väljaarendamise raames;
- c. lepingutingimuste täitmise regulaarne kontrollimine nii aruannete alusel kui kohapeal - sh valikupartnerite teenuse osutamise vastavus valikuprotsessis kinnitatud tingimustel.

Tulemused:

- a. RRL üldtingimuste täitmise jälgimise (haigekassa ja TTO koostöös) terviklik metoodika, k.a. ravijärjekordade pidamise põhimõtete analüüs ja vajadusel arendamine (tähtaeg: 2016).

2.1.3 Ravikindlustuse korraldus – tervikliku ennetustegevuse, haiguste diagnostika ja ravivajaduse hindamise, aktiiv- ja taastusravi ning õendusabi tagamine koos efektiivsema ressursikasutuse, strateegilise ostmise, sh rahastamise arendamisega

2.1.3.1. Perearstisüsteemi toimimise ja rahastamismudeli arendamine

Perearstiabi kättesaadavus Eestis on väga hea, samas tuleb jätkuvalt tegeleda esmatasandi tugevdamise ja rahastamissüsteemi arendamisega. Esmatasandil pakutava arstiabi kiire kättesaadavus ja tulemuslikkus (sh krooniliste haigete tervises seisundi jälgimine ja vajadusel ravi) on olulisemaid eeldusi eriarstiabi kättesaadavuse parandamiseks.

Tegevused ja tulemused:

- a. Esmatasandi paketi laiendamine (koduõendus- ja ämmaemandusteenuse osutamine esmatasandil perearsti koordineerimisel) (2016-2018);
- b. üldarstiabi lepingute tingimuste uuendamine (tähtaeg: 2016)
- c. teise pereõe rahastamine, mis võimaldab perearstile paindlikumat ja patsiendikesksemat töökorraldust (iga-aastane eelarve);
- d. tööajaväliste vastuvõtude laialdasem kasutuselevõtt, mis suurendab nii perearsti kui –õdede vastuvõtuaegu ning vähendab eriarstiabis nii plaanilise kui erakorralise (EMO) töö koormust (iga-aastane eelarve);
- e. uuringufondi sisu ülevaatamine, võimaluste laiendamine, et vähendada majanduslikel põhjustel eriarstidele suunamist (iga-aastane eelarve);
- f. tegevusfondi tegevuste lisamine (iga-aastane eelarve);
- g. teraapiafondi tegevuste laiendamine;
- h. kvaliteedisüsteemi arendamine, eesmärgiga tulemusindikaatorite järk-järgulisele rakendamisele (tähtaeg: 2016);
- i. soodusretseptide väljakirjutamise piirangute ülevaatamine (tähtaeg: 2016);
- j. Eesti ravi- ja tegevusjuhendite arengu soodustamine (iga-aastaselt teemaalgatused);
- k. teavituskampaaniad: kiire kättesaadavus, sh vajalike tervisekontrollide läbiviimiseks (nt silmakontroll), tasuta, sisukas ja kvaliteetne (iga-aastane tegevuskava ülevaatus);

2.1.3.2. Eriarstiabis lepingute planeerimine ning eriti ambulatoorse töö pakkumise ja nõudluse mõjutamine.

Eriarstiabi ambulatoorse kättesaadavuse osas on pikkade ravijärjekordade põhjuseid mitmeid – nn võimsuse puudumine võib viidata nii patsientide soovile registreeruda vastuvõtule just konkreetses raviasutuses, meditsiinitöötajate vähesusele kui ka olemasoleva ressursi ebaefektiivsele kasutamisele.

Eriarstiabi kättesaadavuse toetamisel on oluline roll kõigi haigekassa partneritega lepingute sõlmimise meetodika ja strateegilise ostmise põhimõtete arendamisel. Oluline on tagada teenuste selline geograafiline kättesaadavus, mis võimaldab pakkuda haigekassa kindlustatutele kaasaegset ja kvaliteetset ravi optimaalselt arvestades tervishoiuresursside kasutusvõimaluste piirangutega ja teenuste kvaliteedi tagamise vajadusega. Haigekassa lepingutes kajastuvad erialad ja lepingute mahud (ravijuhtude arv ja ravijuhi keskmine maksumus) peavad olema kooskõlas raviteenuste geograafilise kättesaadavuse põhimõtete ja eriarstiabi ressursside tulemusliku kasutamise eesmärgiga.

Tegevused:

- a. geograafilise pakkumise analüüsimetoodika arendamine sisendina lepingute planeerimisse;
- b. geograafilise pakkumise põhimõtete ja ooteaegade info arvestamine erialade ja ravitüüpide lepingute planeerimisel ja ostustrateegia kujundamisel;
- c. lepingumahtude planeerimine koostöös partneritega ooteaegade info alusel, mh teenuseosutaja töökorralduse arenguvõimalused;
- d. iseseisvate õe vastuvõtude ja eriarsti vastuvõtude hinnastamise eelisarendamine uute teenustena;
- e. ambulatoorsete eriarsti vastuvõtude visiiditasu regulaarne ülevaatamine;
- f. 0,7 koefitsiendi rakendamise 2014. a mõju analüüs;
- g. hambaravi mitterahalise hüvitise rakendamine ja valikumenetluse asemel välja töötada ravi rahastamise lepingu tüüptingimused

Tulemused:

- a. eriarstiabi teenuste geograafilise pakkumise terviklike põhimõtete avaldamine ja regulaarne ülevaatamine (tähtaeg: 2016);
- b. lepingute planeerimisel ja muutmisel teenuste geograafilise pakkumise põhimõtete (k.a. järelravi) ja ooteaegade selge arvestamine ning ambulatoorse ja päevaravi tugevdamine lepingutes (tähtaeg: alates 2016);
- c. iseseisva õe vastuvõtu ja eriarsti vastuvõtu uuendatud kirjeldus ja piirhind (tähtaeg: 2017 rakendumine);
- d. ettepanek visiiditasu regulaarseks ülevaatamiseks (tähtaeg: 2016);
tänu hambaravi mitterahalise hüvitise rakendumisele ja tüüptingimuste välja töötamisele on hambaravi kättesaadavam ka täiskasvanud isikutele (tähtaeg 01.07.2017)

2.1.3.3. Esmatasandi ja eriarstiabi ning õendusabi integreeritud ja kvaliteetse ravi põhimõtete soodustamine

Perearstid on toonud välja, et Eestis tervishoius ei ole väljakujunenud koostööskeemi eriarstidega, mis tagaks patsiendi järjepideva logistika. Eriarstiabi raviastutused on kontrollidel viidanud, et eriarstiabi ambulatoorset kättesaadavust parandaks, kui eriarsti vastuvõtule jõuaksid nn profiilsed patsiendid (õige patsient õigel ajal õige eriarsti juurde). Patsiendid pöörduvad eriarsti vastuvõtule vahel küsimustes, mida saaks edukalt lahendada perearst; teatud juhtudel ei ole patsient suunatud õigele eriarstile.

Võtmeküsimuseks kättesaadavuse parandamisel on seega perearstide-eriarstide koostöö tõhustamine. Haigekassa jätkab koostööprojekti „*Estonia – Toward Integrated Health Care*“ Maailmapangaga, mille raames uuritakse kroonilise haigusega patsientide liikumist erinevate tervishoiutasanditel. Projekti lõpptähtaeg on planeeritud 2017. aasta juulis ning uuringu tulemuste esitamine jääb 2017. aasta teise poolaastasse.

Tegevused:

- a. e-konsultatsiooni jt e-teenuste arengu motiveerimine, mis võimaldavad sisukamat infovahetust ja asjatute visiitide vältimist;

- b. infosüsteemide arengu toetamine, mis võimaldab patsiendi terviseandmetest ja ravi kvaliteedist täielikumat ülevaadet;
- c. õendusabi arengu toetamine;
- d. koostööprojekti „*Estonia – Toward Integrated Health Care*“ tulemustest saadud sisendi alusel tegevuskava väljatöötamine tervikliku patsiendikäsitluse juurutamiseks Eesti tervishoiusüsteemis.

Tulemused:

- a. uute e-konsultatsiooni erialade lisamine haigekassa tervishoiuteenuste loetellu (tähtaeg: rakendumine 2017);
- b. haigekassa eriarstiabi lepingupartnerite laialdane suutlikkus e-konsultatsiooni teenuse osutamiseks (tähtaeg: 2017);
- c. eriarstiabi ravikvaliteedi indikaatorite kogumine, analüüs ja avaldamine (tähtaeg: 2016);
- d. esmatasandi tegevuse tulemuslikkust iseloomustavate indikaatorite jälgimise arendamine (nt vererõhu väärtus) (tähtaeg: 2016)
- e. tervikliku patsiendikäsitluse tegevuskava, k.a. IT toe arendamise põhimõtted (tähtaeg: 2016).

2.1.3.4. Lepingute ja teenuste ostmise põhimõtete täiendamine.

Eriarstiabi kättesaadavust parandab haigekassa strateegilise ostmise (lepinguliste suhete raamistiku) põhimõtete täiendamine. Pikema perspektiivi kõige olulisem pikaajaline strateegiline suund on siirdumine eelkõige ravijuhtude ostmisele keskenduvalt lepinguliselt raamistikult patsiendikesksema raamistiku suunas. Sellisel juhul võivad lepingu täitmise peamiseks kriteeriumiteks olla eriarstiabi kättesaadavus (ehk ravijärjekorra pikkus) ja ravi kvaliteeti iseloomustavad näitajad. Ambulatoorse eriarstiabi kättesaadavust võib parandada ka rahalise hüvitise rakendamine. Hea tulemuse saavutamiseks on oluline käsitleda koos eriarstiabiga nii perearstisüsteemi arendamist kui ka õendusabi arengu toetamist.

Tegevused:

- a. liikumine ravijuhi põhiselt ostmiselt kättesaadavuse ja ravikvaliteedi ostmisele;
- b. koduõenduse strateegilise ostmise arendamine ja koduõendusteenuse pakkumise laiendamine esmatasandile;
- c. rahalise hüvitise rakendamine täiendava võimalusena.

Tulemused:

- a. haigekassa strateegilise ostmise täiendustetpanekud (tähtaeg: 2016);

2.1.3.5. Haigekassa klienditeeninduse tugevdamine

Haigekassa kindlustatule on alati võimalik eriarstiabi kättesaadavusega seotud probleemide korral pöörduda otse haigekassa poole. Haigekassa peab seda võimalust oma kindlustatule senisest konkreetsemalt teavitama ning tagama samal ajal valmisoleku kindlustatute kiireks ja tulemuslikuks abistamiseks arsti juurde pääsemisel meditsiiniliselt põhjendatud aja jooksul.

Tegevus ja tulemus:

haigekassa klienditeeninduse tervikliku arendamise tegevuskava, k.a. kindlustatute tulemuslik ja tõhus abistamine eriarstiabi kättesaadavuse probleemide puhul (tähtaeg: 2016).

2.2. Tervishoiusüsteemi tase

Tervishoiusüsteemi tasemel ei sõltu meetmed ja nende rakendamine ainult haigekassa tegevusest, vaid erinevate osapoolte koostööst, eeldades muu hulgas ka poliitilisi valikuid ja otsuseid. Teatud võimalused on rakendatavad kehtivas õiguslikus raamistikus – nt TIS ja digiregistratuur on õigusaktide tasemel reguleeritud, kuid ei ole erinevatel põhjustel täiel määral töösse rakendunud. Osa meetmeid eeldab kehtiva õigusruumi arendamist.

Meetmete rakendamine eeldab olemasolevate toimetudelite, IT toe ja õigusraamistiku muutmist ning on rakendatavad keskmises perspektiivis, alates 2017-2018. a. Haigekassa teeb omalt poolt vastavad ettepanekud 2016.-2017. a jooksul.

2.2.1. Kehtivas õigusruumis eksisteerivad võimalused

Tegevused:

- a. fookus perearstisüsteemi arendamisele, selle usaldusvääruse ja võimaluste suurendamisele;
- b. digisaatekirja ja ühtse digiregistratuuri rakendamine, mis võimaldaksid mh välistada topelt registreerimised ja ilma kehtiva saatekirjata ravijärjekorda registreerimise võimaluse ning arendaks perearst-eriarst vahelist tööalast suhtlust;
- c. personalivajaduse (nii arstlikud erialad kui õed) regulaarne analüüs ja sellele vastav koolitustellimus, sh arstide ressursi efektiivse kasutuse analüüs (nt üldhaiglatele esitatavad nõuded, töökohtade killustatus, nn võrgustumisest saadav võimalik kasu);
- d. TIS kaudu andmevahetuse ja tagasiside arendamine eri tasandite koostöö huvides.

Tulemused:

- a. esmatasandi uuenenud toimetudelite, mis keskendub senisest enam mitut perearsti ja nimistut koondavatele esmatasandi tervisekeskustele ja nende filiaalidele ning esmatasandi kaudu pakutavale laialdasemale teenuste loetelule;
- b. täielik üleminek digisaatekirjadele ja võimalusel digiregistratuuri rakendamine;
- c. TISi kasvav valmisolek andmevahetuseks tervishoiusüsteemi osaliste vahel, mis mh võimaldab andmeanalüüsi ja kvaliteediindikaatorite jälgimist.

2.2.2. Õigusruumi arendamist vajavad võimalused

Tegevused:

- a. saatekirja nõude sisseviimine ravikindlustuse paketti kuuluvatel erialadel, selle meditsiinilise põhjendatuse nõue ja nõude täitmise kontrolli võimalused läbi digisaatekirja;
- b. ravijärjekordade pidamise nõuete ülevaatamine määruises, sh avatuse täpsustamine, ooteaegade diferentseerituse võimaldamine tulenevalt tervisevajadustest (nt järelkontroll vs esmane visiit jms) ja meeldetuletuste rakendamine registreerunutele;