

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna
integratsiooni juhtimise ja rahastamise
analüüs välisriikide näitel

Sotsiaalministeerium 2024
A.Taal

Sisukord

Sissejuhatus	3
1. Integratsiooni juhtimine ja korraldus	4
2. Integratsiooni ostmine ja rahastamise viisid	20
3. Integratsiooni eesmärgistamine	40

Sissejuhatus

Käesolev analüüs on koostatud eesmärgiga anda ülevaade sellest, kuidas erinevad riigid toetavad juhtimislikult ja rahaliselt integratsiooni tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel aga ka tervishoiu siseselt. Analüüs on sisendiks ettepanekutele tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahelise integratsiooni parandamiseks Eestis.

Analüüsi on kaasatud riigid ja piirkonnad, mida International Foundation for Integrated Care (IFIC) on soovitanud, kui tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahelise integratsiooni parimate praktikate näiteid. Lisaks on võetud näited Hollandist, USA-st, Singapurist ja Soomest, kus on üleriigilise integratsioonimudeli loomise kogemus. Analüüsi teoreetilises osas on kasutatud 2020. aastal IFIC poolt koostatud raportit „Supporting Integrated Service Provision in Estonia“.

Perioodil märts-juuni 2023 toimus koostöös PWC projektiga „Esmatasandi tugevdamine Eestis“ IFIC International Conference of Integrated Care külastus ning õppevisiit Walesi, samuti ka õppevisiit Soome ja virtuaalsed õppevisiidid Uus-Meremaale ja Singapuri. Analüüsis on lisaks viidatud materjalidele kasutatud ka loetletud õppevisiitidelt saadud materjale (ettekandeid).

Analüüs on jagatud kolme osasse. Esimeses on seatud fookus küsimusele, kes ja kuidas juhib ja korraldab integratsiooni/ostab integreeritud teenuseid. Teises osas vaadeldakse lähemalt, integratsiooni rahastamise viise ning rahvusvahelist praktikat kellelt ja kuidas integratsiooni/integreeritud teenuseid ostetakse. Kolmandas keskendutakse küsimusele, kuidas integratsiooni strateegiliselt eesmärgistatakse.

Lisas on toodud täiendavat lugemismaterjali, mis aitab paremini mõista erinevate riikide konteksti.

1. Integratsiooni juhtimine ja korraldus

Integratsiooni korralduse ja rahastamise paremaks mõistmiseks on vajalik neid käsitleda koos riigi tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi tervikkorraldusega.

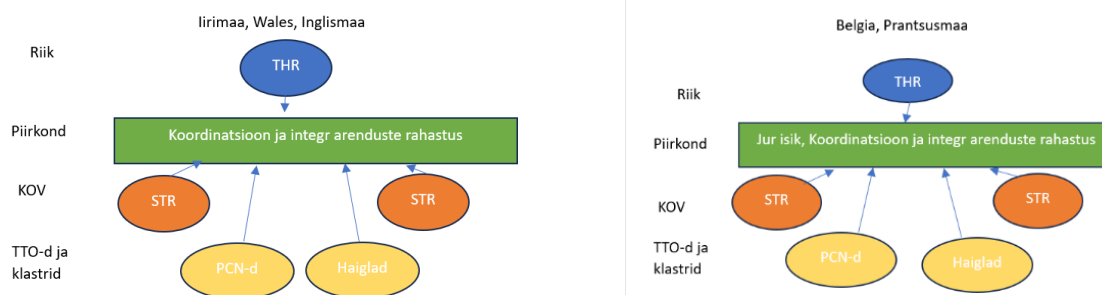
Korralduslikult võib eristada riike, kus:

- Tervishoiu rahastamine on korraldatud riigi tasandil tsentraalselt ühe rahastaja poolt ja sotsiaalteenuste rahastamine on korraldatud (valdavalt) kohaliku omavalitsuse tasandil;
- Tervishoiu rahastamine on korraldatud riigi tasandil erinevate rahastajate (so mitme ravikindlustusorganisatsiooni) poolt ja sotsiaalteenuste rahastamine on korraldatud (valdavalt) kohaliku omavalitsuse tasandil;
- Nii tervishoiu rahastamine kui sotsiaalteenuste rahastamine on korraldatud KOVi tasandil;

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste rahastamine erinevatel tasanditel, üks tervishoiu rahastaja

Riikides, kus sotsiaalteenuste korraldus ja rahastamine on delegeeritud kohalikule tasandile ja tervishoiu korraldus ja rahastamine toimub keskselt, on integratsiooni juhtimise levinud lahenduseks nn „place based planning“ ja „commissioning“ ehk teisisõnu on sotsiaal- ja tervishoiu valdkonna koordineerimise ja koostöö ülesanne delegeeritud piirkondlikule tasandile, kus on selle juhtimisse kaasatud antud piirkonna omavalitsuste esindajad, riigi esindaja ja piirkonna olulisemate teenuseosutajate esindajad.

Teenuseosutajaid antud piirkonnas on motiveeritud ja toetatud koonduma esmatasandi võrgustikesse (PCN) või juriidiliselt formaliseeritud tervishoiukogukondadesse, kes moodustaks tugeva ja kompetentse partneri ning kellega oleks võimalik oleks võimalik sõlmida integratsioonile suunatud lepinguid.



Joonis 1 Integratsiooni juhtimine riikides, kus tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna rahastamine ja korraldus on erinevatel juhtimistasanditel. THR- tervishoiuteenuste rahastamine, STR- sotsiaalteenuste rahastamine, PCN – *primary care network*

Sellised lahendused on suurtes riikides sageli lokaalsed (näiteks Belgias Flandersi piirkonnas) või katavad ainult riigi osasid piirkondi (näiteks Prantsusmaal 14 piirkonnas 18-st). Vähestes riikides (Inglismaa, Sotimaa, Wales) on suudetud taoline koordineerimise- ja koostöösüsteem luua üleriigiliselt. Inglismaa, Sotimaa ja Walesi eripäraks on, et piirkondlik koostöökogu (commissioning) on juriidiliselt NHS-i organisatoorne üksus. Kuna ka sealsed PCN-id ehk esmatasandi klastrid on sisuliselt NHS-i organisatoorsed üksused, on lepingute süsteem

küllalt keerukas ja suund on võetud esmatasandi klastritest iseseisvate juriidiliste organisatsioonide moodustamisele.

Wales

Walesis on 7 tervisepiirkonda. Igat piirkonda juhib *Regional partnership board*, kuhu kuuluvad kohalike KOV-ide esindajad, KOV-ide sotsiaalteenuste juhid, piirkonna hooldekodude esindaja, NHS-i esindaja, perearstide võrgustike esindaja, muude tervishoiuteenuste osutajate esindaja, kogukonna esindaja. Piirkonnad ja *regional partnership board*'id on moodustatud Social Services and Well Being Act'iga. *Regional partnership board*'i ülesandeks on läbi viia piirkonna populatsiooni vajaduste hindamine, valida tuvastatud probleemide põhjal prioriteetsed koostöövaldkonnad ja koostada plaan probleemidega toimetulekuks. Plaan sisaldab 3-aastaseid programme. Programmist raha saamiseks (programmide väljatöötamist rahastab valdavalt NHS) koostavad peamiselt perearste koondavad esmatasandi klastrid nn *business case*, mis sisaldab probleemi lahendamisele suunatud innovaatilise lahenduse kirjeldust, kulusid ja oodatavat mõju sh mõju hindamiseks kasutatavaid mõõdikuid. Enamus programme on suunatud tervise- ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni parandamisele ning inimeste terviseharituse ja eneseabi võimekuse suurendamisele. Edukad programmid transformeeruvad püsitenusteks.¹

Sarnased süsteemid on ka Inglismaal, Sotimaal ja Põhja- Iirimaal. Joonisel 2 on toodud kulu, mida *regional partnership board* (või sellele vastav piirkondlik koostöökogu teistes riikides) aastas kasutada saab.

	England	Wales	Scotland	Northern Ireland
Joint governance	System (1-2 million) <ul style="list-style-type: none"> Integrated Care Boards Integrated Care Partnerships Place (250K – 500K) <ul style="list-style-type: none"> Health and Wellbeing Boards Place-based Partnerships Primary Care Networks 	Regional Partnership Boards (130K – 700K) <ul style="list-style-type: none"> Local Health Boards Local authorities 	Integration Joint Boards (100K-500K) <ul style="list-style-type: none"> NHS Boards Local Authorities 	Health and Social Care Trusts (300K – 500K)
Integrated finance	In part	Limited	In part	In full
Joint performance management	Limited	Yes	Yes	Yes

Joonis 2 Integratsiooni juhtimise finantseerimine Inglismaal, Walesis, Sotimaal ja Põhja-Iirimaal.

Prantsusmaa

Prantsusmaal on tervishoid valdavalt finantseeritud tsentraalselt läbi riikliku tervisekindlustuse, sotsiaalvaldkond aga erinevatel tasanditel läbi komplekssete skeemide. Valitsus otsustas aastal 2016 toetada professionaalsete territoriaalsete tervishoiukogukondade (CPTS) loomist esmase eesmärgiga integreerida tervishoiuteenuste osutamist, kuid aegamööda on sellega integreerunud ka sotsiaalteenuste osutamine.² CPTS'i võivad moodustada piirkonna kõik tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajad, kes selle vastu huvi tunnevad. Huvitav on asjaolu, et CPTS-i moodustamisel peavad selle asutajad ise määrama ka piirkonna, mis edaspidi lepinguga fikseeritakse. Statistika näitab, et enamus loodud piirkondi on võrreldavad Eesti mõistes 1-2 maakonnaga (vt joonis 3)

¹ Kokkuvõte tehtud Wales õppevisiidi alusel

² <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/>

Part de la population vivant dans une commune se trouvant dans une CPTS où le contrat ACI est signé :			
Région	Nb CPTS	Population	Couverture*
Martinique	1	369 406	100.0%
Centre-Val de Loire	29	2 500 495	95.0%
Ile-de-France	54	5 862 906	47.4%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	25	2 328 073	45.1%
La Réunion	3	387 068	44.4%
Bourgogne-Franche-Comté	15	1 210 206	42.0%
Pays de la Loire	18	1 510 734	38.8%
Grand Est	25	1 973 326	34.8%
Auvergne-Rhône-Alpes	40	2 590 785	31.5%
Normandie	8	960 470	28.3%
Bretagne	12	925 522	26.9%
Hauts-de-France	18	1 635 211	26.8%
Occitanie	23	1 551 629	25.6%
Nouvelle-Aquitaine	15	970 099	15.8%
Guadeloupe	0	0	0.0%
Guyane	0	0	0.0%
Corse	0	0	0.0%
Mayotte	0	0	0.0%
Ensemble	282	24 775 930	36.3%

Joonis 3 tervishoiukogukondade poolt määratletud tervisepiirkondade suurused Prantsusmaal.

CPS-ide esmaseks riigi poolt etteantud missiooniks oli:

- o Assist patients to find a primary care physician and helping the response to emergency primary care needs to avoid the patient going to the hospital emergency department*
- o Improve the patient health care pathway*
- o Participate and develop preventive measures and programs (for example : promote good behavior to avoid obesity, cardiovascular issues...)*
- o Respond to health crises (covid-19)*

CPTS-i liikmed koostavad selleks terviseprogrammi, mille edastavad Regional Health Agency'le (ARS-ile). ARS'id on autonoomsed avalikud institutsioonid, mis viivad piirkondades ellu Terviseministeeriumi poliitikat.

ARS'i ja riikliku tervisekindlustusorganisatsiooni (CPAM) ülesandeks on toetada tervishoiuteenuse osutajaid CPTS-ide loomisel:

- teha kindlaks, et kõiki määratletud piirkonnas asuvaid tervishoiu- ja terviseteenuse osutajaid oleks kaasatud.
- aidata teenuseosutajatele kommunikeerida tervisekogukonna loomise eesmärke ja olemust.
- leida/kiita heaks konsultant, kes aitaks projekteerimisel:
 - luua juriidiline isik
 - koostada piirkonna terviseprogramm, mis sisaldab probleemide kirjeldust, missiooni ja tegevusi, tegevusmõdikuid ja eelarvet
 - saada projektile rahastus
 - toetada kõigi partnerite kooskõlastuse ja allkirjade saamist
 - aidata moodustada uus organisatsioon nt palgata koordinaator, osta tarkvara jne

Prantsusmaal koosneb iga CPTS poolt väljapakutud ja ARS poolt heaks kiidetud missiooni eelarve kahest komponendist:

- a) fikseeritud kulu, mis on tarvilik missiooni toimima hakkamiseks
- b) muutuvkulu, mis on seotud tegevusindikaatorite saavutamise ja seotud ressurssidega

Näiteks ühe konkreetse CPTS-i Pays des Sources³ missioonid on:

Mission 1 - Improving access to care

- 1. *Facilitate access to a general practitioner (including in particular for people aged 70 and over and ALD patients)*
- 2. *Improve the management of unscheduled care in the city*
- 3. *Develop the use of telemedicine*

Mission 2 - Improving care pathways on the territory to avoid interruptions in pathways, streamlining the patient pathway and securing patient care when entering and leaving hospital

- 4. *Improve the path of the elderly person and the person with a disability*
- 5. *Improve the patient journey with a chronic disease*
- 6. *Improve the patient journey from the hospital to the city thanks to better communication and coordination between all the professionals in the area*
- 7. *Improve the care of people with psychological disorders*

Mission 3 - Develop preventive actions in line with the medico-social reality of the territory in order to prevent chronic diseases and improve the health and well-being of patients at risk

- 8. *Improve knowledge of local initiatives by healthcare professionals and patients and promote their implementation*
- 9. *Reinforce perinatal prevention*
- 10. *Allow greater accessibility to the practice of physical activity for health purposes*

Missions 4,5 - Improve the quality of drug treatment and make the CPTS better known and promote its attractiveness for professionals

- 11. *Promote the securing of patient medication management*
- 12. *Communicate about the offers of care and support available on the territory of the CPTS*
- 13. *Strengthen the attractiveness of the CPTS territory for health professionals and facilitate their installation*

Pays des Sources CPTS-i kuuluvad tegev- ja assotsieerunud liikmed. Need kaks rühma moodustavad peaassamblee. Tegevliikmed jagunevad kolmeks klastriks:

- 1. Tervishoiutöötajate kolleegium
- 2. Sotsiaalsete ja tervishoiu meditsiinilis-sotsiaalsete struktuuride kolleegium
- 3. Elanikkonna või tervishoiutarbijate esindajate kolleegium

Pays des Sources CPTS'i haldab 15 liikmest koosnev direktorite nõukogu (CA), mis jaguneb aktiivsete liikmete kolleegiumide vahel järgmiselt:

- 8 liiget tervishoiutöötajate kolleegiumist, sealhulgas vähemalt kaks arstide esindajat ja kaks parameedikku või sotsiaalvaldkonna spetsialistide esindajat;

³ <https://cptspaysdesources.org/>

- 4 liiget tervishoiu, meditsiinilis-sotsiaalsete või sotsiaalsete struktuuride kolleegiumist, sealhulgas vähemalt üks tervisestruktuuri esindaja, vähemalt üks meditsiinilis-sotsiaalse struktuuri esindaja ja vähemalt üks sotsiaalse struktuuri esindaja;
- 3 liiget elanikkonna või tervisetarbijate esindajate kolleegiumist, sealhulgas vähemalt üks Sauer Pechelbronni omavalitsuste kogukonna esindaja, vähemalt üks Pays de Niederbronni omavalitsuste kogukonna esindaja ja vähemalt üks patsientide esindaja.

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste rahastamine erinevatel tasanditel, mitu tervishoiu rahastajat

Integratsiooni on oluliselt keerulisem juhtida, kui riigis on ka tervishoiuteenuste rahastajaid (so ravikindlustusorganisatsioone) palju. Lokaalseid optimaalseid integreeritud teenuse osutamise lahendusi on saavutatud ka sellistes riikides nt Saksamaa. Holland on otsinud võimalusi üleriigiliselt ühetaolise süsteemi rakendamiseks, kuid see on osutunud liialt keerukaks. Tänapäeval on Hollandi erinevates tervisepiirkondades piloteeritud ja rakendatud üsna eriilmelisi integratsiooni toetavaid lahendusi ning mõnel juhul saavutatud ka häid tulemusi. USA-s on suudetud kõige laiemalt levinud riikliku toega tervishoiukindlustusorganisatsiooni (MEDICARE) ja sotsiaalkindlustusorganisatsiooni (MEDICAID) vahel luua koostöö ja leppida kokku integreeritud rahastamise ning teenuseosutamise lahendustes. Probleemiks on siiski, et mitte kõigil abivajajatel pole nende kahe organisatsiooni kindlustuspaketti ning ehkki süsteem iseenesest on hästi läbimõeldud, korraldatud ja juhitud, ei ole see paljudele kättesaadav.

Saksamaa

Näiteks Saksamaal on tuntud piirkond nimega Healty Kinzigtal, kus kaks tervisekindlustusfirmat (AOK BadenWürttemberg ja LKK Baden-Württemberg) sõlmisid lepingu spetsiaalselt moodustatud teenuseosutaja-fondivalitsejaga (Gesundes Kinzigal GmbH). Kaks kolmandikku sellest kuulub teenuseosutajatele, kes toovad ettevõttesse ka meditsiinilist oskusteavet. Kolmandik kuulub erafirmale, kes tegeleb peamiselt terviseedenduse, haldusalse oskusteabe ning andmehalduse ja –analüüsiga.

Gesundes Kinzigal analüüsib ise piirkonna populatsiooni vajadusi ja teeb rahastajatele ettepanekuid erinevate sihtrühmade terviseedenduse, haiguste ennetuse ja ravi käsitlemiseks läbi sihtrühmale suunatud programmide. Aluseks võetakse sihtrühma eeldatav kulu kindlustusfirmadele kokkulepitud perioodi jooksul. Samuti lepitakse kokku oodatavad tulemus- ja populatsiooni tervisemõõdikud võrreldes kontrollrühmaga. Eesmärk on säästa raha pikemas perspektiivis, pakkudes kvaliteetsemat abi. Säästetud rahast poole saab ettevõtte tulemustasuks. Gesundes Kinzigal GmbH-l on õnnestunud kaasata üle 60% piirkonna kõigist teenusepakkujatest.

Gesundes Kinzigal on käivitanud üle 20 alamprogrammi, nt südamehaiguste programm, reuma programm, psühhiaatriliste haiguste programm ja saavutanud olulisi tulemusi nii populatsiooni tervisenäitajate paranemises kui ka märgatavat rahalist kokkuhoidu.⁴ (vt detailsemalt lisast) OECD on hinnanud, et Gesundes Kinzigali poolt rakendatud „Regionally based integrated care model“ nimega OptiMedis on tõendus põhine ja kuluefektiivne ning, et selle üle-Euroopaline rakendamine 27 EL riigis võimaldaks perioodil 2022- 2050 suurendada eluiga 100 000 inimese kohta 9.7 aastat ning säästa 6.5 DALY. Samal perioodil annaks OptiMedise rakendamine kokku hoida inimese kohta 3470 eurot, mis teeb aastaseks kokkuhoiuks EL riikides (27 riiki) keskmiselt 4%.

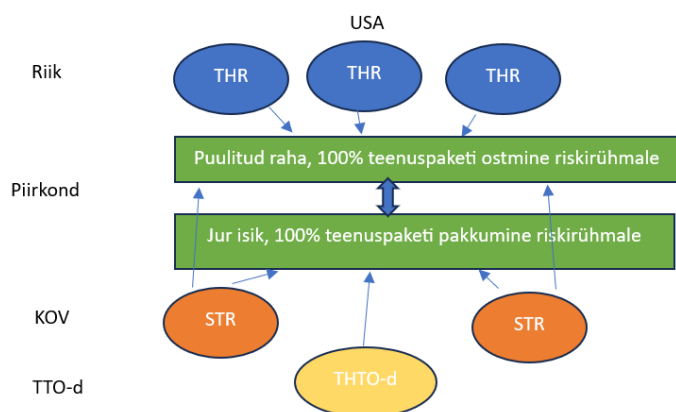
USA

USA-s on PACE programmi (*Program Of All-Inclusive Care For The Elderly*) kaudu loodud eeldused eakatele integreeritud teenuste osutamiseks. Selleks on Medicare, Medicaid ja

⁴ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373210/9789240078574-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

osariigi sotsiaalteenuste osakond kokku leppinud spetsiaalse ühisrahastuse mehhanismi (nn *pooli*), mille abil võimaldatakse 55+ elanikele, kes vajavad integreeritud teenuseid (ja on PACE programmiga liitunud) isiklik *care coordinator*, kes hindab inimese tervikvajadused detailsemalt, koostab ravi- ja hooldusplaani ning kaasates multidistsiplinaarset meeskonda jälgib, et inimene saaks vajaliku abi. Taolise kompleksteenuse pakkumiseks on osariigid jagatud väiksemateks nn PACE piirkondadeks, mida teenindavad PACE keskused.

PACE keskuse (mis on juriidiliselt iseseisev organisatsioon) saavad moodustada nii erateenuseosutajad, kui ka avalike teenuste osutajad, kuid see peab kaasama kohalikke omavalitsusi ja kogukonna esindajat. Rahastaja poolt on ette on antud, milliseid tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna spetsialise PACE- keskusi peab omama, ning milliseid integreeritud tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid minimaalselt osutama. Tänapäevaks on PACE keskusi juba peaaegu kõigis USA osariikides.

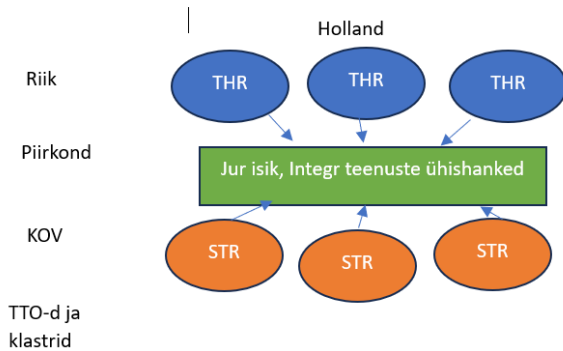


Joonis 4 Integreeritud teenuste korraldus ja rahastamine USA-s (THR-tervishoiuteenuste rahastamine, STR – sotsiaalteenuste rahastamine, THTO-tervishoiuteenuse osutaja)

Holland (16 mln elanikku)

Hollandis, kus on 380 omavalitsust ja 30 erinevat tervisekindlustusfirmat, püüti 2015. aastal luua üleriigiline eakatele suunatud integreeritud teenuste pakkumise mudel. Selleks moodustati 31 piirkondlikku hankekeskust (procurement center), kuhu koondati KOV-ide esindajad ja kindlustusfirmade esindajad, kuid mudel osutus ebaefektiivseks, sest oli liialt kompleksne ning osapoolte koostöö oli nõrgalt koordineeritud ja motiveeritud.⁵

⁵ [The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? - ScienceDirect](#)



Joonis 5 Integreeritud teenuste rahastamine ühishangete abil Hollandis (THR-tervishoiuteenuste rahastamine, STR – sotsiaalteenuste rahastamine)

Positiivseid tulemusi saavutati aga perearstide võrgustamise ja nendele krooniliste haiguste jälgimise delegeerimisega sh sellega kaasnenud integreeritud rahastamise mehhanismide ja tugeva tulemusmõõdikute täitmise rahalise motiveerimisega ning lisapersonali võimaldamisega. ⁶ Perearstide võrgustumise sai alguse 2006 aastal Integrated Diabetes Care programmist, mille ellukutsumise põhjustas asjaolu, et 1/3 diabeedi patsientidest ei saanud standardile vastavat ravi.

Integreeritud standardile vastava diabeedi ravi osutamiseks pidid perearstid koonduma ja moodustama juriidilised isikud nn Care groups. Care Group'i meditsiiniline juht pidi olema perearst aga juriidilise isiku moodustamises võisid lisaks perearstidele osaleda ka diabeediõed, labor, haigla jt spetsialistid, kelle spetsialiteet sõltus nõutava standartravi komponentidest (vt joonis 6).

The required components are:

- one elaborated 12-month check-up
- three 3-monthly check-ups
- one annual foot examination
- one annual eye examination
- dietary counselling (frequency dependent on length of patient's diabetes history)
- support and counselling in smoking reduction or cessation
- laboratory testing (HbA1c, LDL cholesterol, kidney function, microalbuminuria)

Joonis 6
Diabeedi
standartravi
nõutavad
komponendid
Hollandis.

Care Group'i
võis moodustada
mitmel erineval
moel: kas

palgates kõik vajalikud spetsialistid või sõlmida puuduolevate spetsialistide teenuste osas allhanke lepingud. Praktikas leidis enam kasutust just teine variant. Care Group sõlmis ravikindlustusorganisatsioonidega oma piirkonna diabeedi patsientidele standartravi osutamiseks lepingu ja sai iga nende vastutusel oleva patsiendi eest kokkulepitud pearaha (summa räägiti kindlustaja eelnevalt läbi ja lepitati kokku lähtuvalt teenuste paketist). Pearaha läbirääkimised olid intensiivsed, kuna kummalgi osapoolel polnud varem vastavat kogemust. Samuti tajusid suurematesse Care Group'idesse koondunud teenuseosutajad ennast tugevamate läbirääkijatena. Care Group vastutas ravi kvaliteedi ja kokkulepitud teenuste

⁶ <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260224002.pdf>

osutamise eest (vt protsessi ja tulemusindikaatoreid järgmises peatükis) sõlmides vajadusel allhankelepinguid.

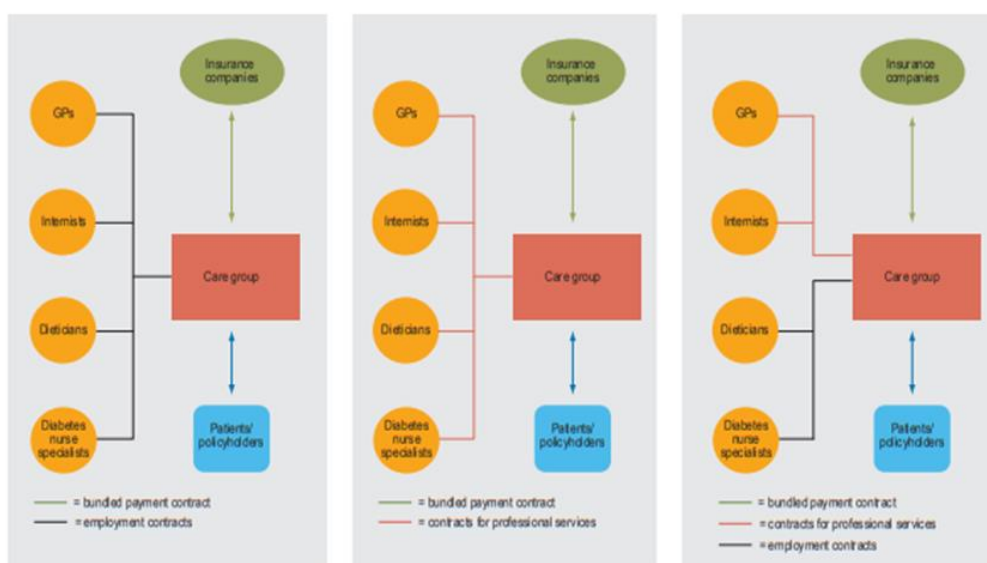


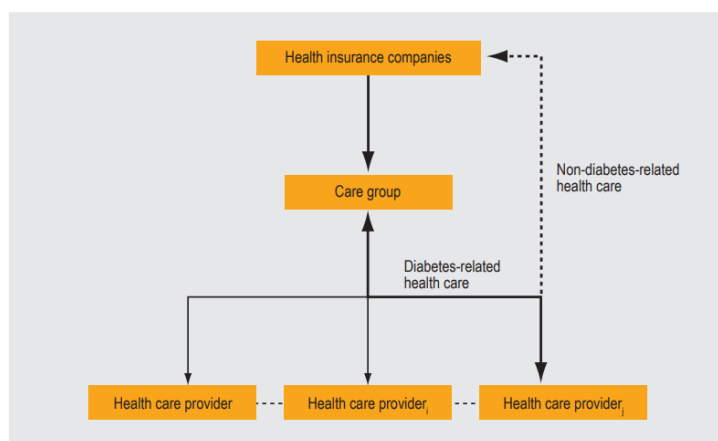
Figure 3.2a: Variant 1 for health care delivery: salaried health care providers.

Figure 3.2b: Variant 2 for health care delivery: contracted health care providers.

Figure 3.2c: Variant 3 for health care delivery: contracted and salaried health care providers.

Joonis 7. Care Group'ide moodustamise võimalused Hollandis.

Põhimõtteliselt ei oleks tohtinud eriarstiabi spetsialistid ravikindlustusele pearahaga kaetud teenuste eest enam arveid esitada. Praktikas esines siiski juhtumeid, kus eriarstiabi spetsialistid esitasid kindlustajale raviarveid samade teenuste eest, mis esmatasandil pearaha sisse olid arvatud. Perearstid argumenteerisid, et olid saatekirja eriarstile andnud teisel näidustusel (nt mitte diabeet vaid südame veresoonekonna haigused).⁷



Joonis 8 Bypass ehk multimorbiidsete krooniliste haigete paralleelarved, Holland.

2010. aastast otsustas valitsus laiendada programmi ka teistele enamlevinud kroonilistele haigustele – lisaks diabeedile COPD ja astma ning kardiovaskulaarsed haigused.⁸

⁷ <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260224002.pdf>

⁸ <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/5/3824>

Igale haigusgrupile loodi oma ravistandard ja selle alusel arvutati keskmine pearaha. Samuti oli võimalus kaasata Care Groupide omanike ringi nüüd veelgi laiem hulk spetsialiste. Perearstide arv Care Groupi kohta kasvas kiiresti ulatudes 150-ni. Nendele lisandusid muud teenuseosutajad.

Juba süsteemi algusaastatel tundsid kindlustusfirmad muret turu kommertsialiseerumise ja monopoliseerumise pärast. Tänapäevaks on mure süvenenud. Hinnatakse, et kuni 230 praksist on üles ostetud kommertsivõrgustike poolt. Nähakse vajadust seda trendi analüüsida ja kaasnevaid riske maandada.⁹

Laiaulatuslikke teenuseid osutavate Care Groupide moodustamisega on sisuliselt loodud kaks turgu – esimesel räägivad ravi maksumuses läbi kindlustusfirmad ja Care Groupid, teisel Care Groupid ja nende allhankepartnerid. Laiaulatuslike Care Group'ide baasil on Hollandis piiratud mahus testitud ka piirkonna populatsioonipõhist rahastamist. Näiteks sõlmiti ühe Care Groupiga (kuhu kuulusid ka haiglad) leping, mille alusel vastutas ta täielikult populatsiooni iga ravikindlustatud liikme kõigi tervisevajaduste eest kuni summani 22 500 eurot patsiendi kohta aastas (v.a. hambaravi). Säästetud summat sai kasutada ravikvaliteedi parandamiseks.¹⁰

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste rahastamine samal tasandil

Riikides, kus sotsiaal- ja tervishoid on korraldatud ja rahastatud ühtsetel alustel (näiteks Soome, Kanada, Uus-Meremaa ja Hispaania), on integreeritud teenuste paremaks juhtimiseks samuti moodustatud nn koordineeritud teenuseosutamise piirkonnad ehk tervisepiirkonnad. Siin on piirkondade moodustamise piirkonnapõhise planeerimise eesmärgiks eeskätt sama piirkonna teenuseosutajate ühtse eesmärgi nimel koostöö soodustamine, mis võimaldab saavutada suuremat efektiivsust, kui tsentraalne juhtimine, sest kohalikud teenuseosutajad tunnevad paremini kohalikke olusid, piirkondlike eripäradega arvestamine ja vajalike arenduste ning innovatsioonide kiirem kasutuselevõtt¹¹. Piirkonnad tegutsevad ühtsetel alustel seaduses antud raamistikus, kuid on oma otsustes lokaalsete prioriteetide ja koostöölahenduste kohta autonoomsed¹².

Kui tugev regulatsioon õigusaktides puudub, võivad piirkonnad kujuneda üpris erinevateks.

Piirkondade erinevusi arvestatakse ka rahastamisel. Reeglina jagab riik raha piirkondade vahel pearaha põhimõttel arvestades piirkonna elanike arvu ja muid sotsiaalmajanduslikke tegureid.

⁹ <https://www.nivel.nl/en/nieuws/commercialization-gp-care-netherlands-rise-we-lack-good-insight>

¹⁰ <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260224002.pdf>

¹¹ <https://www.tewhatauora.govt.nz/corporate-information/our-health-system/organisational-overview/localities/>

¹² The Health care System in Catalonia: Evolution and Strategic Orientation From the Perspective of the Catalan Health Service, 2010



Joonis 9 Riikides, kus tervishoiu- ja sotsiaalteenuste rahastamine on samal tasandil, on reeglina ka teenuste korraldus viidud samale tasandile, milleks on tervisepiirkond. (THR- tervishoiuteenuste rahastamine, STR- sotsiaalteenuste rahastamine)

Hispaania, Kataloonia (6 mln elanikku)

Hispaania on jaotatud 7 tervisepiirkonnaks ja iga tervisepiirkond omakorda mitmeks väiksemaks esmatasandi piirkonnaks (kokku 369). Kataloonias kuulub suurem osa teenuseosutajatest riigile. See on võimaldanud lihtsasti moodustada multidistsiplinaarseid esmatasandi teenuseosutamise keskusi, kellelt integreeritud ravi- ja hooldust osta. Catalan Institute of Health (ICS) on Kataloonia suurim avalikke tervishoiuteenuseid pakkuv organisatsioon, kuhu kuulub ca 39 000 spetsialisti. ICS juhib otse 286 esmatasandi meeskonda ja kuulub ka muudesse esmatasandi konsortsiumitesse, kuhu kuuluvad ka esmatasandi teenuseid pakkuvad haiglad. Lisaks juhib ICS kolme piirkonna suurimat kõrgema etapi haiglat.

Piirkonnas on ka väiksemaid konsortsiime. Näiteks otsustas Badalona linnavalitsus 2000. aastal integreerida tervishoiu- ja sotsiaalteenuste pakkumise ühte organisatsiooni Badalona Serveis Assistencials (BSA). Sinna kuuluvad 7 esmatasandi keskust, üks madalama etapi ja üks kõrgema etapi haigla.

Alates loomisest on BSA juhtimisstruktuur toetanud mitut tüüpi tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande integratsiooni¹³

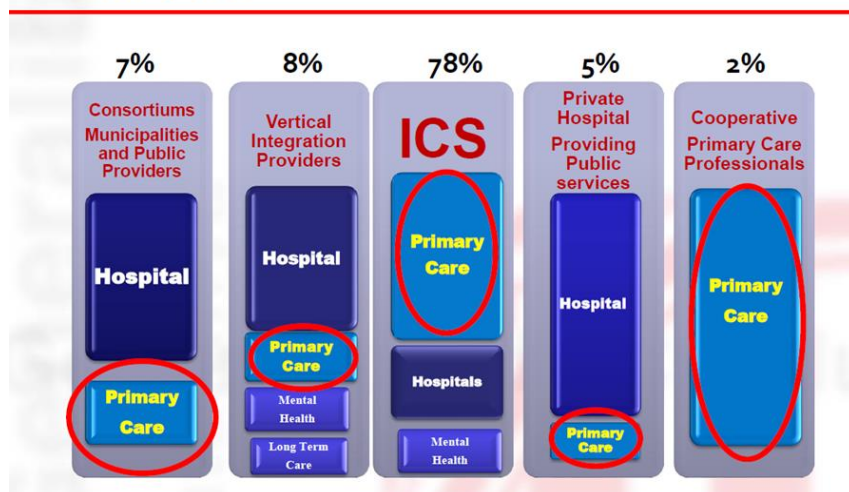
- Funktsionaalne integratsioon: *backoffice* ja tugifunktsioonide koordineerimine kõigi kaasatud üksuste vahel
- Organisatsiooniline integratsioon: tervishoiu- ja sotsiaalhoolduse pakkumise eest vastutab üksainus organisatsioon
- Tööalane integratsioon: tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande spetsialistide multidistsiplinaarsed meeskonnad
- Teenuse/kliiniline integratsioon: ravitee arendamine ühtse/tõrgeteta protsessina läbi aja, koha ja distsipliini
- Normatiivne integratsioon: jagatud missioonitöö väärtused ja organisatsiooniline/professionaalne kultuur
- Süsteemne integratsioon: stiimulite ühtlustamine organisatsiooni tasandil.

Organisatsioon koondab enam kui 1000 spetsialisti ja see teenindab piirkonda, kus elab üle 435,000 inimese.¹⁴ Siiski ei moodusta sellised konsortsiumid Kataloonia teenuseosutajatest olulist osa (vt joonis10)

¹³ Rossi Mori, Albano ja Piera Jimenez, 2017

¹⁴ <https://www.capturethefracture.org/fls/badalona-serveis-assistencials-bsa>

Catalan Healthcare System Healthcare Providers at Primary Care



Joonis 10 Kataloonia esmatasandi tervishoiuteenuste pakkujate struktuur¹⁵

Peamiselt eristab Katalooniat enamikust teistest Euroopa riikidest asjaolu, et üle 90% esmatasandi teenuse osutajatest kuulub riigile (vt joonis 11). Esmatasandi meeskonnad, kes on abivajajale esimeseks kontaktpunktiks, koosnevad perearstidest, pediatritest, hambaarstidest, õdedest, sotsiaaltöötajast, hooldustöötajatest ja administratiivsetest töötajatest.

Ownership of healthcare facilities

Type of center	Public		Non-public	
	Property (%)	Management (%)	Property (%)	Management (%)
Specialized/hospital care	25,94	21,43	74,06	78,57
Primary care	95,40	87,72	4,60	12,28
Mental care	28,87	27,38	71,13	72,62
Long-term care	68,63	62,75	31,37	37,25

Source: Catalan Department of Health

Joonis 11 Tervishoiuteenuste osutajate varaline ja juhtimislik kuuluvus Kataloonias.

Kataloonia süsteemi teine tugisammas on intensiivne ja sihipärane infosüsteemide kasutamine ja arendamine. Catalan Open Innovation Healthcare Hub (edaspidi Hub) eesmärk on pakkuda läbi infotehnoloogia kõigile Kataloonia elanikele kvaliteetseid integreeritud ravi- ja hooldusteenuseid. Infotehnoloogia üheks olulisemaks ülesandeks on ühendada

¹⁵ https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-03/ev_20170227_co07_0.pdf

populatsioonipõhine lähenemine tervisele ja heaolule eesmärgistatud tegutsemisega teenuseosutamise tasandil. Teenuseosutajatele on teada, millisesse populatsiooni tasandi riskigruppi iga konkreetne inimene kuulub ja see võimaldab nii pakutavaid ennetus- kui ravi- ja hooldusteenuseid oluliselt paremini eesmärgistada (läheldes mitte inimese üksikute teenuste vajadusest vaid tervikvajadusest) ning seostasa teenuseosutamise tasandit tehtav töö populatsiooni eesmärkide saavutamiseks.

Hub teenused koosnevad viiest peamisest ehitusplokist – 1) terviseriskide hindamine, 2) tervislike eluviiside propageerimine, 3) vertikaalne ja horisontaalne integratsioon, 4) uuenduslikud hindamis- ja korralduslahendused ning 5) integreeritud hooldusteenuste digitaalne tugi.

Kataloonia Health Service CATSALUT kasutab sisendina Hub teenuseid ja on saavutanud märkimisväärselt häid tulemusi riskipatsientidele suunatud inimesekesksete lähenemistega. Tänu heale infosüsteemile on tulemusi süsteemselt jälgitud ja hinnatud. Perioodil 2011 - 2015 rakendas Kataloonia eakatele suunatud täiemahulist ja süsteemset kroonilistele haigetele suunatud ennetuse, ravi ja hooldusprogrammi, mis sisaldas esmatasandi piirkondade ja meeskondade põhiselt laiaulatuslikke koordineeritud sekkumisi¹⁶

Peamised rahvusvahelises praktikas palju analüüsitud ja mitmel pool järgimist leidnud sekkumised olid:¹⁷

- inimesekesksete eesmärgistatud ja koordineeritud ravi- ja hooldusplaanide kasutuselevõtt, süsteemne teenuskoordinatsioon,
- koduhaigla teenus ja
- haiglast kodusele ravile liikumise koordineerimine

Peamised tulemused perioodil 2011-2015 olid järgmised¹⁸:

- *Health-preserved expect. survival to expect. survival ratio: Δ 4%*
- *Percentage reduction of referrals to specialized care: - 50%*
- *Reduction of hospitalisations: - 7,500 admissions*
- *Reduction of 30-d re-admission rate in chronic patients: -9% (13% cases)*
- *Reduction of emergency room admissions in chronic patients: -40%*
- *Reduction in mortality rate of cardiovascular and respiratory disorders: -15%*
- *Improvement of activity of home hospitalization: + 53% (12,600 cases/yr.)*
- *Improvement of activity of palliative care: 100% coverage*
- *Improvement of coverage of ePrescription: 97% population*

Alates 2015. aastast on CATSALUT liikunud esmatasandi meeskondade tasustamisel järjest enam piirkonnapõhisele populatsiooni riskihindamisega seotud pearaha põhisele rahastusele, haiglate osas on ta jäänud eelarvepõhisele rahastusele (vt täpsemalt järgmist peatükki).

¹⁶ file:///C:/Users/anneli.taal/Downloads/plan_de_salut_de_catalunya_2011-2015_health_plan_of_catalonia_2011-2015_.pdf

¹⁷ https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/93746513/s12913_019_4174_2.pdf

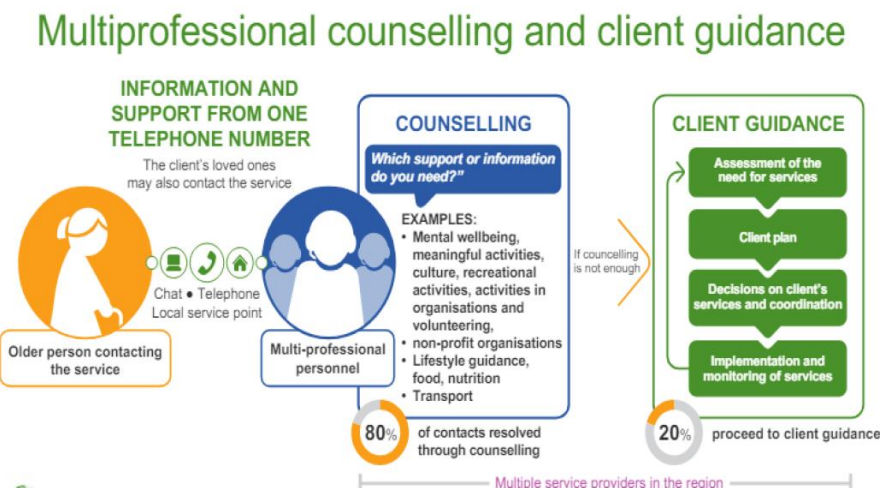
¹⁸ https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-02/ev_20181212_co02_en_0.pdf

Soome

Soome võttis sotsiaal- ja tervishoiuteenuste paremaks integreerimiseks ette tervikliku haldusreformi ja moodustas uue valitsustasandi – heaolumaakonnad (20 tk)– koos kõige selle juurde kuuluvaga sh moodustati kohalike valimiste teel maakondade volikogud ja valitsused. Seejuures ei kaotatud ära seni sotsiaalteenuste ja tervishoiuteenuste korraldamise ning osutamise eest vastutanud kohalikke omavalitsusi vaid need vastutavad endiselt haridusvaldkonna teenuste osutamise eest. See on muutnud mõnevõrra keerukamaks tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integreerimise haridussüsteemiga. Lisaks ei jõutud poliitiliselt kokkuleppele tervikmuudatuse osas ja nii tegutseb Helsingi piirkond edasi vanade korralduspõhimõtete alusel. Maakondade rahastamine toimub pearaha põhimõttel (vt täpsemalt järgmisest peatükist).

Kuna Soome on üks Euroopa kõrgeima eadate osakaaluga riike, on seal õigusaktidega küllalt detailselt reguleeritud sotsiaal- ja tervishoiuteenuste integreeritud osutamine eakate sihtrühmale.¹⁹ Iga heaolumaakond peab oma piirkonna eakatele vajadustele vastavate teenuste osutamiseks koostama plaani. Plaani koostamisse tuleb kaasata ka selle piirkonna eakate organisatsiooni (Council for older people) esindajad.

Õigusaktist tuleneb ka nõue, et maakonnas peab olema eakatele kättesaadav sotsiaal- ja tervisealane nõustamine (joonisel 12 Councelling), viivitamatu abivajaduse hindamine, personaalse teenuste ja abi plaani koostamine, selle abivajajaga kooskõlastamine ning, et sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid tuleb võimalusel osutada inimesele tema kodus (vt joonis...).²⁰ Nõustaja lahendab 80% pöördumistest iseseisvalt, ainult 20% juhtumitest suunatakse edasi. Maakondades on tööl ka nn kliendi juhid (joonisel 12 *Client guidance*), kes sisuliselt koordineerivad abivajajale personaalse plaani koostamist ja elluviimist koostöös multidistsiplinaarse meeskonnaga.



Joonis 12 Eakatele osutatavate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste nõutav korraldus Soome heaolumaakonnas.

¹⁹ <https://stm.fi/en/older-people-services>

²⁰ <https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2012/en20120980.pdf>

Uus- Meremaa

Uus-Meremaal on tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna rahastamine juba ajalooliselt pikalt (üle 25 aasta) olnud korraldatud ja rahastatud riigi tasandil. 20 tervise piirkonda juhivad District Health Board'id (riigi asutused), kes on moodustanud lokaalse alliansi piirkonna perearstide esmatasandi võrgustikuga, haigla(te)ga, apteekide, hooldusteenuste osutajate jt piirkonnas oluliste teenuseosutajatega. Nii raha jagamise kui ka innovatsioonide otsused tehakse alliansis ühiselt. Perearstid on rahastatud pearaha põhimõttel aga peremeditsiinile on läbi neid ühendava võrgustiku suunatud lisaks mitmeid erinevaid teenuseid, täiendkoolitusprogramme ja innovatsiooniprogramme.

Perearstide esmatasandi võrgustikul (iseseisev juriidiline isik) on integratsioonis oluline, et mitteöelda kandev roll. Perearstide võrgustiku kaudu ja toel on näiteks Canterbury piirkonnas implementeeritud mitmeid väga edukaid tervishoiu sisest integratsiooni parandanud innovatiivseid lahendusi (vt lähemalt lk 36):

- Acute Demand Management Systems (ADMS), mis hoiab ära asjatud EMO külastused ja hospitaliseerimised,
- CREST ehk Community rehabilitation enablement and support team programm pakub eakatele haiglast kodusele ravile liikumise sujuvat teenust fookusega kiirele rehabilitatsioonile ja iseseisvale toimetulekule.
- Health Pathways, mis ei ole lihtsalt korraldatud patsienditeekonnad vaid lokaalsed kokkulepped perearstide ja eriarstide vahel patsientide suunamise ja teenuste osutamise osas,
- Electronic Request Management System, mis võimaldab perearstil suunata patsiendi ka näiteks sotsiaalteenustele jms.

Need innovatsioonid on oluliselt parandanud süsteemi efektiivsust (nt vähendanud ooteaegu, haiglaravi kestust, kordushospitaliseerimise määra jne) ja suurendanud süsteemis töötavate spetsialistide rahulolu²¹.

Kokkuvõte

Sõltumata sellest, kas tervishoiu ja sotsiaalteenuseid rahastatakse mõlemaid riiklikult/tsentraalselt või tervishoidu finantseerib riik ja sotsiaalteenuseid valdavalt kohalikud omavalitsused, on teenuste integratsiooni juhtimine viidud vaatlusalustes riikides piirkondlikule tasandile – moodustatud nn tervise- või heaolupiirkonnad.

Tervisepiirkonnad on fikseeritud maa-alad. See võimaldab:

- Analüüsida ja hinnata piirkonnas elava populatsiooni sotsiaal- ja terviseriske ning abivajadust ja eesmärgistada integratsiooni
- Luua piirkonnas ühine otsustamise protsess ja leppida oluliste osapooltega kokku ühised eesmärgid
- Toetada aktiivselt piirkonda kuuluvaid teenuseosutajaid erinevate integratsiooni ja koostööd soodustavate meetmetega

²¹ <https://www.cdhb.health.nz/wp-content/uploads/c476aa13-canterbury-kings-fund-report.pdf>

- Kaasata piirkonnale sobilike lahenduste väljatöötamisse ja ebaefektiivsetest loobumisse nii piirkonna olulised teenusepakkujad, omavalitsused, kogukonna esindajad, kui ka õppe- ja teadusasutused.

Tervisepiirkonna juhtimiseks on reeglina moodustatud piirkondlikule tasandile strateegilise juhtimise organ, mis koosneb tervishoiu valdkonna ja sotsiaalvaldkonna korraldajate ja rahastajate ning piirkonna peamiste teenuseosutajate gruppide esindajatest.

Infosüsteemid ja andmed peavad toetama nii piirkondlikku analüüsi, kui otsustusprotsessi. Integratsiooni juhtimise seisukohalt on kõige tulemuslikum piirkonna populatsiooni segmenteerimine riskirühmadeks ja koordineeritud teenuspakkumise meetmete suunamine üksnes kõrge riskiga populatsiooni gruppidele, kes seda kõige rohkem vajavad.

Õigusaktides kirjeldatud ootused ja nõuded tervisepiirkondadele võimaldavad arenguid ja integreeritud teenuseosutamise valdkondasid ning kvaliteeti piirkondades ühtlustada.

Integratsiooni on seda lihtsam juhtida, mida vähem on tervishoiu- ja sotsiaalteenuste rahastajaid ja mida lihtsam on koondada tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajaid ühte organisatsiooni. Kui teenuseosutajaid ei õnnestu koondada ühte organisatsiooni, võib tänu lauldasele allhangete süsteemile välja kujuneda tugev sekundaarne turg, mida on keeruline juhtida ja kontrollida. Samas on siiski tehniliselt ja organisatoorselt lihtsam ja selgem, kui piirkonnas koondunud teenuseosutajad moodustavad juriidilise isiku vältimaks ostja-pakkuja samasuse konflikti. Laiaulatuslikud teenuseosutajate konsortsiumid võivad osutada suureks turujõuks, kui nad baseeruvad olulises osas erakapitalil. See võib tekitada monopoli ja kommertsialiseerumise probleemi.

Teenuseosutajate integreerimine esmatasandil võimaldab saavutada piirkonna horisontaalse integratsiooniga seotud eesmärgid. Haiglate kaasamine võimaldab saavutada ja vertikaalse integratsiooniga seotud eesmärgid. Enamus riike on alustanud horisontaalse integratsiooni parandamisest. Selleks on motiveeritud ja toetatud piirkonna esmatasandi teenuseosutajate koondumist ühise juriidilise isiku alla. Pikema koostöökogemuse ajalooga riikides ja/või riikides, kus esmatasandi teenuse osutajad kuuluvad avalikule sektorile, on õnnestunud süsteemselt esmatasandi teenuseosutamine integreerida moodustades füüsilisi esmatasandi teenuskeskusi.

Üksikute diagnooside põhiselt integreeritud teenuste osutamise korraldamine suurendab dubleerimise ja väärkasutuse riski ning kontrolli vajadust.

Plaaniliste tervishoiuteenuste saamise eelduseks on reeglina tervisekindlustus või kodakondsus, sotsiaalabi teenuste saamine baseerub üldjuhul hinnatud abi vajadusele. Nende kahe rahastamise mehhanismi ühisosa reguleerimisel tuleb sellest tulenevalt arvestada mõlema süsteemi piiranguid st integreeritud teenuseid saab osutada isikutele, sotsiaal- kui tervishoiusüsteemi nõuetele.

Euroopa sotsiaal- ja tervishoiusüsteemid on üsna sarnased ja seetõttu on ka peamised integratsiooni mehhanismide kaudu testitud edukad lahendused väga sarnased ning on andnud erinevates riikides sarnaseid tulemusi. Seetõttu on OECD pidanud võimalikuks peamisi tulemusi üldistatada EL riikidele.²²

²² https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9acc1b1d-en.html

2. Integratsiooni ostmine ja rahastamise viisid

Integreeritud inimesekesksel teenuseosutamisel ja tavapärasel teenuseosutamisel on küllalt suur ja põhimõtteline vahe. Tavapärane teenuseosutamine on üldjuhul reaktiivse iseloomuga st inimene pöördub oma konkreetse kaebusega ja sellest lähtuvalt hinnatakse tema vajadus teenuse järele ning osutatakse ka talle abi. Kui konkreetsetel teenuseosutajal puudub pädevus inimest tema probleemi osas aidata, saadab ta abivajaja järgmise spetsialisti jutule, kes tegutseb sarnaselt. Kui inimene oma abivajadusega teenuseosutaja poole ei pöördu, siis jääb ka tema abivajadus tähelepanuta ja probleemide süvenedes tekib lõpuks vajadus erakorralise abi järele, mis on enamasti kulukas. Inimesed, kellel on tavapärasest suurem abivajadus, tajuvad tavapärasel teenuseosutamise süsteemi fragmenteerituna, sest suunamiste ja infojagamise süsteemid ei ole sageli hästi läbimõeldud ning IT-lahendustega toetatud, üksikutel teenuseosutajatel puudub hea ülevaade teistest üksikutest teenuseosutajatest ja infopuudusel dubleeritakse sageli vajaduse hindamist ning mõningatel juhtudel ka sisulisi teenuseid.

Integreeritud inimesekeskne teenuseosutamine algab sellest, et püütakse populatsioonist leida abivajajad ja neid juba proaktiivselt toetada vältides tervislike ja sotsiaalprobleemide süvenemist. Integreeritud teenuseosutamise korral hinnatakse kohe igakülgset inimese tervikvajadust erinevate tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osas sõltumata sellest, millise üksikprobleemiga inimene on pöördunud. Vastavalt hindamise tulemustele moodustatakse abivajaja ümber meeskond tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistidest, kes osutavad teenuseid omavahel koordineeritult pidades silmas ka abivajaja (ja tema lähedaste) enda võimekust ja valmidust abi vastu võtta. Sel moel on võimalik vältida dubleerimisi ja saavutada laiemaid eesmärke, kui ainult konkreetse tervisliku kaebuse lahendamine.

Integratsiooni toetavad ja integreeritud rahastamise viisid

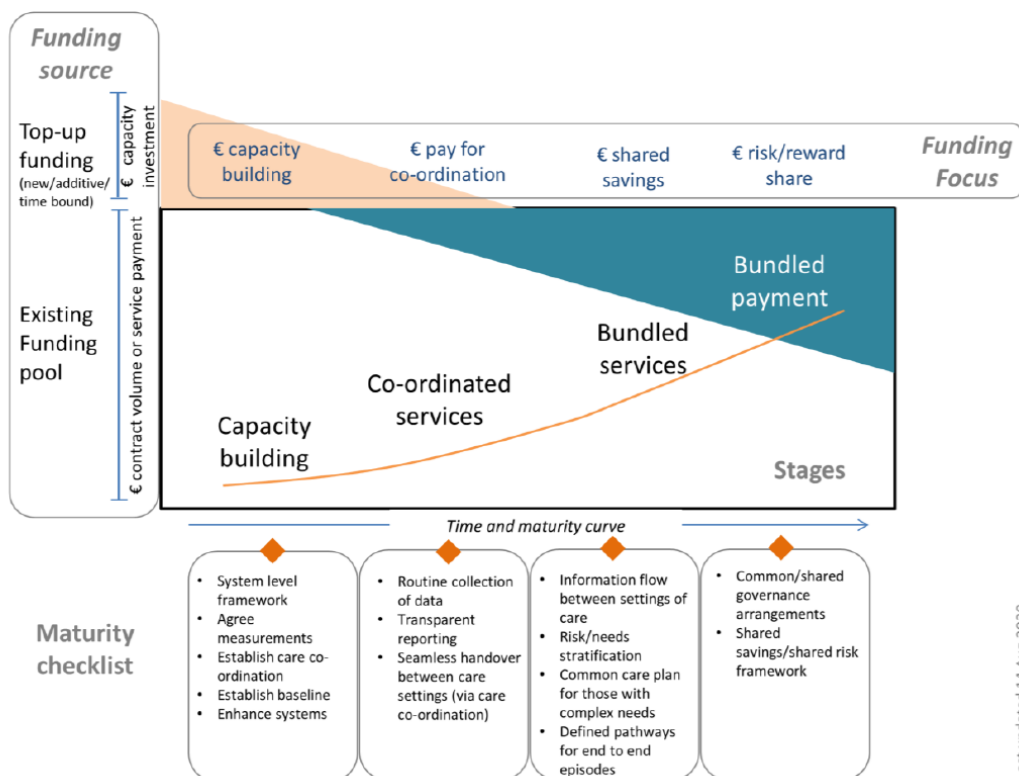
Integreeritud teenuseosutamise areng on tihedalt seotud seda toetavate ja võimaldavate rahastusviiside arenguga. IFIC (International Foundation of Integrated Care) on oma raportis „Supporting Integrated Service Provision in Estonia“ välja toonud peamised integratsiooni toetavad ja integreeritud rahastamise viisid (vt ka joonis 13)

- capacity building
- pay for co-ordination
- bundled services
- bundled payment

Neid võivad paralleelselt võimendada:

- Pay for Performance (incentive schemes) ja
- Outcome based bonuses

-



Joonis 13 Süsteemi integreeritus ja integratsiooni motiveerimise ning integreeritud süsteemi rahastamise võimalused. IFIC raport „Supporting Integrated Service Provision in Estonia“, algallikas Tsiachristas 2016

Järgnevalt vaadeldakse detailsemalt, mis on erinevate integratsiooni toetavate ja integreeritud rahastamise viiside kasutuselevõtu eeldusteks ja kuidas neid erinevates riikides on rakendatud.

Capacity building ehk koostöökultuuri rahastamine

Tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemides, kus on levinud tavapärane teenuseosutamine ja puudub meeskonnatöö harjumus, ei teki integratsioon iseenesest. Seda pole ka võimalik lühikese aja jooksul lihtsasti saavutada, sest meeskonnatöö eeldab täiendavaid kompetentse, ressursse ja töövahendeid ning, mis kõige tähtsam, usalduse tekkimist koostööpoolte vahel. Sel põhjusel võib teiste riikide praktikat analüüsides märgata, et integreeritud teenuseosutamise kasutuselevõtu esimestes faasides rahastatakse koostöökultuuri teket - *capacity building*.

Koostöökultuuri teket võib rahaliselt motiveerida mitmel moel:

- Täiendav boonusmakse võrgustikku kuulumise eest - nt Inglismaa, Wales
- Lisatasu võrgustiku töös aktiivse osalemise eest sh võrgustiku loomise, juhtimise ja selle töö koordineerimise eest – nt Wales
- Lisatasu võrgustikule seatud kvaliteedieesmärkide saavutamise eest
- Tasu uute integreeritud multidistsiplinaarsete teenuslahenduste väljatöötamise eest
- Tasu uute integreeritud multidistsiplinaarsete teenuslahenduste piloteerimise eest

Väheintegreeritud tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemis, kus alles alustatakse süsteemse integreeritud teenuseosutamise loomisega, moodustab integratsiooniga seotud **capacity**

building tavapäraselt vaid väikese osa (kuni 1%) kogu süsteemi rahastusest. Capacity building on reeglina nõu lisakiht (top-up funding) olemasolevale tasustamise süsteemile.

Capacity building on enamasti seotud esmatasandiga, kus on sageli palju väikesi või individuaalpraksiseid nii tervishoiu-, kui ka sotsiaalsüsteemis. Näiteks perearstiabi on paljudes arenenud riikides organiseeritud väikeste või individuaalpraksistena, kes on juriidiliselt eraettevõtjad ja, keda on seetõttu keeruline sundida konsolideerima ning multidistsiplinaarseid esmatasandi ravimeeskondi moodustama, sotsiaalsektori kaasamisest rääkimata. Püüdlused multidistsiplinaarset esmatasandi teenuseosutamist rahaliselt motiveerida makstes raha vaid võrgustikku kuulumise või koostöös osalemise eest, päädivad üldjuhul sellega, et 60-70% perearstidest ühinevad initsiatiiviga, kuid ülejäänud ignoreerivad muutusi. Sarnast tulemust on õppevisiitidel kinnitanud mitmed riigid, kes on üritanud sel moel perearste motiveerida vabatahtlikult võrgustuma ja multidistsiplinaarseid meeskondi moodustama (Inglismaa, Belgia, Iirimaa, Singapur).

Paremaid tulemusi on andnud võrgustumise ja multidistsiplinaarsete meeskondade moodustamise seostamine konkreetsete teenuseosutamise kvaliteediga seotud tulemuseesmärkidega. Seejuures on oluline, et kvaliteediga seotud tulemuseesmärgid oleks perearstide endi poolt oluliseks peetavad ja, et tulemuseesmärkidega seotud rahastamine moodustaks perearstide sissetulekust olulise osa (vt Hollandi näidet allpool).

Taanis näiteks ei ole perearstide võrgustikud moodustatud küll integratsiooni vaid pigem teenuse kvaliteedi tagamise eesmärgil, kuid laialdane võrgustumine saavutati seeläbi, et perearstid pidid kas liituma perearstide kvaliteedivõrgustikuga või läbima regulaarseid kvaliteedikontrolle.

Hea hõlmatus on perearstide võrgustike loomisel saavutatud ka sellega, kui võrgustikku kuulumine pakub silmnähtavaid hüvesid võrreldes sinna mittekuulumisega. Seejuures on taas oluline, et võrgustikel endil oleks võimalik hüvede loomises kaasa rääkida ja osaleda.

Walesis kinnitasid kõik õppevisiidil külastatud perearstid, et kõige suurem motivaator klastrisse kuulumisel ja selle töös osalemisel ei ole lisaraha vaid võimalus läbi võrgustikutöö töökorraldust ja abi osutamist paremaks muuta.

Perearstide baasil esmatasandi multidistsiplinaarsete meeskondade loomine on Euroopas levinud, kuna perearst peaks juba definitsiooni kohaselt olema tervishoiusüsteemis inimese teejuht ja toetama teda kogu elukaare vältel hoides võimalusel ära inimese tõsisemat haigestumist ja haiglasse sattumist. Perearstikesksetelt võrgustikelt oodatakse reeglina ka sotsiaalsektori ja kogukonna kaasamist. Samas haiglate jt eriarstiabi teenuseosutajate kaasamist esmatasandi võrgustikesse osades riikides (Wales, Iirimaa, Inglismaa) pigem välditakse, et tagada eriarstiabi ja perearstiabi lahusus. Teisalt ei ole sellise lähenemisega võimalik liikuda integratsiooni tugevalt motiveeriva rahastamise suunas, mille korral delegeeritakse abivajaja terviklik proaktiivne abivajaduse hindamine ja teenuse osutamine koostööd tegevatele teenuseosutajatele.

Integratsiooni toetavad rahastuse viisid

Bundled services põhimõttel tasustamine tähendab, et erinevat liiki teenused sh erinevate teenuseosutajate poolt osutatavad teenused grupeeritakse ühe väljamakstava summa alla (nt DRG, patient pathway). Tasustamisühikuks on näiteks inimese eeldefineeritud raviteekond või ravi episood. See rahastusviis sisaldab endas integreeritud inimesekeskse rahastamise elemente, kuna tasustamisel võetakse lisaks osutatavate teenuste kulule arvesse ka inimese terviseriske, tervises seisundit, haigust ja/või ravi- ja abivajadust. Bundled services põhimõttel tasustamine on episoodipõhine. Maksja pakub antud lähenemise korral kvaliteedi tagamiseks üldjuhul välja ka minimaalselt nõutava teenuskomplekti sihtrühmale. Bundled services tasustamisega käivad sageli kaasas ka koordineerimise tasu (pay-for-coordination) ja tegevuseesmärkidega seotud boonustasu (pay-for-performance).

Bundled services tasustamisviisid hõlmavad traditsiooniliselt eriarstiabi ja selle järgset taastumist. Raviteekonna põhised rahastamisviisid on suunatud ainult haigestunud ja abivajavatele inimestele ning motiveerivad teenuseosutajaid tegelema eeskätt raviepisoodidega (mitte nt haiglasse sattumise ennetusega). Teine raviteekondade põhise rahastamisega seotud probleem on, et need on kitsalt diagnoosipõhised ja neid ei ole sellisel kujul võimalik ega otstarbekas laiendada kogu süsteemi rahastusele.

DRG-põhine tasustamine, mida on varasemalt peetud süsteemi tõhustavaks rahastamismeetodiks, on tänaseks ümber hinnatud integratsiooni takistavaks ja ülemäära teenuseosutamist ning inflatsiooni tingivaks rahastusmeetodiks ²³.

Bundled payment põhimõttel rahastamine tähendab seda, et kombineeritakse erinevaid rahastamise viise mingis proportsioonis ja saadakse lõpuks üks summa. Integratsiooni toetavad baasrahastamise viisid on siin pearaha ja Global payment finantseerimine. Pearaha makstakse tavaliselt igakuiselt ja see on seotud üksikisikuga populatsiooni segmendist sõltumata sellest, kas see isik vajab hetkel abi või mitte (nt perearstile makstakse inimese eest pearaha hoolimata sellest, kas ta on haige või mitte). Selline lähenemisviis motiveerib teenuseosutajaid tegelema lisaks ravile- ja muule abile ka haiguste ja sotsiaalsete probleemide ennetusega. Lähenemisviis eeldab populatsiooni segmenteerimist ehk stratifitseerimist sotsiaaldemograafiliste näitajate, terviseriskide, haiguste ja kulude põhjal. Kõrgema terviseriskiga inimeste (sh näiteks eakate krooniliste haigete, kellel on kõrgem haiglasse sattumise risk) eest makstakse selle loogika alusel teenuseosutajale kõrgemat pearaha. See eeldab, et maksja suudab vastavaid riske ning nende realiseerumisega seotud kulusid piisavalt täpselt hinnata. Kvaliteedi tagamiseks kehtestab maksja üldjuhul ka minimaalselt nõutava teenuskomplekti sihtrühmale ja jälgib regulaarselt kvaliteeti väljendavaid protsessi ja tulemusindikaatoreid. Pearaha on levinud tasustamise viis esmatasandil, kus seda kombineeritakse enamasti baastasuga (pay-for-performance).

Global Payment on laiemal skaalal (st nii perearstiabi, eriarstiabi kui hooldusravi) integreeritud teenuste eest tasustamine inimese kohta ühe summa alusel. Selleks, et rahastajaga Global Payment lepingusse asuda, on teenuseosutajad sunnitud ühinema või koonduma ja looma spetsiaalse nn *accountable care* organisatsiooni, kelle ülesandeks on populatsiooni vajaduste analüüs ja võimalikult optimaalse teenuskomplekti väljapakumine ning rahastajaga riskipõhiste lepingute sõlmimine.

²³ https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9acc1b1d-en.html

Nii pearahale kui Global Payment'ile saab juurde lisada täiendava rahalise motivaatori – kui teenuseosutaja suudab välja pakkuda uue innovatiivse teenuslahenduse, mille tulemusel on võimalik sihtrühma tervisenäitajaid muutmata või olulisel määral parandades kulusid kokku hoida, saab ta osa kokkuhoitud summast endale. See eeldab aga, et teenuseosutaja poolel on piisav võimekus hinnata populatsiooni või selle osa tervist ja terviseriske riske ning neid läbi teenuseosutamise protsessi juhtida (nt Saksamaa, *Gesundes Kinzigtal*). Antud lahendus ei toimi väikeste populatsioonide puhul. Statistiliselt olulise muutuse määramiseks on seal juhtumite arv paljudes riskirühmades reeglina liialt väike.

Kõigil kirjeldatud rahastamise meetoditel on omad plussid ja miinused, mis on kirjeldatud joonistel

Base alternative payments			
	Definition	Pros	Cons
Case-based	Payment for an episode of care based on a classification of the patient and the type of care they required (e.g. HRGs and DRGs)	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce unit cost of care – e.g. reduced length of stay • Incentivises provider to increase access and capacity 	<ul style="list-style-type: none"> • Does not encourage demand management (i.e. there is risk of oversupply) nor a focus on improved population health • Impact on quality less clear – in theory may lead to 'skimming' or 'up-coding'
Episode-based bundled payment	Payment for medical services delivered during an episode of care	<ul style="list-style-type: none"> • Discourages unneeded services within an episode 	<ul style="list-style-type: none"> • Can be difficult to define episode • May encourage unnecessary episodes • Lack of coordination across episodes
Disease-based bundled payment	Payment for all care required for a patient for a particular disease during a predefined period	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivises collaboration, coordination and prevention • Reduces unnecessary services 	<ul style="list-style-type: none"> • May jeopardise continuity of care • Can be problematic in case of multi-morbidity
Global payment	Payment for all services offered to cover the medical needs of a defined population for a specific period of time	<ul style="list-style-type: none"> • Encourages cost containment (unit costs and volume of care) • Encourages allocative efficiency • Encourages population health management 	<ul style="list-style-type: none"> • Can create monopolistic power (limit competition) and limit patient choice • Can result in skimming

Joonis 14 Integratsiooni toetavate baasrahastusviiside plussid ja miinused

Top-up alternative payments

	Definition	Pros	Cons
Pay-for-performance	Payments to providers for meeting predetermined quality indicators	<ul style="list-style-type: none"> Can encourage effective clinical practice and higher quality for patients May offset perverse incentives of other approaches 	<ul style="list-style-type: none"> Can lead to a process-oriented view of care (easier to measure than true outcomes) Can encourage a focus on only some quality domains (the 'streetlamp' effect)
Pay-for-coordination	Payment for taking responsibility for coordinating a patient's care along parts/complete care pathway for a specific period	<ul style="list-style-type: none"> Stimulates coordination and cooperation 	<ul style="list-style-type: none"> Unclear long-term impact May reward usual care ('easy meal' for providers)
Risk and gain sharing	Organisational or individual payments are increased if financial targets are met for the wider system	<ul style="list-style-type: none"> Incentivises cost containment and allocative efficiency 	<ul style="list-style-type: none"> Can lead to skimming Can be complex to administer – e.g. when involving contracts with a large number of providers

Joonis 15 Integratsiooni toetavate lisarahastusviiside plussid ja miinused

Viimasel ajal on järjest enam asunud viima haiglaid olulises osas tagasi fikseeritud või eelarvepõhisele rahastamisele eesmärgiga suurendada haiglate huvi koostöö vastu perearstidega ning vähendada põhjendamatuid teenuste dubleerimisi haigla siseselt. See seab väljakutse ravi kvaliteedile aga on andnud häid tulemusi vertikaalsel integratsioonil ning efektiivsuse kasvu (vt allpool Uus-meremaa ja Hollandi näited).

Holland

Holland on alates 2010. aastast finantseerinud diabeedi, COPD ja astma ning kardiovaskulaarseid kroonilisi haigusi põdevaid patsiente esmatasandil pearaha põhimõttel kasutades iga haigusgrupi pearaha maksumuse arvutamiseks standardiseeritud teenuskomplekti. Krooniliste patsientide pearaha on makstud täiendavalt igale perearstile tema nimistu patsientide eest makstavale pearahale ja seda saavad perearstid läbi Gare Group lepingu. Krooniliste haiguste pearaha ja sellega seotud tulemustasu moodustab perearsti sissetulekust olulise osa 15-25%²⁴ ja see on motiveerinud perearste liituma Care Group'idega (kõik perearstid on nendega liitunud). Care Group-iga on lisaks rahastamisele kokku lepitud ka krooniliste patsientide raviga seotud protsessi ja tulemusindikaatorid (vt joonis 16).

²⁴ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>

Outcome indicator	Process indicator
HbA1c	Patients with 1 check-up
Mean (%)	Patients with 2 check-ups
% of patients <7.0%	Patients with 3 check-ups
Systolic blood pressure	Patients with 4 or more check-ups
Mean (mmHg)	Annual foot examination
% of patients <140mmHg	Annual eye examination
BMI	
Mean (kg/m ²)	HbA1c test
% BMI <25	Blood pressure test
% BMI 25-30	BMI measurement
% BMI >30	Kidney clearance test
Foot examinations	Albuminuria test
% of patients with foot problems	LDL calculation
Eye examinations	Smoking status known
% of patients with retinopathy	Dietician consultation
LDL cholesterol	
Mean (mmol/L)	Composite indicators
% of patients <2.5 mmol/L	4 standard check-ups plus foot and eye exams
Kidney clearance	Tested/known: HbA1c, blood pressure, BMI, LDL, kidney clearance, eye and foot exams, smoking status
% of patients >60 ml/min	
% of patients 30-60 ml/min	
% of patients <30 ml/min	
Smoking	
% of smoking patients	
% of quitters at 12 months	
* Significant effect (P < .05); # = excl	

Joonis 16 Krooniliste haiguste ravi protsessi- ja tulemusindikaatorid Hollandis ²⁵

Neid on põhjalikult analüüsitud ning läbi on viidud ka patsientide ja teenuseosutajate ning rahastajate rahulolu küsitlused. Süsteemi hinnanud eksperdid on kinnitanud pakutava ravi varasemast oluliselt paremat vastavust ravi standarditele, kuid välja toonud selle olulisemad nõrkused.²⁶

- See ei toeta mitut kroonilist haigust korraga põdevate patsientide koordineeritud käsitlust;
- Piisavalt ei pöörata tähelepanu patsientide sotsiaalsetele vajadustele, koostöösse ei kaasata sotsiaalteenuste osutajaid;
- Patsienti ennast ei kaasata oma raviprotsessi piisavalt ega võimestata teda oma tervise eest vastutust võtma;
- Ei kasutata koordineeritud ja inimesekeskseid hooldus- ja raviplane.

Tänapäevaks on Holland muutnud seniseid rahastamise põhimõtteid.

Ravikindlustusorganisatsioonidelt nõutakse endiselt, et nimetatud kroonilisi haigusi põdevate patsientide rahastamine toimuks esmatasandil pearaha põhimõttel, kuid pearaha peab sisaldama ka inimese abivajaduse mitmekülgset hindamist, inimesekeskse inimese isiklike eesmärgi sisaldava raviplaani koostamist ja plaani täitmise regulaarset hindamist (vt joonis 17)

²⁵ <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260224002.pdf>

²⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10001506/>



Joonis 17 Krooniliste ja multimorbiidsete patsientide soovituslik käsitlus esmatasandil, Dutch Centre of Expertise on Health Disparities ²⁷

Hollandis piloteeriti haiglate (so kahe haigla) rahastamise eelarvepõhiseks muutmist 5 aastaseks perioodiks koos kokkuleppega, mis võimaldas tulenevalt efektiivsemast töökorraldusest ja patsientide esmatasandile ravile suunamisest saavutatud kokkuvõidu kasutada innovatsiooniks ja haiglatele vajalikeks investeeringuteks. Selle tulemusel vähenes olulisel määral hospitaliseerimine, kasvas ambulatoorne ravi, jäeti ära ebavajalikud eriarsti vastuvõttud ja uuringud ning lühenes haiglaravi kestus (vt joonis 18). Ooteaegu eriarsti vastuvõttudele ja ravile ning patsientide liikumise näitajaid piirkonnast välja eriarstiabi saama kasutati hindamaks, et haiglad ei piirdu lihtsalt abiandmise vähendamisega. Lisaks hinnati seni kasutusel olnud ravikvaliteedi näitajaid, mis perioodi jooksul ei halvenenud. ²⁸

Table 2 The effect of the change programmes on use of care in the catchment area of a hospital

	Beatrix hospital	Bernhoven
Average effect of care use in catchment area with respect to similar hospitals		
Treatment volume value (median prices)	−4.7%	−7.4%
Number of patients	+0.1%	−5.1%
Number of outpatient treatments	+2.9%	+0.4%
Number of inpatient treatments	−2.7%	−8.0%
General practitioner (unique patients with long consultations)	+0.4%	+3.5%
General practitioner (unique patients with long visits)	+5.9%	+9.2%
Other healthcare expenditure (excl. hospital expenditure)	+2.2%	+3.0%

Note: effects are calculated for all residents in an catchment area, adjusted for age and gender. In an catchment area, about 20-25% of patients visit a hospital other than Bernhoven and Beatrix hospital. This partly explains why the effects at the level of the catchment area are smaller than at the hospital level.

Joonis 18 Aktiivravihaiglate DRG ja ravijuhupõhiselt rahastamiselt eelarvepõhisele rahastamisele viimise mõju Hollandis.

²⁷ <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/5/3824>

²⁸ <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Policy-Brief-Evaluation-programmes-Beatrix-hospital-and-Bernhoven.pdf>

Oluline on mainida, et haiglate eelarvepõhiseks viimise programm sisaldas ka intensiivset koostööd haigla tõmbepiirkonna perearstidega, mille tulemusel liikus arvestatav osa patsientidest esmatasandile (ka rahastaja suurendas sealset ravimahtu). Ühel haiglal rahastati eelarvepõhiselt eraldi meditsiinipersonali ja muid programmi osadega seotud kulusid. (vt joonis 19)

Table 3 Components of the strategic programmes

Part	Beatrix hospital 'Quality as a medicine'	Bernhoven 'Dream'
Bottom-up quality initiatives	Large number of initiatives (50+) set up to improve quality and limit volume	Large number of initiatives (50+) set up to improve quality and limit volume
Strengthen cooperation with general practitioners	Intensive collaboration with the GP association "HenZ" + Pilot more time for the patient	Intensive collaboration GP association "Synchronous"
Revised financing structure	Multi-year contract price	Multi-year contract price
Remove production incentive MS	Adapted distribution model within medical specialist company (LOGEX)	Salaried medical specialists (2015) + participation model
Organisational change		Reorganisation in four care models + medical specialists as a manager
Cultural change		Cultural programme

Joonis 19 Kahe Hollandi aktiivravihaigla (Beatrix hospital ja Bernhoven hospital) eelarvepõhisele rahastamisele viimise programmi peamised komponendid

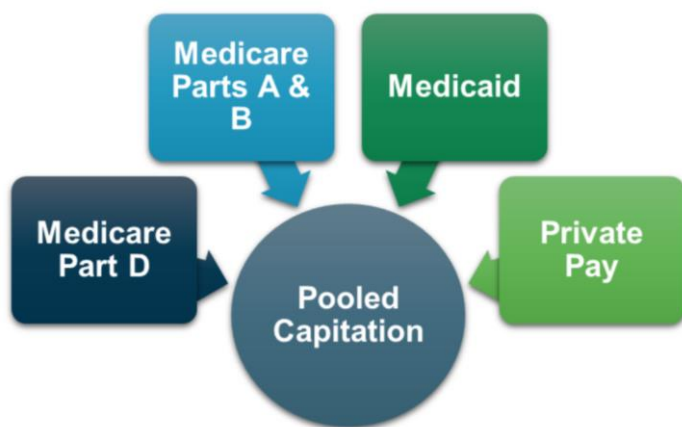
2014.a. alustati ühe piirkonna Care Group'ide baasil pilooti, mille käigus katsetati perearstide one-way shared savings tasustamisviisi (Dutch shared savings program targeted at primary care: Reduced expenditures in its first year – ScienceDirect)

- At the time of study, the GP payment model consisted of quarterly capitation fees for each person enrolled with the practice, and small fee-for-service payments for patient visits and specific medical procedures. GPs also received bundled payments for providing a predefined bundle of chronic care services.
- In the pilot, a shared savings contract [complemented the traditional GP payment system. Under the contract, participating GPs agreed to take accountability for medical spending and quality of care within their population of listed patients, and were held accountable for the full set of services covered by Menzis's insurance policies, also when these services had been delivered by other providers.](#)
- In the contract, accountability was promoted through a one-sided shared-savings model, in which GPs could earn part of the savings they generated in the entire spectrum of health care.
- [program participation led to savings in health care expenditures \(-2%\), while patient satisfaction was unaffected and while the results for other quality indicators were ambiguous. Additional analyses show that savings have been predominantly realized by lowering the volume of specialist care, and that almost every participating GP displayed cost-saving behavior.](#)

USA

Kui Euroopa riikides hõlmab makstav pearaha eeskätt perearsti koordineerimisel osutatavaid tervishoiu teenuseid, siis USA PACE programmis sisaldab see ka sotsiaalteenuseid.

PACE organisatsioonidele makstakse pearaha programmis osaleva liikme kohta kuus. Inimestele on liikmeks saamine vabatahtlik, PACE organisatsioon ei saa omale ise patsiente valida vaid peab kõik soovijad vastu võtma. Programmis osalejate ravi- ja hooldusvajaduste rahuldamiseks kombineeritakse raha mitmest allikast. See summaarne pearaha koosneb neljast peamisest rahastamisallikast: Medicare'i A- ja B-osa, Medicare'i osa D, Medicaid ja Private Pay. Programmis osalejatel on reeglina nii Medicare kindlustus ehk tervisekindlustus kui Medicaid kindlustus ehk sotsiaalkindlustus. Private Pay või ainult Medicare'is osalejad on PACE programmis haruldased, moodustades vähem kui 1% kogu PACE-sse registreerunuist.



Medicare'i osade A ja B pearahamäärad põhinevad:

- a) maakonnapõhistel baasmääradel, mis on kohandatud konkreetse osaleja demograafiliste ja diagnostiliste karakteristikutega, ning
- b) sotsiaalse faktoriga korrigeerimisel, mis kajastab igas PACE organisatsioonis osalejate keskmist funktsionaalse võimekuse taset.

Medicare D osa pearahamäärad põhinevad veidi keerulisemal riskide kohandamise protsessil. PACE organisatsioonid peavad enne iga kalendriaastat esitama CMS-ile Medicare D osa baaskulu pakkumised. Pärast heakskiitmist on need pakkumised aluseks aasta 1. jaanuaril kehtima hakkavale vahepõhimakse määrale. Medicare'i osa D konkreetse osaleja riski kohandamiseks kasutatav mudel on sarnane Medicare'i A ja B kohandamise mudelile ennustades lisaks ka iga osaleja ravimikulusi (vt täpsemalt lisast).

Erinevalt Medicare'i pearahamääradest, mis põhinevad kogu riigis ühtsel valemil, on igal osariigil oma PACE organisatsioonide Medicaidi pearaha määramiseks erinev meetodika. Medicaidi pearaha baasmäär põhineb enamasti võrreldava populatsiooni hooldamise kuludel. Seda nimetatakse ülemiseks makseliimiidiks või nn alternatiivkuluks (st summaks, mis muidu oleks makstud). Osariigid rakendavad oma PACE määrade määramiseks Medicaidi pearaha baasmäärale tavaliselt korrigeerivat protsenti. Mõnes osariigis kasutatakse isikupõhist riski kohandamise määra, kuid enamikul on kõigi Medicaidi abikõlblike osalejate jaoks ühetaoline määr.

PACE programmis kasutusel oleva pearaha maksmise viisi teeb võimalikuks PACE keskuste olemasolu. PACE keskused on sisuliselt integreeritud teenuseosutajad koondades paljusid erinevaid multidistsiplinaarseks tööks vajalikke esmatasandi spetsialiste ühe juriidilise isiku koosseisu.

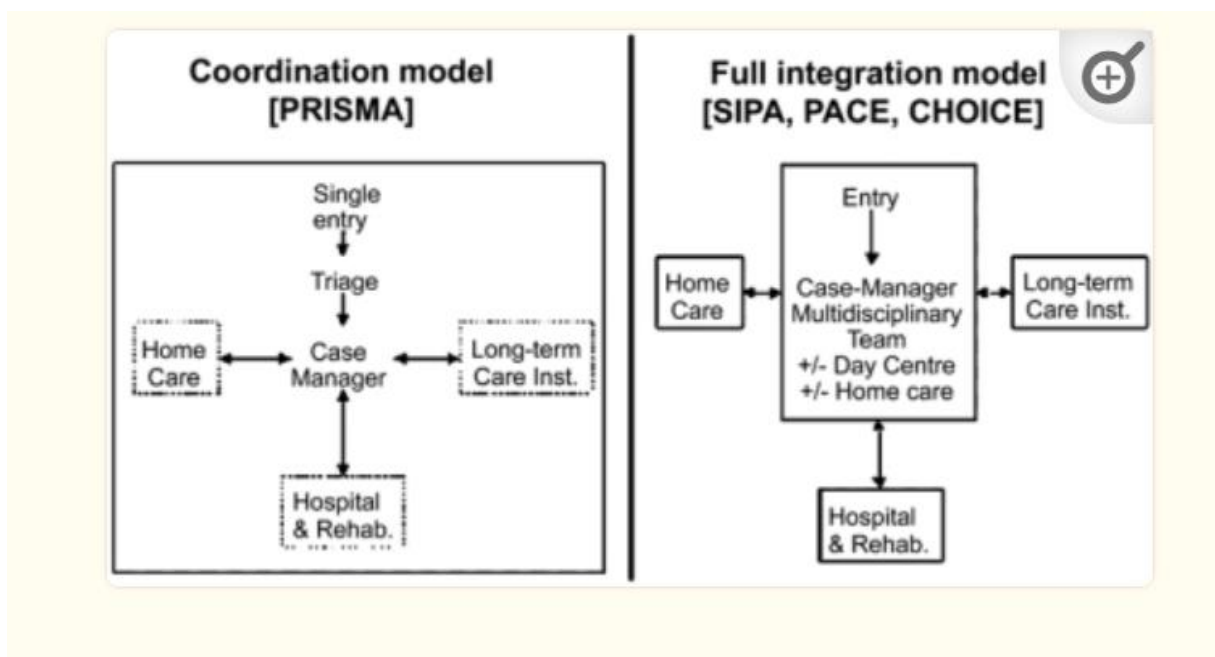
Riikides, kus tervisekindlustus on tsentraalne (st puuduvad konkureerivad erakindlustajad) või tervishoiu rahastamine ei ole seotud kindlustuse põhimõttega, ei ole tavaliselt rahastajatel piisavalt häid kogemusi populatsiooni riskipõhiseks halduseks ja rahastamiseks. Riskipõhiselt makstava pearaha kasutuselevõttu takistab ka teenuseosutajate ebapiisav integreeritus. Hoolimata sellest on riigid saavutanud häid tulemusi tasustades eraldi/täiendavalt valdkonnaüleste teenuste koordineerimist ning luues ja finantseerides koordineeritud kompleksteenuseid.

Pay for co-ordination

Eakatele krooniliste haigustega inimestele tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise inimesekeskne sihipärane koordineerimine ja selle eest tasu maksmine on ilmselt alguse saanud USA tervishoiusüsteemist juba aastakümneid tagasi. Seal on paljude uuringute põhjal ka selle kuluefektiivsust näidatud.²⁹ Viimasel aastakümnel on teenuste koordineerimine ja koordineeritud kompleksteenused ka Euroopas levima hakanud.

Traditsioonilise valdkonnaülese teenuste koordineerimise peamised elemendid on inimesekeskne holistlikul põhimõttel koostatud ravi- ja hooldusplaan, multidistsiplinaarne meeskond ja koordinaator, kes plaani koostamist ja täitmist koostöös patsiendi ja meeskonnaga korraldab ja koordineerib.(IFIC raport) Peamiselt rahastatakse sellist koordineeritud teenust eesmärgiga hoida inimese kroonilised haigused ja sotsiaalsed probleemid kontrolli all, mis võimaldab inimesel kodukeskkonnas toime tulla ning vähendab seeläbi kulusid institutsionaalsele ravile ja hooldusele. (nt USA, Kataloonia, Soome, Wales, Singapur jt)

Koordineeritud teenuseosutamise mudeli korral (vt joonis 20 vasakpoolne skeem) makstakse tavapäraselt kinni koordinaatori ametikoha täiendav kulu. Tervishoiu teenuste finantseerimine jääb endiselt tervishoiusüsteemi kanda ja sotsiaalteenuste kulu sotsiaalsüsteemi kanda. Koordinaator asub enamasti esmatasandil (mitmest perearstist koosnevate praksiste või multidistsiplinaarsete esmatasandi tervisekeskuste või perearsti kesksete esmatasandi võrgustike juures) ja teenuste koordineerimine on tänu sellele tihedalt integreeritud perearstiteenustega.



Joonis 20. Koordineeritud vs integreeritud teenuseosutamise mudel³⁰

²⁹ <https://www.commonwealthfund.org/publications/2019/feb/care-models-patients-complex-needs>

³⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1483944/>

Täielikult integreeritud teenuseosutamise mudel (vt joonis 20 parempoolne skeem) eeldab, et erinevad teenuseosutajad on juriidiliselt ja füüsiliselt koondunud ühte teenuskeskusse ning koordinaator ei pea suhtlema erinevate teenuseosutajatega vaid tegeleb peamiselt meeskonnatöö ja juhtumikorraldusega.

Koordineeritud teenuseosutamise mudeli korral on oluline, et erinevad teenuseosutajad lepiksid kokku, kus on teenusele sisenemise punkt – kus toimub teenuse vajaduse hindamine ja sellest tulenevalt inimesele vajaliku teenusmeeskonna moodustamine. Integreeritud teenuseosutamise puhul pole see tarvilik, sest integreeritud teenuse osutamise koht ongi ühtlasi ka sisenemispunktiks. (vt joonis 21)

Elements of Integrated Care	Co-ordination Model (e.g. PRISMA)	Full Integration Model (e.g. SIPA, PACE, CHOICE)
Link with the health care system	Embedded within	Nested in
<i>Co-ordination</i>	Essential at all levels (governance, management, clinical)	Essential for clinical work only
<i>Case manager</i>	Essential (works with existing teams in services)	Essential (with a multidisciplinary team)
<i>Single entry</i>	Essential	Not essential (referral procedure only)
<i>Individualised service plan</i>	Essential	Essential
<i>Unique assessment tool</i>	Essential for all partners and services	Essential for internal purposes only
<i>Computerised clinical chart</i>	Essential for all partners and services	For internal use only
<i>Budgeting</i>	Negotiation between partners (capitation not essential)	Capitation essential plus contract with external services

Joonis 21 Koordineeritud teenuseosutamise mudeli võrdlus integreeritud teenuseosutamise mudeliga.³¹

Rahastamisel, nagu juba eelnevalt mainitud, ei kasutata koordineeritud teenuseosutamise mudeli korral reeglina pearaha vaid tasustatakse koordineerimisega seotud kulusid eraldi.

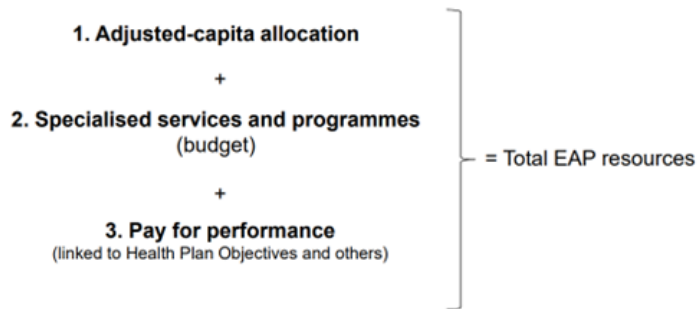
Hispaania, Kataloonia

Näiteks Kataloonias koosneb esmatasandi meeskonna finantseerimine alates 2015. aastast kolmest komponendist: pearaha, mis on kohandatud sotsiaal ja terviseriskidega, fikseeritud eelarvesumma spetsialiseeritud teenuste ja koordinatsiooni eest ning boonustasu ehk *pay for performance*, mis on seotud eelnevalt kokkulepitud eesmärkidega.

³¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1483944/>

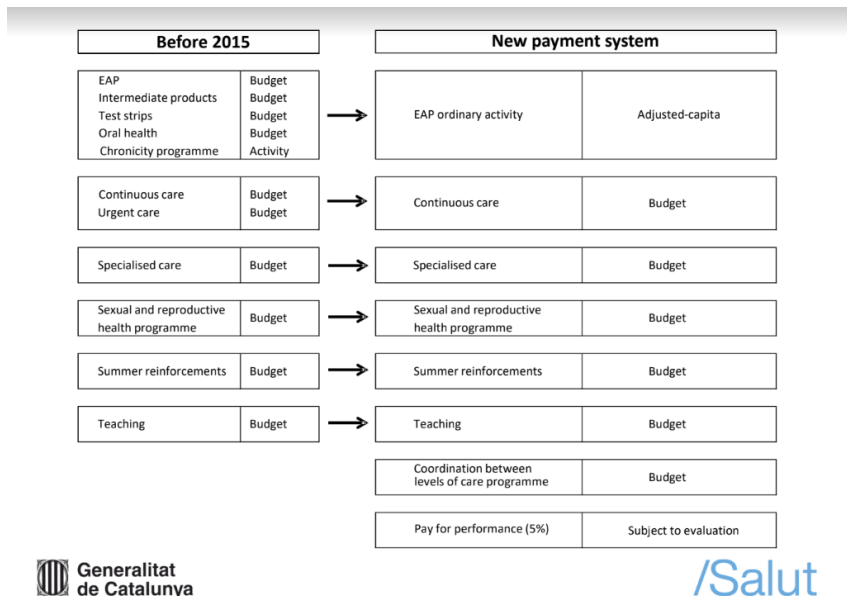
S/Primary Care: Purchasing and Payment

- The EAP contract consist of 3 blocks:



Joonis 22 Esmatasandi meeskonna tasustamispõhimõtted Kataloonias

Eraldi eelarveliselt makstakse koordinaatsiooni ja 24/7 *continuous care* eest, mis on sisuliselt kompleksteenuse (vt joonis 23). Pay for performance moodustab 5% kogu summast.



Joonis 23 Koordinaatsiooni eest tasutakse esmatasandi meeskonnale eraldi eelarve põhiselt

Koordineeritud kompleksteenuse enamlevinud ja efektiivsust ning kulutõhusust kinnitanud näited on:

- Discharge support service ehk sujuva haiglast kodusele ravile liikumise toetamise teenus (nt Soome, Wales, Iirimaa, Uus-Meremaa, Holland jt)

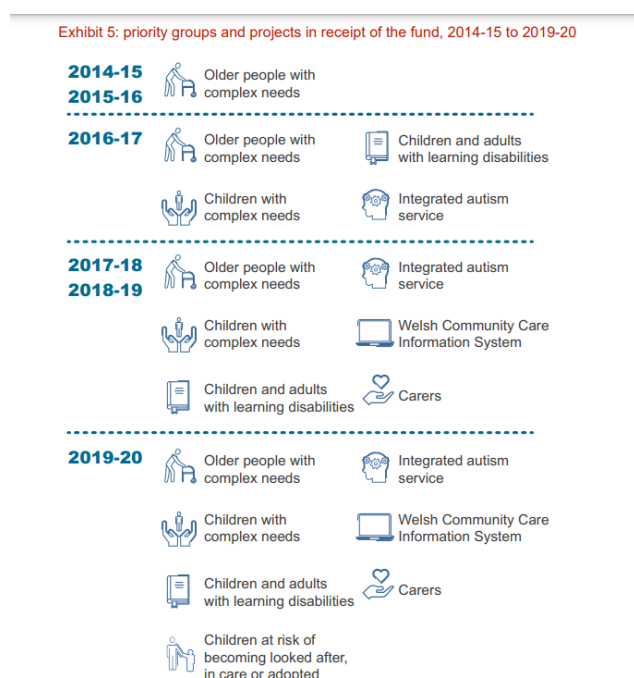
- Kodupõhised kompleksteenused, nagu koduhaigla ehk *hospital at home* (Australia, Kanada, Saksamaa, Israel, UK, USA jt) ning eakate kukkumise valveteenus (elderly fall management at home) koos sotsiaalse toega hospitaliseerimise ja rehospitalseerimise vältimiseks, aga ka kodune palliatiivravi.

Lisaks võib välja tuua peamiselt tervishoiu valdkonna sisest integratsiooni parandavad kompleksteenused, mille pakkumine on sageli samuti initsieeritud, korraldatud ja juhitud esmatasandi võrgustike poolt:

- Acute Demand Management Systems - esmatasandil korraldatud 24/7 valmisolek ja patsientide triiaaz akuutse abivajaduse juhtimiseks (nt Holland, Taani, Uus-Meremaa, Wales, Iirimaa, Kataloonia, Soome jt)

Wales

Walesis on integratsiooni võimestamise tulemusel erinevates tervisepiirkondades ellu kutsutud hulgaliselt koordineeritud kompleksteenuseid. Nende teenuste arendust on riik toetanud Regional Integration Fund'i kaudu. Regional Integration Fund kutsuti ellu alates 2014. aastast ja esimesed kaks aastat oli see suunatud ainult komplekssete vajadustega eakatele (vt joonis 24). Tänapäeval on sihtrühmad jäänud samaks võrreldes 2020. aastaga.



Joonis 24 Regional Integration Fund prioriteetsed sihtrühmad perioodil 2014-2020³²

Kõik fondist finantseeritavad tegevused peavad otseselt toetama 6 riiklikult heaks kiidetud *integrated care* mudelit, milleks on:

- *Community based care – prevention and community coordination*
- *Community based care – complex care closer to home*
- *Promoting good emotional health and well-being*
- *Supporting families to stay together safely, and therapeutic support for care experienced children*
- *Home from hospital services i.e. discharge support*
- *Accommodation based solutions*

³² https://audit.wales/sites/default/files/integrated-care-fund-report-eng_11.pdf

Regional Partnership Board’id jaotavad oma osa fondist tulusaajatele erinevatel alustel³³. Mõned kasutavad seda osaliselt ka oma administreerimiskulude katmiseks. Taotlejad/tulusaajad on peamiselt esmatasandi klastrid (Primary care clusters), keda on kogu riigis 60 või regiooni tasandil moodustatud Health boardid, kuhu kuuluvad lisaks esmatasandi klastrite esindajatele ka piirkonna haiglale, kiirabi, apteekide jm tervishoiuteenuste osutajate esindajad ja mille tööd juhib enamasti piirkonna ülikooli esindaja.

Üldjuhul kaetakse taotlejale fondist projektipõhiselt koordineerimise, juhtumikorralduse, sotsiaalset sidusust ja kaasatust parandavate vms täiendavate spetsialistide palga- ja töökoha kulu. Vt projektide eesmärgistamist ja seotust riiklike prioriteetidega peatükist 'Integratsiooni eesmärgistamine'. Esmatasandi klatri töös osalemise ajakulu on kaetud eraldi fondist.

Näiteks on Cardiff Southwest esmatasandi klattris moodustatud seal töötavale 7 perearstile toeks multidistsiplinaarne meeskond, kelle ülesandeks on tegeleda patsientidega haiglaravi järgselt ja vältida taashospitaliseerimisi. Meeskonda kuulub koordinaator, kes saab igal hommikul haiglatest koju saadetavate patsientide loetelu ning võtab nendega ühendust, et selgitada välja abivajadus ja see, kas patsient mõistab, kuidas ta end kodus edasi ravima peab. Kui inimene vajab abi, kooskõlastab koordinaator selle perearstiga ja koostab kaastes vastavalt vajadusele ülejäänud meeskonda abistamise plaani. Meeskonda kuuluvad veel füsioterapeut, tegevusterapeut, koduõde, farmatseut ja sotsiaaltöötaja. Farmatseudi ülesanne on vaadata üle patsiendi ravimiskeem. Enamus spetsialiste töötavad selles multidistsiplinaarses meeskonnas osalise tööajaga.

Lisaks on selles klattris moodustatud nn *community resources team*, kuhu kuuluvad piirkonna koolitervishoiu, tervishoiu, tööõnustajate, vabatahtlike organisatsioonide nt toiduabi jt, eakate vabaajaringide, noorteorganisatsioonide jms esindajad. Tööd koordineerib perearsti meeskonda kuuluv nn *social describer*, kelle vastuvõtule saadab perearst inimesi, üksilduse ja sotsiaalse toimetuleku probleemidega. Üksilduse ja eraldatusega tegeletakse aktiivselt, kuna andmed pea 150 uuringust kinnitavad, et sotsiaalsed suhted parandavad olulisel määral elulemust. Sotsiaalne isolatsioon vastupidi toob endaga kõrgema suremusriski võrreldes muude elustiili, traditsiooniliste kliiniliste ja keskkonna riskifaktoritega.³⁴

Võrgustikku kuuluvate organisatsioonide aga ka piirkonna sotsiaaltöötajate vastuvõtule saab perearst suunata läbi spetsiaalse tarkvara Access.

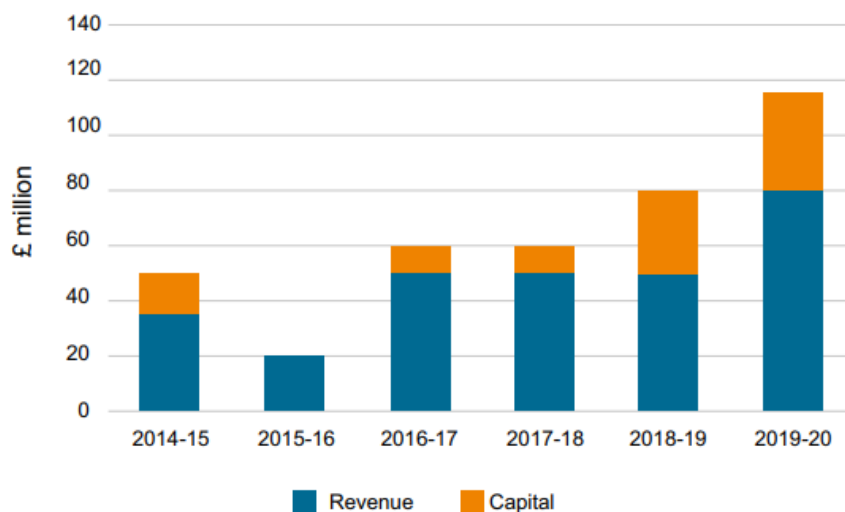
Tänu perearstidele taoliste tugimeeskondade loomise on osutunud võimalikuks perearstide nimistute olulisel määral suurendamine. Kui veel kümmekond aastat tagasi oli ühe perearsti nimistu keskmiselt 1800-2000 inimest perearsti kohta, siis täna on see keskmiselt 7000-8000 inimest perearsti kohta.

Regional Integration Fundi eelarve (*revenue*) perioodil 2014-2020 on toodud joonisel 25. See moodustab Walesi tervishoiu kulutustest ca 0,8%. Kinnitatud on ka eelarve aastateks 2022-2027 – 146 mln £.

³³ https://audit.wales/sites/default/files/integrated-care-fund-report-eng_11.pdf

³⁴ <https://lifesciencesintelligence.com/features/how-do-social-isolation-and-loneliness-impact-healthcare-outcomes>

Exhibit 1: total funds available between April 2014 and March 2020



Joonis 25. Regional Integration Fund'i eelarve perioodil 2014-2020

Edukamad integratsiooniprojektid implementeeritakse kogu riigi tasandil.

Paralleelselt toetab Walesi valitsus integreeritud teenuseosutamise keskuste loomist 180 miljoni £-ga (joonisel 25 *capital*). Keskuste integreeritavate teenuste valik on lai (vt joonis 26). Siiski ei pea toetuse saamiseks kohe kõiki teenuseid pakkuma.

Core GMS (potentially including extended hours / out of ours)	Dentistry	Pharmacy	Ophthalmology	Audiology (Including Primary Care Earwax Service)	Podiatry
IAPT (Mild-Moderate Depression and Anxiety)	MSK Service, and Wider Physio, OT, SLT services	Virtual MDTs Older People and Active Aging	Frailty assessment and support services	Cancer Screening	Case Management, care coordination complex multi-condition cohort
Sexual Health Services including Contraception clinics	Community mental health, LD and Autism Spectrum services	CAMHS consultation / therapeutic spaces	Minor Surgery	Ambulatory urgent care and urgent treatment (in and out of hours)	Diagnostics including X-Ray, CT, Echo, ECG, Ultrasound etc
Digital consultations	Maternity, health visiting and wider family care services.	Shared prescribing hub and Medicines Management	Peer-mentoring for chronic conditions	Wound Care and minor injuries	Minor procedures- Day Case surgery

Joonis 26 Esmatasandi keskuste integreeritavate teenuste valik Wales'is

Uus-Meremaa, Canterbury

Rahvusvaheliselt on palju tähelepanu tõmmanud Uus-Meremaa Canterbury piirkonna (ca 400 000 elanikku) edusammud nii tervishoiu kui ka sotsiaalvaldkonna integreerimisel. 2006/2007 oli Canterbury piirkonna tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem tõelises rahalises kriisis, kokku oli vaja hoida ca 8 mln eurot ja seda tingimustes, kus vajadused teenuste järele kasvasid ja ooteajad olid juba väga pikad.

Canterbury District Health Board (DHB), kes on vastutav piirkonnas tervishoiu ja hoolekande teenuste planeerimise, organiseerimise, ostmise ja pakkumise eest, viis mõne aastaga läbi

massiivse reformi, mille tulemusel saavutati vajalik kokkuhoid ja raha jäi ülegi (vt täpsemalt peatükist Integratsiooni eesmärgistamine).

Edu võtmeteguriteks loetakse ekspertide hinnangul:

- lähenemisviisile „one care, one budget“ – st eelarve jaotumine sotsiaal ja tervishoiu valdkonna vahel ning tervishoiuvaldkonna siseselt otsustatakse piirkonna alliansi poolt. Alliansis lepitakse kokku ühised eesmärgid ja innovatsiooniprogrammid ning tarvilikud investeeringud IT-sse, personali ja taristusse.
- Haiglate rahastamine on viidud eelarvepõhiseks st haiglatel puudub motivatsioon teenusepakkumist forsseerida ja annab võimaluse keskenduda erinevatele innovatsioonidele, mis on täiendavalt projektipõhiselt rahastatud.
- Perearstid on rahastatud pearaha põhimõttel aga peremeditsiinile on läbi neid ühendava võrgustiku suunatud lisaks mitmeid erinevaid teenuseid, täiendkoolitusprogramme ja innovatsiooniprogramme. Perearstid on motiveeritud võrgustikus osalema, sest nad saavad sealt administratiivset tuge, IT alast tuge, erinevaid teenuseid ja koolitusi. Samuti on võrgustiku kaudu võimalik kaasa rääkida süsteemi arendusvajadusele ning osaleda innovatsioonides.

Reformi läbiviimise eelduseks oli rahastuspõhimõtete muutmine ja uute lepinguvormide väljatöötamine. Kui varem maksti piirkonna haiglatele episoodi või protseduuri eest, siis eelarvepõhine rahastamine võimaldas optimeerida teenuste pakkmist ja töö intensiivsust haiglates ning suunata osa patsiente esmasandile kartmata saada selle eest vähem raha. Olulisem veel, haiglatel tekkis motivatsioon esmasandi ja hoolekandesüsteemiga aktiivset koostööd teha.

Teine suurem lepinguline muudatus on olnud alliansi rahastamislepingu arendamine. Kooskõlas nägemusega „üks süsteem, üks eelarve“, paneb leping alliansile kohustuse ühiselt hallata sellesse kuuluvate teenuseosutajate eelarvet ning jagada riske ja kasu, mis võivad sellest tuleneda. Samas ei ole allianss juriidiliselt legaliseeritud organisatsioon ja Canterbury DHB finantseerib teenuseosutajaid otse aastaste blokk-grantidega, mis vastavad alliansis kokkulepitule. Alliansi partneritega tehakse ka kollektiivseid otsuseid, kuidas jaotada säästearendusalgatustest.

Samamoodi teeb allianss ühiseid otsuseid ülekuluga tegelemise kohta üksikute teenuste raames, arvestades, et on vajalik tagada nende elujõulisus. Canterbury DHB ei tugine sellistele rahalistele stiimulitele nagu lisatasud või trahvid hea või halva töö eest.

Soome

Tervishoiu eelarve 2024 aastal 13 mlrd, sotsiaalteenuste eelarve 10 mlrd. Riigi tasandil on ette antud esmasandi ja kõrgema etapi eelarve kasutamise proportsionaalne jaotus. Esmatasand (va hambaravi) ja lokaalse iseloomuga haiglad (meie mõistes maakonnahaiglad ja TŰK, PERH ja ITK) moodustavad 28% tervishoiu eelarvest. Ülikoolihaiglate ehk regionaalse iseloomuga haiglate eelarve moodustab 67% tervishoiu eelarvest. 90% ulatuses määrab tervishoiu- ja sotsiaalraha jaotuse heaolumaakondade vahel ära seaduses kirjeldatud sotsiaal-majanduslike teguritega korregeeritud pearaha valem. 10% osas toimuvad igaaastaselt läbirääkimised.³⁵

³⁵ Soome õppevisiit juuni 2024, Sotsiaal- ja tervishoiu ministriummi ettekanne

Läbirääkimiste objektiks ei ole mitte ainult raha vaid ka oodatavad tulemused. Heaolumaakondade reformiga kaasnes selge eesmärkide ja nendega seotud mõõdikute ning jälgimise süsteem (vt järgmist peatükki).³⁶ Mõõdikute arvutamise ja olulistele osapooltele ning avalikkusele kättesaadavaks tegemise eest vastutab Finnish Institute for Health and Welfare. Selleks, et mõõdikuid oleks võimalik hinnata, ei muudeta rahastamise süsteemi vähemalt 3 järjestikkuse aasta jooksul. Esmased tulemused näitavad ministeeriumi kinnitusel, et sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi kulud ei ole küll langenud, kuid on madalamad, kui nad oleks olnud ilma süsteemi muutmata.

Kokkuvõte

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni programmid on saanud enamuses riikides alguse vajadusest tulla toime eakate krooniliste haigustega inimeste kiirelt kasvavate ravi- ja hoolduskuludega. Peamine suund on horisontaalne integratsioon esmatasandil aga suund on järjest enam ka vertikaalse integratsiooni parandamisele st koostööle aktiivravi haiglatega. Koostöö ja integratsioon on üldjuhul initsieeritud ja finantseeritud tervishoiusektori poolt kaasates sotsiaalsektorit mitte vastupidi. See võib olla tingitud asjaolust, et tervishoiusektoris täidab perearst oma meeskonnaga inimese terviseteejuhi rolli üle elukaare. Sotsiaalvaldkonnas sellisel kujul teenust pole.

Integratsiooni rahastamise viis sõltub süsteemide senisest koostöökultuurist ja koostöövalmidusest. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni rahastamisel saab eristada integratsiooni toetavat rahastamist ja integreeritud rahastamist.

Integratsiooni toetavat rahastamist saab omakorda jagada koostöö loomist toetavaks rahastamiseks ja koostöö rahastamiseks. Koostöö loomist toetava rahastamise eesmärgiks on tuua erinevad teenuseosutajad kokku ja luua usaldus, võimalused ning koostöökogemus ühiste eesmärkide seadmisel ja täitmisel. See võib sisaldada ühise taristu või juriidilise keha loomise finantseerimist, ühiste koolituste rahastamist, multidistsiplinaarsete meeskondade loomise ja koordineerimise süsteemi loomise toetamist, ühise otsustusprotsessi ja ühise eesmärkide seadmise ja jälgimise toetamist jms. Koostöö rahastamist saab alustada, kui koostöö juba sisuliselt toimib. Koostöö rahastamisel lähtutakse koostööpartnerite poolt kokkulepitud koostöökorraldusest. Rahastamise objektiks on valdkonnaülene koordinatsioon või valdkonnaüleselt koordineeritud kompleksteenused, mis võimaldavad abivajajal sujuvalt liikuda erinevate teenuseosutajate ja oma kodu vahel. Baasteenuseid rahastatakse endiselt eraldiseisvalt.

Integreeritud rahastamine tähendab, et teenuseosutajale makstav summa sisaldab nii kõiki kokkulepitud baasteenuseid, kui koordinatsiooniteenuseid, kuid pole eristatud, kui palju antud summast on mõeldud mingile teenusele. Teenuste osutamise proportsiooni üle otsustab teenuste osutaja esindaja, kes tagab ka et kokkulepitud summa eest osutatava teenus oleks piisav ja kvaliteetne (so teenuseosutaja risk).

Integreeritud rahastamine eeldab omavahel koostööd tegevate spetsialistide ja/või erinevaid teenuseid osutavate organisatsioonide poolt moodustatud ja neid esindava ühise juriidilise isiku olemasolu (so *accountable care organization*). Teenuseosutajate võrgustikku esindav

³⁶ https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165430/STM_2024_7_J.pdf

organisatsioon ehk *accountable care organization* saab asuda rahastaja(te)ga lepingulistesse suhetesse. Praktikas tähendab integreeritud rahastamine kahe turu teket: turg, mis on rahastaja(te) ja *accountable care organization*'ite vahel ning turg, mis on *accountable care organization*'ite ja teenuseosutajate vahel. Teise turu tekke saab suurel määral ära hoida, kui enamik teenuseosutajaid kuulub avalikule sektorile, kes saab need ise juriidiliselt kokku liita (Kataloonia näide). Tingimustes, kus tugevad *accountable care organization*'id koosnevad peamiselt erakapitalil baseeruvatest teenuseosutajatest, tuleb jälgida, et turule ei loodaks ebaefektiivset monopoli.

Integreeritud rahastamine seab kõrgendatud nõudmisi ja oskusi ka rahastajale. Teenuseosutajate koostööd ja integratsiooni toetavad kõige paremini rahastamise süsteemid, mis selekteerivad populatsioonist integreeritud teenuseid vajavate elanike grupid ja kujundavad nendele vajalike teenuste ning teenuste hinnatud tõenäolise kulu alusel põhineva pearahamakse süsteemi. Pearaha summa juurde kuulub loetelu ja kirjeldus teenustest, mida see katab ning loetelu jälgitavatest kvaliteediindikaatoritest. Rahastaja peab olema võimeline pearaha kujundama nii, et see arvestaks teenuseosutajate erinevaid riske ning samuti määrama, dünaamiliselt arendama ja jälgima kvaliteediindikaatoreid.

Lepingupartner, kes sellise lepingu täitmiseks võtab, peab arvestama, et etteantud geograafilises piirkonnas ei ole tal õigust patsiente valida. Samuti peab ta tõendama, et on kas ise või oma allhanke lepingupartnerite abil võimeline kõiki nõutavaid teenuseid kvaliteetselt osutama.

Integratsiooni pärssiv rahastamine

DRG ja juhtumipõhised rahastusviisid pärssivad teenuseosutajate koostööd, sest tekitavad konkurentsi patsientide pärast. Erinevad Euroopa riigid on hakanud otsima viise DRG-st ja juhtumipõhisest rahastamisest loobumiseks. Aktiivravihaiglate üleviimine juhtumipõhiselt rahastamiselt eelarvepõhisele koos esmatasandiga koostöö motiveerimisega on andnud häid tulemusi vertikaalse integratsiooni parandamisel, hospitaliseerimiste vähendamisel ja haiglate sisemise töökorralduse efektiivistamisel. Samas mida üldisemaks läheb rahastusskeem, seda detailsemaks peavad minema kvaliteedi ja tulemusmõõdikud.

Kvaliteedi- ja tulemusmõõdikutest kinni pidamiseks peab osa rahastamisest olema seotud erinevate kvaliteedi ja tulemusmõõdikute täitmisega (vastasel juhul ei teki mõõdikute jälgimise ja arvestamise kultuuri). Mõõdikute abil on ka võimalik suunata süsteemi arengut.

Raha hulk peab üldiselt võimaldama katta püsikulu ja muutuvkulu. Kuna püsikulu on tervishoius ca 70%, peaks üldine rahastus katma vähemalt 70% kuludest. Oluline on kindlasti katta meditsiinipersonaliga seotud kulu. Mõõdikutega seotud rahastus on motiveeriv, kui ta moodustab 15-20% tuludest. Kuna mõõdikute süsteem hakkab üldiselt raha süsteemis soorituse alusel ümber jagama, tuleb luua nn kompensatsiooni mehhanism, mis võimaldab ootuspärasest kehvemate tulemustega teenuseosutajaid täiendavalt toetada ja aidata küll mitte raha vaid koolituste, mentorluse jms alusel. See tähendab, et osa rahast tuleb suunata süsteemi läbi koolitus- ja kvaliteediarendusprogrammide.

Lisaks tuleb arvestada, et raha ei ole tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemis ainus motivaator. Olulisteks ennast praktikas tõestanud motivaatoriteks on ka:

- Soov aidata abivajajat;
- Optimaalsem töökoormus ja väiksem tööstress;
- Abivahendid töö efektiivsemaks korraldamiseks ja tegemiseks sh ligipääs tööks tarvilikule infole;

- Võimalus mõjutada süsteemi arengut positiivses suunas ja mõõta positiivset muutust.

Seega integratsiooni soodustav ja osapooli motiveeriv rahastamine peab sisaldama komponenti, mille täpsema kasutamise osas saavad koostöö osapooled ise kokku leppida.

Integratsiooni juhtimisega seotud rahastamine ei moodusta tavapäraselt küll olulist osa tervishoiu- ja sotsiaalteenuste rahastamisest aga sellega on siiski tarvilik arvestada. Samuti on oluline tagada piisavad vahendid investeeringuteks infotehnoloogilistesse abivahenditesse. See võimaldab säästa info otsimisele ja suhtlemisele kuluvat aega ning vältida dubleerimisi mõlemas süsteemis.

3. Integratsiooni eesmärgistamine

Selge eesmärgistamine ja eesmärkide kommunikatsioon peab saama alguse kõige kõrgemalt juhtimise tasandilt. Samas, et käivitada multisektoriaalne interdistsiplinaarne kollektiivne jõud, tuleb ühiste väärtuste, eesmärkide ja visiooni kokkuleppimisse kaasata kõik olulised koostööpartnerid. (IFIC)³⁷

Kompass tulevikku peaks vastama küsimustele, miks süsteem vajab integratsiooni (ühised väärtused) ja, mida selleks tehakse (ühine visioon).

Joonisel 27 ja 28 on näiteks toodud väljavõtte Kataloonia uuendatud tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integratsioonimudelist, mis kiideti heaks üleriigilisel kongressil novembris 2023. Ühelt poolt rõhutavad need, et tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem on endiselt fragmenteeritud ning eakate vajadused integreeritud sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osas endiselt katmata, teisalt toovad välja, et antud sihtrühma kulu tervishoiusüsteemile on väga suur ning, et fragmenteeritud süsteemi kulud ongi oluliselt suuremad kui oleksid integreeritud süsteemi kulud. Kolmandana rõhutatakse, et tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistid ei tule kasvava töökoormusega toime.

Teisel joonisel selgitatakse piltlikult fragmenteeritud ja integreeritud süsteemi erinevust ning tuuakse välja sihtrühma suurus.

1. Por qué es necesaria la atención integrada social y sanitaria



Joonis 27 väljavõtte Kataloonia uuendatud tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integratsioonimudelist

³⁷ <https://integratedcarefoundation.org/nine-pillars-of-integrated-care#1589381768886-df8590ee-3b40>

1. Por qué es necesaria la atención integrada social y sanitaria



En Cataluña actualmente hay aproximadamente **500.000 personas con necesidades concurrentes de atención social y sanitaria.**

A menudo estas personas presentan múltiples descompensaciones, que requieren de la intervención de múltiples equipos



A lo largo de 1 año pueden ser atendidas por/en más de 20 recursos diferentes

Generalitat de Catalunya

Joonis 28 väljavõte Kataloonia uuendatud tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integratsioonimudelist

Ühise visiooni loomist toetatakse rahvusvaheliste organisatsioonide soovitustega integreerida tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem (vt joonis 29) Ühine visioon on kirjeldatud joonistel 30 ja 31 ning see sisaldab sotsiaal- ja tervishoiuteenuste horisontaalset integratsiooni ja tervishoiuteenuste vertikaalset integratsiooni. Selle raames prioritseeritakse a)piirkondlikul tasandil integreeritud teenuseid kodukeskkonnas, sobilikku kodukeskkonda, integreeritud vaimse tervise teenuseid ja infosüsteemide integratsiooni; b)sotsiaal- ja tervishoiuteenuste integratsiooni agentuuri loomist.

3. ¿Cuáles son las recomendaciones internacionales para dar respuesta a las necesidades de estas personas?



La **OMS** ha diseñado una **estrategia global para la Integración de la atención**, que tiene como elementos clave potenciar la atención centrada en las personas, evitar la fragmentación de servicios y potenciar la colaboración entre proveedores



La **Comisión Europea** considera la **Atención Integrada como política pública de primer nivel**. Este es un proyecto emblemático que tiene por objetivo ayudar a los Estados miembros a diseñar e implementar reformas estructurales en los ámbitos de la salud, la atención social y la atención de larga duración.



La **Unión Europea** destaca la **necesidad de priorizar** la atención domiciliaria integrada, repensando también el modelo de atención residencial.

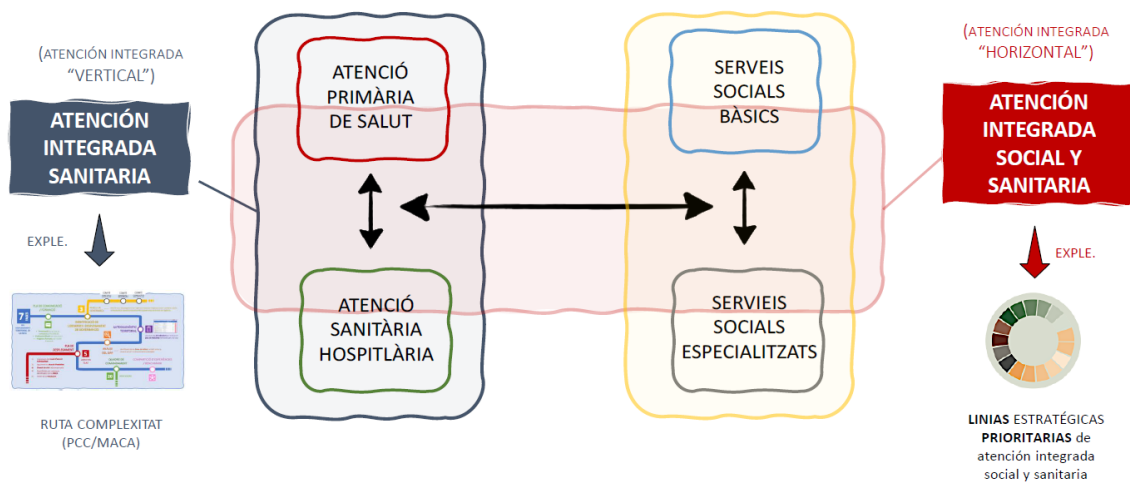


La **OCDE** hace énfasis en la **importancia de la atención Integrada** en su último informe "Health at a Glance 2021" introduciendo indicadores relacionados con la atención integrada por primera vez como elemento de medida de los sistemas de salud.

Generalitat de Catalunya

Joonis 29 Rahvusvahelised soovitused

4. ¿Qué se propone actualmente en Cataluña?



Joonis 30 Nii horisontaalse kui vertikaalse integratsiooni prioritseerimine

4. ¿Qué se propone actualmente en Cataluña?



Joonis 31 Prioriteetsed integratsiooni valdkonnad

Visiooni põhjal on välja toodud ka prioriteetsed tegevussuunad:

- 1) Kujundada toetatud elamisteenuseid nii, et need vastaksid inimese vajadusele ja toetaksid inimeste deinstitutsionaliseerimist ning aitaksid vältida institutsionaliseerimist.
- 2) Arendada ja integreerida koduhooldusteenuseid ja sellega kaasnevaid teenuseid sh tagada kodus elamist võimaldavad abivahendid, mis võimaldaks inimesel elada iseseisvalt kogukonnas parimates tervise ja elukvaliteedi tingimustes
- 3) Tagada sotsiaal- ja tervisevaldkonna integratsioon vaimse tervise probleemide ja sõltuvusprobleemidega tegelemisel

4) Prioritiseerida IT lahendusi, mis võimaldavad parandada andmevahetust tervishoiu- ja sotsiaalsektori vahel

Mitmed riigid on pidanud kommunikatsioonis oluliseks selgelt välja tuua ka paradigma muutust, näitamaks, mille poolest see, kuhu minnakse, erineb sellest, kust tullakse. (vt joonised 32 ja 33)

Kust tuleme?	Kuhu läheme?
Meditiiniline paternalism	Eneseabi + kogukonna abi + esmase nõustamise võimalused
Kodaniku õigused	Kodaniku õigused ja kohustused
Piiramatu ligipääs erakorralisele abile	Ligipääs erakorralisele abile läbi triaazi vastavalt probleemi tõsidusele ja abivajaduse kiirusele
Tervisekeskus	Tervisekeskus ja võrgustik
Teenuslepingud fokuseeritud tegevustele	Teenuslepingud ja pearaha fokuseeritud vajadusele ja ligipääsule vajaduse korral
Esmatasand, haiglaravi ja haiguste ennetus eraldiseisvad	Esmatasand koos kogukonna abi ja ennetusega. Transport. Kõrgema etapi teenused.
Ravi- ja hoolekandemudel baseerub teekonnale spetsialisti juurest spetsialisti juurde	Ravi- ja hoolekandemudel seab abivajaja multisistsiplinaarse meeskonna keskele
Suur varieeuvus kliinilises praktikas	Ravijuhendid, <i>benchmark'imine</i> , auditid
Piiramatu teenuste hulk	Piiratud teenuste hulk lähtudes kuluefektiivsusest
Spetsialistide motivatsioon madal, kuna neid ei kaasata juhtimisse ja töökorralduse parandamisse	Spetsialiste motiveeritakse võtma vastutust ja kaasatakse juhtimisse ning töökorralduse parandamisse
Abi ei ole integreeritud	Koordineeritud hindamine, abi ja jälgimine

Joonis 32 Paradigma muutus Kataloonia näitel

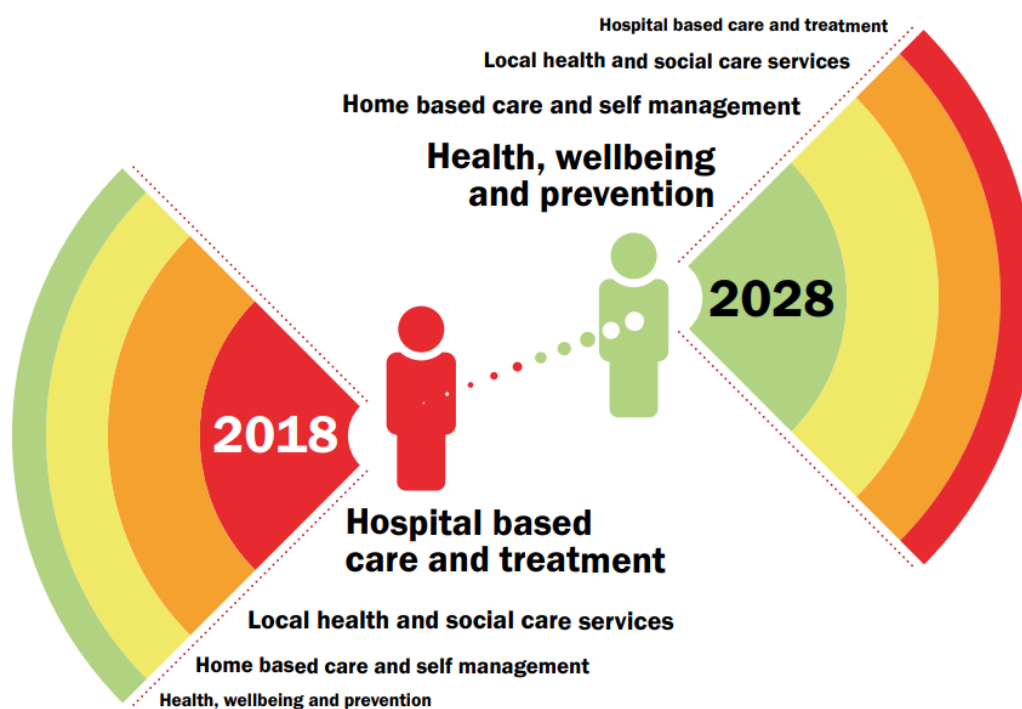
Kust tuleme?	Kuhu läheme?
Pakkumise põhine teenuseosutamine	Vajadusepõhine inimesekeskne abi
Oma terviseesmärkide suhtes passiivne klient	Oma terviseesmärkide suhtes aktiivne klient
Fragmenteeritud ja monodistsiplinaarne abi	Integreeritud ja multidistsiplinaarne abi
Tervishoid ja sotsiaalsektor eraldatud	Tervishoid ja sotsiaalsektor on ühendatud ja teevad koostööd
Haigus ja ravi	Tervis, tervisekäitumine, haiguste ennetus, ravi ja hooldus
Input	Outcome
Institutsionaalne	Kogukonnas
Silodes	Ühendavas koostööorganisatsioonis

Joonis 33 Paradigma muutus Flandria näitel. Allikas Flanders Agency for Care and Health

Wales

“Our vision is that everyone in Wales should have longer healthier and happier lives, able to remain active and independent, in their own homes, for as long as possible.”, ütleb Walesi Plan for Health and Social Care „A Healthier Wales“ . Sõnastusest tabavam on visiooni visuaal (vt joonis 34)

38



Joonis 34 Walesi integreeritud süsteemi visioon

Ühised väärtused on sõnastatud järgnevalt:

- *Co-ordinating health and social care services seamlessly, wrapped around the needs and preferences of the individual, so that it makes no difference who is providing individual services.*
- *Measuring the health and wellbeing outcomes which matter to people, and using that information to support improvement and better collaborative decision making.*
- *Proactively supporting people throughout the whole of their lives, and through the whole of Wales, making an extra effort to reach those most in need to help reduce the health and wellbeing inequalities that exist.*

³⁸ <https://www.gov.wales/sites/default/files/publications/2021-09/a-healthier-wales-our-plan-for-health-and-social-care.pdf>

- *Driving transformative change through strong leadership and clear decision making, adopting good practice and new models nationally, more open and confident engagement with external partners.*
- *Promoting the distinctive values and culture of the Welsh whole system approach with pride, making the case for how different choices are delivering more equitable outcomes and making Wales a better place in which to live and work.*

Regional Partnership Board, kes vastutab Walesi konkreetse tervisepiirkonna (kokku 7 piirkonda) terviseolukorra ja vajaduste analüüsi ning piirkonna integreeritud plaani koostamise ja täitmise jälgimise eest, peab lähtuma tsentraalselt etteantud prioriteetsetest sihtrühmadest ja valdkondadest ning määratlema sellest tulenevalt oma piirkonna detailsemad prioriteetsed tegevusvaldkonnad.

Tsentraalselt etteantud prioriteetsed sihtrühmad ja valdkonnad on:

- Older people with complex needs and long term conditions, including dementia.
- People with learning disabilities.
- Carers, including young carers.
- Integrated Family Support Services.
- Children with complex needs due to disability or illness.

Joonisel 35 on toodud näide Gwent'i piirkonna Regional Partnership Board'i poolt heaks kiidetud eakatele suunatud plaani tegevusvaldkondadest.

Older People

Regional Priority / Outcome as identified in the Population Needs Assessment:

- To support older people to live, or return following a period of hospitalisation, to their own homes and communities through early intervention, integrated care models and a whole system approach.
- To improve emotional well-being for older people by reducing loneliness and social isolation through earlier intervention and building community resilience.
- To mitigate the long-term impact of Covid-19 pandemic through, especially reducing waiting lists and times to access support, appointments, and medical procedures.

Joonis 35 Väljavõte Gwent'i piirkonna eakatele suunatud prioriteetsetest tegevusvaldkondadest ³⁹

Lähtudes nendest prioriteetsetest tegevusvaldkondadest ja kohaliku populatsiooni vajadustest tuleb piirkonna teenuseosutajatel koostada ja avalikkustada plaan, mis kirjeldaks, kuidas ja milliseid teenuseid ja/või abi on planeeritud prioriteetsetele sihtrühmadele integreeritult pakkuda. Piirkonna Health Boardis lepatakse kokku, kes vastutab detailsema tegevusplaani koostamise eest. Enamasti on selleks esmatasandi klastrid aga võivad olla ka muud piirkondlikud võrgustikud.

Detailne tegevusplaan peab sisaldama järgnevat:

- Teenuseosutamise korralduse detailset kirjeldust
- Hinnatud abivajava sihtrühma suurust
- Detailset kirjeldust, millised teenustest on juba kättesaadavad ja rahastatavad ning milline osa teenustest lisandub ning millised on sellega seondult vajalikud täiendavad ressursid
- Eraldi tuleb välja tuua ennetavate teenuste osa

³⁹ <https://www.gwentrbp.wales/SharedFiles/Download.aspx?pageid=141&mid=519&fileid=212>

- Kirjeldust, kuidas on planeeritud täiendav ressursivajadus katta
- Kirjeldust, kuidas on plaanis jagada uue teenusekorralduse kohta informatsiooni ja abivajajaid nõustada

Detailed tegevusplaanid, mis võivad sisaldada lisarahastamise taotlust, esitatakse Regional Partnership Boardile, kes arvestab nende heakskiitmisel ja rahastamisotsuste tegemisel joonisel 36 toodud kriteeriumeid.

Prevention and early intervention – acting to enable and encourage good health and wellbeing throughout life; anticipating and predicting poor health and wellbeing.

Safety – not only healthcare that does no harm but enabling people to live safely within families and communities, safeguarding people from becoming at risk of abuse, neglect or other kinds of harm.

Independence – supporting people to manage their own health and wellbeing, be resilient and independent for longer, in their own homes and localities, including speeding up recovery after treatment and care, and supporting self-management of long-term conditions.

Voice – empowering people with the information and support they need to understand and to manage their health and wellbeing, to make decisions about care and treatment based on ‘what matters’ to them, and to contribute to improving our whole system approach to health and care; simple clear timely communication and co-ordinated engagement appropriate to age and level of understanding.

Personalised – health and care services which are tailored to individual needs and preferences including in the language of their choice; precision medicine; involving people in decisions about their care and treatment; supporting people to manage their own care and outcomes.

Seamless – services and information which are less complex and better co-ordinated for the individual; close professional integration, joint working, and information sharing between services and providers to avoid transitions between services which create uncertainty for the individual.

Higher value – achieving better outcomes and a better experience for people at reduced cost; care and treatment which is designed to achieve ‘what matters’ and which is delivered by the right person at the right time; less variation and no harm.

Evidence driven – using research, knowledge and information to understand what works; learning from and working with others; using innovation and improvement to develop and evaluate better tools and ways of working.

Scalable – ensuring that good practice scales up from local to regional and national level, and out to other teams and organisations.

DTG – Innovative Care Delivery Models in the Community

Transformative – ensuring that new ways of working are affordable and sustainable, that they change and replace existing approaches, rather than add an extra permanent service layer to what we do now

Joonis 36 kriteeriumid, mida Regional Partnership Board arvestab detailsete tegevusplaanide heakskiitmisel

Uus-Meremaa Canterbury⁴⁰

Canterbury District Health Board (DHB) on vastutav is tervishoiu ja hoolekande teenuste planeerimise, organiseerimise, ostmise ja pakkumise eest Uus-Meremaa kõige suurema elanikkonnaga piirkonnas (400 000 elanikku). Populatsioon vananeb kiiresti ja surve süsteemile sh teenuse ooteajad olid 2007. aastaks muutunud probleemseks, kuid veelgi suuremat muret tekitas analüüs, mis näitas, et kui mingit muutust ei tule, on

⁴⁰ https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/c8c88edc2c/developing_accountable_care_systems_2017.pdf

Canterbryl aastaks 2020 vaja veel ühte 500 kohalist haiglat, 20% rohkem perearste ja teist sama palju pereõdesid. Lisaks veel 2000 täiendavat hooldekodu voodit. See kõik ei olnud süsteemile olemalolevate raha piirangute juures (vajalik oli hoopis kärpida eelarvet 8 mln võrra) võimalik.⁴¹

Tervishoiusüsteemi muutmise visiooni väljatöötamiseks võttis Canterbury DHB ette massiivse tervishoiutöötajate kaasamise protsessi.

Algselt osales selles 80 tervishoiu juhtivtöötajat Xceler8 programmis, mis hõlmas koolitust muutuste protsesside ja juhtimistehnikate, sealhulgas Lean ja Six Sigma alal, ning külastusi teistesse tööstusharudesse, kus neid lähenemisviise kasutati. Seejärel osalesid nad „Visioonil 2020“ õppusel, mille eesmärk oli mõelda, kuidas tervishoiusüsteem peaks muutuma ja milline peaks see välja nägema aastaks 2020. Õppuse lõpus said nad väikese DHB tegevjuhi allkirjaga kaardi, mis andis neile loa tervishoiusüsteemi muuta (Timmins ja Ham 2013).

Et levitada sõnumit, et Canterbury tervishoiusüsteem peab muutma ja, et seda saavad teha ainult süsteemis töötavad inimesed, töötati välja sündmus nimega "Showcase". Eesmärk oli süsteemis töötavatele erinevatele spetsialistidele tutvustada süsteemi ees seisvaid väljakutseid ja küsiti neilt, mida teeksid võimaluse korral. Osalejad kutsuti isiklikult nende tervishoiusüsteemi juhtide poolt, kes olid osalenud varasemal „Visioon 2020“ õppusel. Kutsutuid oli terve tervishoiusüsteemi esindajate hulgas, sealhulgas tugitöötajaid ja sekretäre. Üritus toimus suures laos, kus inimesed jalutasid läbi erinevate "stseenide", mis kirjeldasid süsteemi ees seisvaid väljakutseid, ja neilt küsiti põhimõttelisi küsimusi, näiteks: kuidas soovite, et teid koheldaks? Kellega selle saavutamiseks koostööd teeksite? ja kuidas teie isiklikult süsteemi muudaksite? Ürituse lõpus jäädvustas kogutud ideed graafikakunstnik. Seejärel paluti osalenutel endil teisi kutsuda – ja algselt nädalajagu kestma planeeritud üritus kestis kuus nädalat, kus osales enam kui 2000 inimest 18 000-st Canterbury tervisesüsteemis töötajast.

Nendest protsessidest tuli välja mitmeid olulisi sõnumeid. Üks olulisemaid neist oli, et hoolimata asjaolust, et Canterburys on tervishoiu ja sotsiaalhoolekande pakkumisega seotud osapooled peksid nad moodustama "ühe süsteemi" ja et tegelikkuses on selle süsteemi kasutuses ainult "üks eelarve". See tähendab, et iga dollarit saab kulutada ainult üks kord ja et seda tuleks teha võimalikult hästi ning, et iga osapool peaks oma kokkulepitud eelarve osast kinni pidama.

„Üks süsteem, üks eelarve“ on mantra, mida paljud Canterbury eakad inimesed ja paljud rohkem nooremad, nüüd kordavad, kui arutavad, kuidas tervise- ja sotsiaalvaldkonnas süsteem muutub.

Protsessis osalenud juhtide seas on kahtlemata kinnistunud seisukoht, et süsteemis osalejatel – haiglatel, üldarstiabi osutajatel, laboritel, apteekidel, kogukonnal, sotsiaalhoolekande teenuse pakkujatel jt – on selleks, et abivajajaid paremini aidata ja eelarvet tasakaalus hoida, vajalik teha koostööd uut moodi ühtse integreeritud tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemina.⁴²

⁴¹ https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/c8c88edc2c/developing_accountable_care_systems_2017.pdf

⁴² <https://www.cdhb.health.nz/wp-content/uploads/c476aa13-canterbury-kings-fund-report.pdf>

Kirjeldatud protsessi tulemusel sõnastas Canterbury DHB tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemile kolm eesmärki:

- *Goal 1: Services should enable people to take more responsibility for their own health and wellbeing.*
- *Goal 2: People should stay well in their own homes and communities as far as possible.*
- *Goal 3: When complex care is required it should be timely and appropriate.*

Eesmärkide juurde kuulub visioon-pictogramm, mis on koostatud „Showcase käigus“ viseeritud lahendustepanekute alusel terviksüsteemiks.



Joonis 37 Canterbury integreeritud süsteemi visioon-pictogramm

Saavutamaks seatud uut moodi töötamise eesmärgi oli oluline sõnastada ka põhimõtted, millest uus süsteem lähtub:

- Kõik, kes töötavad Canterbury tervisesüsteemis, alates esmatasandi teenuseosutajast kuni haigla- ja sotsiaaltöötajani, sõltumatust praksisest kuni avaliku haigla palgatöötajani, peavad mõistma, et Canterbutis on „üks süsteem, üks eelarve“
- Canterbury peab koostöös saavutama olemasoleva raha eest parimad võimalikud tulemid, mitte iga organisatsioon ei nõua paremaks töötamiseks lihtsalt lisaraha
- Eesmärgi on võimalik saavutada pakkudes „õiget abi, õigel ajal, õiges kohas õige spetsialisti poolt“, võtmemõõdikuks on patsientide ooteaja vähenemine

Seatud eesmärkide elluviimist asus juhtima allians, mis koosnes Canterbury DHB esindajast, Pegasus Health esindajatest, apteekide ja laboriteenuste osutajate esindajatest ning hooldusorganisatsiooni esindajatest. Alliansil oli kliiniline liidrigrupp ja lisaks moodustati hulk erinevatele teenuslahendustele suunatud alliansse ja töögrupe, kellel kõigil oli ülesanne oma valdkonnas probleemkohtadega tegeleda ja parimad lahendused välja töötada. Sellisel kujul said süsteemis töötajad ise võtta vastutuse parimate lahenduste ja tulemuste eest.

Silmas pidades eesmärgi ja „showcase“ sisendit töötati välja ja võeti kasutusele järgmised süsteemide olulisemat mõju avaldanud lahendused:

Acute Demand Management Systems (ADMS) ⁴³

Selle süsteemi eesmärk on nii vältida krooniliste haigustega patsientide sattumist haiglaravile kui ka hoolitseda haiglast välja kirjutatud patsientide eest, kes saavad endiselt eriarstiabi, et nad ei satuks uuesti haiglasse. Integreeritud 24/7 kompleksteenust osutatakse perearstide juhtimisel. Abivajajatel on üks kontaktpunkt/sisenemiskoht, kus nende vajadus ja abisaamise nõutav kiirus hinnatakse. Teenust osutab perearsti multidistsiplinaarne meeskond, mida toetab vajadusel kiiresti reageeriv koduteenust osutav öde, lisaks on perearstide käsutuses voodifond, kuhu jälgimist vajavad patsiendid lühiajaliselt paigutada, haigla eriarstidega konsulteerimise võimalus ja erinev kiirdiagnostika.

Health Pathways

Need on koostöös perearstide ja haiglatega välja töötatud patsientide suunamisviisid ja teekonnad perearstide ja haiglaarstide vahel. Kokkulepped ei sisalda mitte ainult kliinilisi juhendeid lähtuvalt patsiendi hinnatud tervislikust seisundist, vaid arvestavad ka tegelikku esmatasandi ja sotsiaalteenuste ning diagnostika kättesaadavust perearstidele ning perearstide võimekust viia ise läbi keerukamaid raviprotseduure (sh arvestatakse võimalusega suunata patsient vajadusel teise perearsti juurde, kes patsiendile vajalikke keerukamaid raviprotseduure oskab). Haiglad vastutavad samuti perearstidele vajaliku diagnostika kättesaadavaks tegemise eest ja konsulteerivad vajadusel perearste täiendavalt⁴⁴

Juhendite täitmist ka kontrolliti. Väike grupp haiglaarste ja perearste vaatasid koos läbi 5000 ootejärjekorras oleva patsiendi saatekirja ja haigusloo ja saatsid neist kolmandiku tagasi perearsti juurde, kuna perearst polnud patsienti piisavalt uurinud või oli tervises seisund ravitav perearsti poolt⁴⁵

CREST (Community rehabilitation enablement and support team) programm

Community rehabilitation enablement and support team pakub eakatele haiglast kodusele ravile liikumise sujuvat teenust fookusega kiirele rehabilitatsioonile ja iseseisvale toimetulekule. Multidistsiplinaarne meeskond koosneb õest, tegevusterapeudist füsioterapeudist ja sotsiaaltöötajast ning pakub õendusteenuseid; tegevusteraapiat ja füsioteraapiat; igapäevaelu tegevuste toetamist; kodust rehabilitatsiooni; jätkuvat kliinilist hindamist, et tuvastada mis tahes halvenemine; personaalset hooldus plaani; patsientide, nende hooldajate ja perekondade koolitust. Abi pakutakse kuni kuus nädalat kuni neli erinevat teenust/visiiti päevas 7 päeva nädalas.

⁴³ <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/research-and-analysis/2022/06/national-care-service-integrated-care-studies-scfnuka-alaska-canterbury-new-zealand-models/documents/integrated-care-studies-scfnuka-alaska-canterbury-new-zealand-models/integrated-care-studies-scfnuka-alaska-canterbury-new-zealand-models/govscot%3Adocument/integrated-care-studies-scfnuka-alaska-canterbury-new-zealand-models.pdf>

⁴⁴

https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/55e4db0bb9/quest_integrated_health_social_care_canterbury_nz_2013.pdf

⁴⁵

https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/55e4db0bb9/quest_integrated_health_social_care_canterbury_nz_2013.pdf

Electronic shared care record view

Digitaalne platvorm võimaldab saada patsiendi kohta perearsti ja haigla epikriisi, apteegi ravimiinfo ning labori ja pildidiagnostika leiud.

Electronic Request Management System

Süsteem töötati välja ja võeti kasutuses 3 aastaga ja see võimaldab perearstidel suhelda teiste süsteemi osadega: tellida patsiendile uuringuid, konsulteerida eriarstiga, suunata patsiendi sotsiaalteenustele ja tervishoiuteenustele ja eriarsti vastuvõttele. Erarsti saatekirja vormil tuleb täita informatsioon (sh uuringute tulemused) patsiendi kohta, mis vastab kokkulepitud Health Pathway kriteeriumitele. Kolme aastaga õnnestus selle tulemusel vähendada ooteaegu ca 1,5 miljoni päeva võrra.

HealthPathways rakendamise ja toetamise lisakulud aastas on \$550,000 + \$860,000 koolituskuludeks (Uus-Meremaa dollarites) Acute demand management Program'i kulu on aastas ca \$8mln, sarnane summa kulub CREST programmile. Sellest hoolimata oli piirkonna eelarve (\$1.4bn) 2010/11 aastal \$8 miljoniga ülejäägis.

Tänaseks on asutud tervishoiu- ja sotsiaalkaitse eelarvet poliitistel kaalutlustel veel tugevamalt kärpima ja see võib ohustada väljakujunenud efektiivset süsteemi ⁴⁶

Soome

Olulisim erinevus võrreldes teiste analüüsitud Euroopa riikidega on selge eesmärkide ja nendega seotud mõõdikute ning jälgimise süsteem.

Objectives of the health and social services reform:

- Reducing inequalities in health and wellbeing
- Safeguarding equal and quality health, social and rescue services for all
- Improving the availability and accessibility of services , especially primary services
- Ensuring the availability of skilled labour
- Responding to the challenges of changes in society
- Curbing the growth of costs
- Improving security

The objective is monitored using the following indicators:

Availability

- Realisation of the maximum 14-day waiting period for access to nonurgent outpatient care in primary health care for different occupational groups, % of visits to outpatient care
 - Those who have waited for specialised medical care for more than 6 months / 10,000 inhabitants
 - Mental health services for children and young people, % of people who have waited for over 90 days, psychiatric specialities in total
- (Finnish Institute for Health and Welfare database reports)

Continuity

⁴⁶ <https://mountaintuihere.substack.com/p/crashing-new-zealands-health-system>

- The continuity of basic healthcare and social welfare services will be developed on the basis of a long-term and personal care and service relationship (Finnish Institute for Health and Welfare estimate)

Coordination

- The percentage of patients aged 75 years or older receiving home care who have received inpatient care starting with emergency services, % of home care patients of a similar age (ind. 5028)

Kokkuvõte

Vaadeldud riikide analüüsi põhjal võib välja tuua ühised integreeritud tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi iseloomustavad jooned:

- Moodustatud **on integreeritud teenuste piirkonnad** ja korraldatud iga piirkonna **kohapealne tegevuse juhtimine** ning koordineerimine
- Kokku on lepitud **ühises visioonis ja eesmärkides**, mida soovitatakse koos saavutada
- Piirkondades on loodud **piirkondlikud teenuseosutajate võrgustikud**
- Võrgustikutöös osalejatele on loodud koostöö ja kommunikatsiooni **IT platvorm**
- Välja on töötatud **riskirühmade tuvastamise meetod**, integreeritud teenuseosutamise **juhtimismõõdikud** ja nendega seostatud **koostööd motiveeriv rahastamise mehhanism**
- Võrgustikes on kokku lepitud teenuste osutamise protsess ja teenuseid saava inimese liikumise teekond, **toimub valdkonnaülene teenuskoordinatsioon**, kasutusele on võetud ühtsed vormid teenusvajaduse hindamiseks ja inimesekeskseks teenuste osutamiseks

Integratsiooni eesmärgistamisel ja selle sisuliste lahenduste väljatöötamisel mängib võtmerolli integratsiooni osapoolte kaasatus ja initsiatiiv. Riigi tasandil on oluline kokku leppida peamised integratsiooni prioriteetvaldkonnad aga konkreetsed töötavad lahendused saavad tekkida ainult teenuseosutajate omavahelistest kokkulepetest ning ühtsest visioonist. Arvestada tuleb piirkondlikke erisusi.

Integratsiooni viisi, ulatuse ja hõlmatava sihtrühma määratlus varieerub vaadeldavates riikides oluliselt, kuid siiski võib kõikjal täheldada samu elemente: (i) eakate tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kõrgendatud vajadusega isikute ülesotsimine üldpopulatsioonist; (ii) mitmekülgne vajaduste hindamine ning individuaalse hooldus- ja raviplaani koostamine; (iii) multidistsiplinaarse meeskonna kaasamine plaani täitmisse.

Horisontaalse integratsiooni osas on tõenduspõhisust ja kuluefektiivsust näidanud lähenemised, kus võimestatakse esmatasandit koos sotsiaalvaldkonnaga hoidma inimest haiglast eemal (IFIC raport, OECD analüüs⁴⁷, käesolev riikide analüüs):

⁴⁷ https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9acc1b1d-en.html

- Üks sisenemispunkt ja teenuste koordineerimine, mille eesmärgiks on vältida riskirühma inimeste haiglasse sattumist
- Teenuste koordineerimine, mille eesmärgiks on haiglasse sattunud riskirühma isikute kiire ja sujuv kodusele ravile liikumine, iseseisva toimetuleku toetamine ja haiglasse tagasi sattumise vältimine
- Kahte esimest toetav koduhaigla teenus, mille eesmärgiks on vältida hospitaliseerimist

Ülaltoodud sekkumisi saab osaliselt korraldada ka haigla baasilt, kuid esmatasandi võimestamine nende funktsioonide täitmiseks on mitmetes riikides prioritseeritud.

Allikad riikide kaupa

Uus meremaa

<https://www.tewhatauora.govt.nz/corporate-information/our-health-system/organisational-overview/how-our-health-system-is-changing-e-panoni-ana-to-tatou-hatepe-hauora/>

<https://www.tewhatauora.govt.nz/assets/Localities-update-for-the-Health-Sector-April-2022.pdf>

https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/c8c88edc2c/developing_accountable_care_systems_2017.pdf

https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/55e4db0bb9/quest_integrated_health_social_care_canterbury_nz_2013.pdf

USA

<https://www.pacenation.org/pace-programs/>

<https://www.medicaid.gov/medicaid/ltss/downloads/integrating-care/state-website-list.pdf>

<https://healthdimensionsgroup.com/insights/blog/pace-funding/>

Holland

<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/20/5/3824>

<https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260224002.pdf>

[The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? - ScienceDirect](#)

<https://www.nivel.nl/en/nieuws/commercialization-gp-care-netherlands-rise-we-lack-good-insight>

<https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Policy-Brief-Evaluation-programmes-Beatrix-hospital-and-Bernhoven.pdf>

Soome

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165430/STM_2024_7_J.pdf

<https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2012/en20120980.pdf>

Muu

[IFIC3771-ICS-THF-Intern-Case-Studies-v2.pdf](#)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6307240/>

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/627fe490-en.pdf?expires=1722242970&id=id&accname=guest&checksum=056173C01A20D0631A8BFD21CBCE0DAD>

https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9acc1b1d-en.html

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10001506/#B46-ijerph-20-03857>

Lisamaterjal

Saksamaa, “Gesundes Kinzigtal”

A prominent example of integrated care that has received a high degree of public attention is the population-based integrated care program “Gesundes Kinzigtal”.

Two sickness funds, the AOK BadenWürttemberg and the LKK Baden-Württemberg, concluded a contract with the management company “Gesundes Kinzigtal GmbH”. Two thirds of the management company belongs to the providers who also bring medical know-how into the company. One third belongs to the OptiMedis AG, a management company which mainly provides health science, administrative know-how, and data management and – analysis

In 2015, several in- and outpatient acute and rehabilitation clinics and more than 70 physicians participated in the program representing more than 60% of all providers in the region.

In 2014, about half of the population (approx. 33 000 individuals) is eligible to take part in the program and about 10 000 enrollees have joined (Hildebrandt et al. 2015). Enrolees of both sickness funds can voluntary join the program for free and leave the program on a quarterly basis without stating any reasons. There are no large financial incentives for participants, as Gesundes Kinzigtal wants to attract new enrollees by better quality and not by financial incentives. Non-financial and small financial incentives include tailored prevention and sports programs, vouchers for gyms, reduction in co-payments in smoking cessation programs, and 10€-vouchers to spend for Gesundes Kinzigtal partners or charities.

Providers continue to be remunerated by the reimbursement scheme of the physicians’ association for services that belong to the standard delivery of care. Additional services, which are not covered under the standard benefit basket, but deemed necessary by the two sickness funds and the management company, are covered additionally on a fee-for-service basis. In addition, providers are able to profit from the eventual success of the management company as they hold a substantial part of the equity. The management company itself has concluded a profit-sharing agreement with the sickness funds. The aim is to save money on the long run by providing a better quality of care.

Profit contributions per patient are “virtually” calculated and equal the difference between actual costs and contributions of the risk-structure compensation scheme (from the sickness fund’s perspective, this equals the income per patient after risk adjustment). The morbidity-adjusted contribution per patient from the risk-structure compensation scheme should equal the expected health expenditure. If the actual costs are lower, the realized savings are split between the sickness fund and the management company.

In 2012, the annual savings made by the HK programme amounted to €4.56 million, as actual health care spending was 6.6% below the cost norm (16). In that year, the most significant savings were realized in hospitals, with €179 saved per insured patient and €93 saved per insured in other services, including medical aids and appliances, travel costs and rehabilitation benefits (16, 29). In spending on medicines, €37 was saved per insured person. In 2013 and 2014, the annual savings by the HK programme amounted to €5.5 million (10, 27). In 2018, savings of €5.6 million were realized, which was 6.1% below the cost norm (30).

In 2019 and 2020, the 29 4 Evaluation and impact annual savings represented 7% of the cost norms (31; O. Groene, OptiMedis, personal communication, 2022). These annual savings are significantly larger than those from before implementation of HK. In the reference period 2003–2005 before implementation of the HK programme, annual savings represented only around 1.6% of the cost norm⁴⁸

Enrolled population Sickness funds: AOK BadenWürttemberg and LKK BadenWürttemberg enrollment Health providers (all sectors) Gesundes Kinzigtal GmbH (management company) Voluntary participation Provider organization OptiMedis AG equity share 66.6% reimbursement ownership Integrated care contract for 10 years contracts profits equity share 33.3% profits. In addition to contributions from the risk structure compensation scheme (i.e., income of the sickness funds AOK & LKK for the enrolled population) there are some more known financial incentives:

- Add-on payments for additional services
- Payments for documentation and management according to guidelines Other investments
- Investments in process and management know-how of physicians and administration
- Optimizing procurement, negotiate discounts and rebates

The limited publicly available information about the payment mechanism makes it difficult to evaluate the impact of financial and nonfinancial incentives on providers' behaviour. For instance, it is unknown how much money physicians receive as shareholders via their membership in MQNK, via the quality bonus and through payments for participating in healthpromotion interventions.

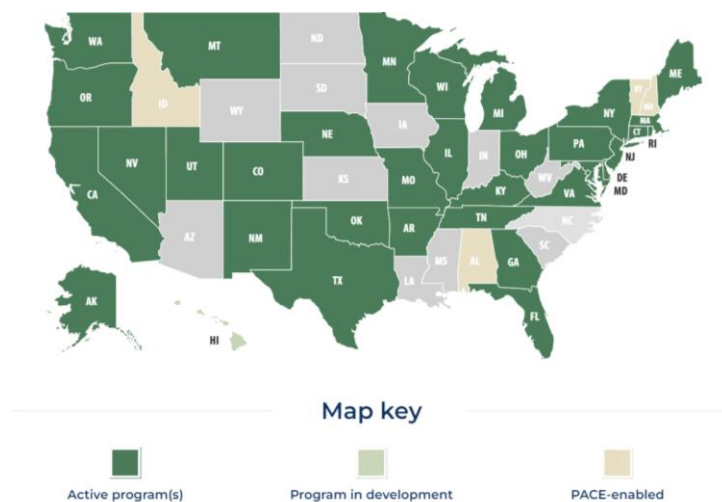
According to a survey from 2012/13. More than 90% of all surveyed enrolees and more than 80% of all surveyed providers stated that they would join Gesundes Kinzigtal again (Busse and Stahl, 2014).

⁴⁸ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373210/9789240078574-eng.pdf>

USA - PACE

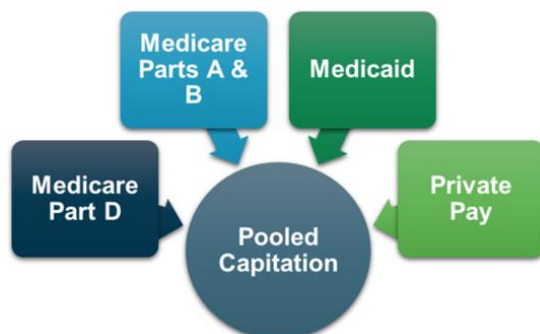
Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) is a fully capitated, fully integrated care program for adults age 55 or older living with chronic illnesses or disabilities. PACE has become the gold standard of care for the frail elderly. As the name suggests, PACE is an “all-inclusive” model of care, which means PACE organizations are at full risk and required to provide, or plan to provide, all service needs of their participants. The capitation payments received by PACE programs are all-inclusive as well. A complete understanding of PACE capitation revenues and funding sources is critical for PACE organizations to effectively manage risk and optimize financial performance.

PACE-enabling legislation is active in 38 states plus D.C., and PACE programs are now active (launched and operating) in 31 states plus D.C. Residential PACE is currently offered in California, Florida, and Missouri.⁴⁹



Integrated Revenue Stream

PACE payment features are unique compared to other health care payment models. Unlike fee-for-service health care programs, PACE has a capitated payment system in which PACE organizations are paid an amount per member per month (PMPM). Funding from multiple sources is combined to meet all participant care needs. This pooled capitation consists of four main funding sources: Medicare Parts A & B, Medicare Part D, Medicaid, and Private Pay.⁵⁰



Medicare Parts A & B

⁴⁹ <https://www.pacenation.org/pace-programs/>

⁵⁰ <https://healthdimensionsgroup.com/insights/blog/pace-funding/>

Capitation rates for Medicare Parts A & B are based on county-specific base rates adjusted for an individual participant's demographic and diagnostic characteristics and an organizational-specific frailty adjustment that reflects the average level of functional impairment for each PACE organization's participants.

The risk adjustment process described above is similar to the model used for Medicare Advantage organizations. The CMS-HCC (Centers for Medicare & Medicaid Services-Hierarchical Condition Categories) model is used by CMS to determine the participant-specific risk scores. Participant-level risk scores are based on diagnosis codes submitted by PACE organizations to CMS through medical claims and encounters for the previous calendar year dates of service. The organizational-specific frailty score is based on responses to the Health Outcomes Survey-Modified (HOS-M) that is completed annually by PACE participants. The combination of these two factors represents the total risk score multiplied by the base rate to determine payment for the Medicare Parts A & B component.

A separate set of factors are used to determine risk adjustment for participants that are long-term institutional (LTI) or have end-stage renal disease (ESRD). LTI and ESRD participants account for less than 10% of PACE participants on average.

Due to a lag in the submission of risk adjustment data, and to allow PACE organizations enough time to submit complete and accurate data, participant-level risk scores are adjusted several times before final payment is received. Interim risk scores for each participant are determined and applied each January 1 and followed by a retroactive mid-year adjustment in June or July.

Medicare Part D

Medicare Part D revenues are based on a slightly more complicated risk adjustment process. PACE organizations are required to submit actuarially certified Medicare Part D bids to CMS prior to each calendar year. Once approved, these bids provide the basis for the interim base payment rate that is effective on January 1 each year.

As with the Medicare Parts A & B rates described above, the Medicare Part D rate is adjusted for a participant-level risk score. The RxHCC model used for Medicare Part D risk adjustment shares many of the characteristics of the CMS-HCC model and predicts the drug costs for each participant.

PACE organizations are required to submit prescription drug event (PDE) data throughout the calendar year. PDE is the detailed information for all prescription drugs issued to PACE participants and includes the actual cost to the PACE organization. A final settlement process in which CMS compares the actual PDE cost to the interim rate based on the Part D bid is performed following each calendar year.

Medicaid

Unlike Medicare capitation rates that are based on a uniform formula across the country, each state has a different methodology for determining Medicaid capitation rates for their PACE organizations. The Medicaid rates are most often based on the costs of caring for a comparable population. This is referred to as an upper payment limit (UPL) or amount that would otherwise have been paid (AWOP). States will typically apply a percentage to the UPL or AWOP to determine the PACE rates. Some states have a risk adjustment component to Medicaid capitation rates, but most have a flat rate for all participants that are Medicaid eligible.

There are generally two different Medicaid rates that PACE organizations receive. The full dual-eligible rate is received for the participants that are eligible for both Medicare and Medicaid and represents, on average, 90% of a PACE organization's enrollment. A separate rate is received for those participants eligible for Medicaid only. This rate is typically higher than the full dual-eligible rate to account for services provided that are typically covered by the Medicare capitation payment.

Unlike Medicare payments, Medicaid capitation payments are more prospective in nature and do not have the complicated settlement process as described above.

Private Pay

Private pay participants or Medicare only participants are uncommon in PACE. On average this accounts for less than 1% of total PACE enrollment. PACE organizations typically receive the Medicare Parts A & B payment for these participants, but the participant is required to pay the Medicare Part D and Medicaid full dual premium out-of-pocket. These private pay rates are very high because it tends to be a barrier for private pay enrollment.

New Zealand, Canterbury

Canterbury District Health Board (DHB) is responsible for planning, organising, purchasing and providing health and care services for the largest and most highly populated region of New Zealand's South Island.

GP-s are funded on a capitation basis for their population, with additional funding to subsidise general practice access for children and high needs populations.

While GPs are usually independent contractors there are strong local networks of practices: in Canterbury there is a primary care network, Pegasus Health, which involves 109 practices delivering care to more than 365,000 patients. Pegasus Health supports general practices and contracts with the Canterbury DHB to provide a range of primary and community services (acting as a primary health organisation) Canterbury had the advantage of strong primary care in the first place. But that has continued to develop as a result of sustained clinical education over many years. Almost all general practices are Pegasus Health members.

A notable feature is the level of organisation that allows a network of practices to agree to collaborate to bring about improvements in care. They are supported in this by the infrastructure supplied by the independent associations. This approach enables practices to retain their identity and relative autonomy – something that many family doctors prize – while benefiting from the peer support and expertise that a wider network can deliver.

Examples of the benefits of this include the sophisticated level of IT support, clinical education programmes, the ability to engage better with hospital specialists, and the 12- and 24-hour surgeries.

Previously, hospitals in the region were paid per episode or procedure they undertook using a price/volume schedule similar to Estonia. This payment method was scrapped and hospitals went over to budget base payment. Hospital budgets were re-built from the base up are no longer determined by the level of activity hospitals undertake. This has created more aligned incentives across the system and has encouraged greater efficiency, as reduced activity does not lead to reduced organisational revenue.

The other major contractual change has been the development of alliance contracting for health services in Canterbury. In keeping with the vision of 'one system, one budget', alliance contracting involves organisations working together to manage care collectively and share risks and gains that may result. Canterbury DHB provides annual block grants to its providers and makes collective decisions with alliance partners on how to allocate savings from improvement initiatives. Similarly, the alliance makes collective decisions on how to address overspends within individual services, with a recognition that it needs to ensure the viability of services. Canterbury DHB does not rely on financial incentives such as additional payments or penalties for good or poor performance.

The contracting alliance includes Canterbury DHB, Pegasus Health, pharmacy, public and private nursing organisations, and laboratory providers. These organisations have formally agreed to work together to balance the best interests.

Results⁵¹

⁵¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6460205/>

Canterbury has developed an integrated response to prevent acute admissions to hospital. Avoiding these is the result of a large-scale acute demand management programme that provides resources and permission for general practice to do ‘whatever it takes’ supported by a rapid-response community nursing team to provide services in the community for patients who would otherwise require an emergency department (ED) attendance or acute admission.

Acute demand epitomises a patient-centred approach to care that accounts for social circumstances, as well as clinical issues. It is delivered by the general practice team, with support from community-based providers, hospital-based specialist advice and a coordination function based in the Primary Health Organisation. The programme is designed to meet the needs of all people whom the general practice team would have otherwise referred to hospital but who can be safely managed in the community. After analysis, it has focused more on children, older people and people with respiratory- or cardiology-related conditions, but the service is deliberately generic, creating an enabling framework that supports decision-making at the patient–clinician interface. The programme has evolved so that it is now accessed by ambulance paramedics and ED physicians, and nurses ‘pull’ patients from daily ward rounds to be supported at home with nursing care, home-based support, allied health, diagnostics, meals and medical care as required. These services are available free to the patient (in a healthcare system that only partially subsidises primary care) and are rapidly deployed during their acute episode of illness (commonly 1–3 days).