

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

20.10.2021

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.20

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Anneli Habicht (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Kalev Pahla (Terviseamet)

Kirjalik

arvamus: Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)

Puudusid: Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)
Ragnar Vaiknemets (Terviseamet)

Kutsutud: Malle Avarsoo (Eesti Haigekassa)
Külli Friedemann (Eesti Haigekassa)
Ingrid Kuusik (Eesti Haigekassa)
Liis Kruus (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Kadri Popilenkov (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. Taotluste arutelu

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1325	Kolju- ja näokirurgia preoperatiivne 3D planeerimine
1469	Vaimse tervise õe vastuvõtt alla 19. a isikule
1125	Taastusravi interdistsiplinaarne meeskonnatöö

2. Taotluste prioriseerimine
3. Ambulatoorse kirurgia, päevakirurgia ja päevaravi definitsioonide täiendamine ravi rahastamise lepingus ning tervishoiuteenuste loetelu rakendamistingimuste muutmine
4. Kaugteenuste näidisprojektide tutvustus
5. Muudatused esmatasandil
6. Muud teemad

1. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1325 - Kolju- ja näokirurgia preoperatiivne 3D planeerimine

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 16.01.2019, 23.09.2020 ja 11.11.2020.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Näo- ja lõualuukirurgia Selts

Taotluse sisu: Eesti Näo- ja lõualuukirurgia Selts esitas taotluse uue teenuse „Kolju- ja näokirurgia preoperatiivne 3D planeerimine“ lisamiseks Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu (TTL-i). Taotluse eesmärk on lisada loetellu teenus kompuutertomograafia (KT) uuringu põhjal 3D virtuaalseks kirurgiliseks planeerimiseks ja kolju prototüübi 3D printimiseks.

Teenuse eesmärk on täiendada operatsioonieelset planeerimist tagamaks optimaalsemaid kolju osteotoomia jooned ja preoperatiivselt disainida teistest doonori regioonidest luu siirikute osteotoomia jooned lõualuude ja näokolju defektide rekonstruktsiooniks. Samuti virtuaalselt visualiseerida ja planeerida operatsiooni tulemust.

3D kirurgiline planeerimine on näidustatud komplekssematele kolju- ja näokolju rekonstruktsioonidele, kus efektiivsus ja lisakas on kõige suurem:

- keerulisemad kranioplastikad;
- aju- ja näokolju rekonstruktsioonid;
- ortognaatsed operatsioonid.

Taotluses esitatud tõendus põhineb haigusjuhtude kirjeldustel ja ülevaateartiklidel, mille alusel 3D planeerimisel operatsiooni aeg lüheneb ning paranevad kliinilised ja esteetilised tulemused. Seni kasutatud meetodid kolju rekonstruktiivsetel operatsioonidel põhinevad kirurgide visuaalse hindamise oskustel ja patsiendi kudedele käsitsi tehtud märgetel. Muud alternatiivid taotletavale teenusele taotluse alusel puuduvad.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Kolju- ja näokirurgia preoperatiivne 3D planeerimine on näidustatud komplitseeritud kolju- ja näokolju rekonstruktsioonide korral. 3D kirurgiline planeerimine kolju- ja näo operatsioonidele võib olla rakendatud erinevate etioloogiaga haiguste kirurgilisel planeerimisel, sealhulgas kaasasündinud kolju- ja näo anomaaliad, onkoloogilised haigused, arengulised anomaaliad ning lõualuude osteotoomia planeerimisel ortognaatsel kirurgial, alalõualiigese rekonstruktsioonide korral ja uneapnoe raviks.

3D virtuaalne planeerimise tehnoloogia võimaldab turvaliselt korrigeerida keerulised kraniofatsiaalsed defektid ilma oluliste tüsistuste esinemiseta ja suurepärase esteetilise ja funktsionaalse tulemustega. 3D tehnoloogia abil saab kirurg paremini analüüsida kolju defekti, täpselt planeerida korrektsiooni arvuti tulemuse simuleerimisega, igale patsiendile kohandada osteotoomiat, planeerida distraktsioonid ja printida 3D prototüübid.

3D tehnoloogiaga ettevalmistatud kirurgiline giid võimaldab automatiseerida kõik operatsioonide etapid, seega oluliselt vähendada operatsiooni aega ja haava eksponeerimist ning vere kaotust läbi parema operatsiooni eelse planeerimise ja kirurgilise protseduuri lihtsustamise. Samuti parandada iga operatsiooni faasi: lesiooni eksitsioon, siirde eemaldamine, positsioneerimine ja paigaldamine. Kõrvaltoimeid ega tüsistusi, mis on seotud 3D printimise tehnoloogiaga, ei esine, kuna see on abivahend, mida kasutatakse operatsiooni planeerimisel. Enamasti kasutatakse teenust plaanilistel juhtudel, mõnikord ka erakorralistel, eriti silmakoopa rekonstruktsioonide korral. Põhja-Eesti Regionaalhaigla pea- ja kaelakirurgia keskuses teostatakse nädalas keskmiselt 6 plaanilist kolju- ja näo osteotoomiat ning rekonstruktiivset operatsiooni. SA TÜK stomatoloogia kliinikus näo- ja lõualuukirurgia osakonnas teostatakse 2-3 plaanilist näo-lõualuude osteotoomiat ja rekonstruktiivset operatsiooni ja üks lahtine alalõualiigese rekonstruktiivne kirurgia kuus. 3D virtuaalset kirurgiat on plaanis kasutada keerulisematel juhtudel, mis hõlmab umbes ühte kolmandikku rutiinselt teostatavatest

rekonstruktiivsetest operatsioonidest. Selle arvutuse alusel on iga aasta mõlema üksuse kohta ca 160 juhtu. 3D mudelite kasutamine lühendab operatsioonieelset patsiendile selgitamise ja konsulteerimise aega, suurendab patsiendi ja usaldusisikute nõusolekut protseduuriga ning parandab residentide koolitust. Uuringud on näidanud, et kolmemõõtmeliselt trükitud mudelid tõstavad patsiendi rahulolu, arusaamist ja soostumust planeeritava raviga. Teenusel puudub alternatiivne võimalus ning teenuse kasutamine on võimalik ainult kõrgema etapi haiglates.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Ballard *et al* süstemaatilise ülevaate põhjal lüheneb keskmiselt operatsiooniaeg 62 minutit, kui kasutada 3D prinditud anatoomilisi mudeleid operatsiooni planeerimisel. 3D prinditud kirurgiliste giidide kasutamisel lüheneb operatsiooni aeg 23 minutit. Süstemaatilises ülevaates on välja toodud, et 3D printeri kulusäästlikuks kasutamiseks tuleks printerit aastas kasutada vähemalt 63 mudeli valmistamiseks.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) kinnitab kraniosünostoosi operatsioonide analüüsi põhjal, et operatsiooniaja lühenemine kasutades 3D preoperatiivset planeerimist on ca 10% - operatsiooni kestus 3D planeerimisega 152,85 min versus 3D planeerimiseta 169,57 min ehk 16,72 minutit. Vähenes ka tüsistuste arv (0 vs 2 intraoperatiivset tüsistust ja 2 varast postoperatiivset tüsistust). Üheks oluliseks indikaatoriks on ka voodipäevade arvu vähenemine – PERHi kogemusel 9,42 versus 3D planeerimisega operatsioonide puhul 7,71, seega ärajäävate kirurgia voodipäevade arv on 1,71.

Kuluarvestuse alusel on taotletava teenuse standardhind 481,53 eurot. Taotluse alusel on 3D virtuaalset planeerimist plaanis kasutada keerulisematel juhtudel, mis hõlmab ligikaudu ühte kolmandikku rutiinselt teostatavatest rekonstruktiivsetest operatsioonidest. Taotleja poolne hinnanguline ravijuhtude arv aastas näo-lõualuukirurgias on 80 ravijuhtu Põhja-Eesti Regionaalhaiglas, Tartu Ülikooli Kliinikum ei plaani kasutada 3D prinditud mudeliga planeerimist. Tervishoiuteenuste loetelu teenuste kirjelduste põhjal on keskmine näo-lõualuukirurgia operatsioonide minuti hind (sh operatsioonitoa, personali ja seamete kulu) ca 2,90 eurot. Kui võttes arvesse, et operatsiooni aeg võiks väheneda 16,72 minutit, oleks operatsiooni lühenemisest tekkiv sääst 48,49 eurot ühe operatsiooni kohta, 80 ravijuhtu korral 3 879 eurot. Väheneva kuluna on arvestatud kirurgia ärajääv voodipäevade kulu 1,71 päeva piirhinnaga 126,47 eurot ehk 216,26 eurot, mis teeb ärajäävaks kuluks 80 ravijuhtu korral 17 301 eurot. Ühe 3D printimise hind on esitatud andmete põhjal 481,53 eurot. Seega olemasolevate andmete alusel tekiks 3D prinditud mudelite ja giidide kasutamisel täiendav kulu 216,78 eurot ühe operatsiooni kohta ja täiendav kulu ravikindlustuse eelarvele 17 342 eurot aastas.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus on olnud arutelul neli korda: 16.01.2019, 10.06.2020, 23.09.2020, 11.11.2020. Hinnatud on olemasolev tõendus ja tehtud ka TTH raport. 3D printimine on kasutusel eeskätt kolju-, näo- ja lõualuukirurgias ning luumehaanikakirurgias operatsioonide planeerimisel mudelitena, vähendades ressursikasutust ja suurendades operatsiooni täpsust. Tõendus meetodi kliinilise kasu kohta on seni ebapiisav. Võib eeldada, et operatsiooni täpsuse suurenemine realiseerub mingi kliinilise kasuna, näiteks parema elukvaliteedi, rahulolu tulemusega jne, kuid tõendus selle kohta on seni ebapiisav. Ortopeedi ekspertarvamus (2020) oli konservatiivne ja soovitas 3D printimist eeskätt ortooside valmistamisel ja õpetamisel. Ekspert tegi ka küsitluse Euroopa ortopeedide hulgas, kust selgus, et Saksamaal, Hispaanias ja Itaalias (suured/ülikooli kliinikumid) on 3D printimine algusjärgus ja kasutatakse teadusliku uurimistöö eesmärgil. Ravikindlustus teenust üheski riigis ei kata. Oluliseks piiranguks on kaugtulemuste puudumine. Soomes kasutatakse kõigis ülikooli kliinikutes, kuid teenust tellitakse erafirmadelt. Eeldatakse, et printeri olemasolul haiglas kasutus suureneb. Rootsis on kasutusel koos implantaatidega ja riik rahastab teenuse.

Kulutõhususe tõendus on piiratud, Ballard *et al* 2019 süstemaatiline ülevaade näitab operatsiooniaja lühenemist 20-60 minuti võrra, kulusäästvaks muutub >60 mudeli valmistamisel aastas. Vastava minutipõhise arvestuse rakendamisel operatsiooniaja lühenemisele Eestis oleks täiendav kulu 300-400 eurot operatsiooni kohta, anesteesia säästu arvestades kuni 600 eurot. Ravijuhtude arv oleks 120 (80

PERH, 40 TÜK), lisakulu eelarvele 53 000 eurot aastas. Puudub arvestus, millal (mitme kasutuskorra juures) muutub kulusäästvaks (tasub ennast ära). Kuluefektiivsust hinnata ei saa, kuna puuduvad võrdlusuuringud ja pikaajalised andmed.

Kokkuvõttes on tegemist olukorraga, kus uus atraktiivne meetod on võetud kasutusele lühiajaliste tulemusnäitajate alusel eesmärgiga suurendada operatsiooni täpsust ja vähendada aega/kulu. Tõendus meetodi pikaajalise kliinilise kasu kohta on seni ebapiisav. Poolt- ja vastuargumendid põhinevad seetõttu eeskätt kogemusel ja arvamusel.

2020. aasta septembris oli arutlusel, et vastavalt taotleja arvestustele ja olemasolevale tõendusele (operatsiooniaja lühenemine) saaks teenust käsitleda kui potentsiaalset kulusäästjat. Pöörati tähelepanu, et taotluses toodud operatsiooniaja ja anesteesia lühenemise seisukohalt on teenus oluline. Kui seda soovitada, tuleks vastavalt TTH raporti pooldavale soovitusel määratleda, millistel näidustustel on teenuse osutamine asjakohane ja kulusäästev. Üllatusena saabus koosoleku järgselt taotleja uus kuluarvestus, kus teenuse maksumus hinnati algsest suuremaks. Seetõttu muutus kogu eelnev kulude hindamine mõttetuks ja teenust enam kulusäästjana käsitleda ei saanud. Et mitte innovatsiooni pidurdada, tegi komisjon haigekassale ettepaneku leida alternatiivne võimalus rahastamiseks, nt läbi pilootprojekti, mille eesmärgiks oleks hinnata tervisekasu (näiteks tervisega seotud elukvaliteeti) ja ressursikasutust (operatsiooni kestus, kulud).

2021. aasta juunis esitas selts uuesti täiendavat infot, mispeale otsustas Haigekassa tellida uue eksperthinnangu ning arutada taotlust uuesti koos koostatud/täiendatud hinnangutega.

Tänaseks on esitatud uus eksperthinnang ja kuluefektiivsuse hinnang.

Ekspert pooldab teenuse kasutamist. Virtuaalne planeerimine annab eeliseid parema ortognaatse täpsuse, operatsiooniaja vähenemise näol, ilma tüsistuste märkimisväärse suurenemiseta, esineb väiksem intraoperatiivne verekadu, väiksem plasma ja vereülekande maht, vähem voodiravipäevi. Lühem operatsiooniaeg, tagab üldiselt ka vähem tüsistusi. Kolmemõõtmeliselt trükitud mudelid tõstavad ka patsiendi rahulolu, arusaamist ja soostumust planeeritava raviga. Paraku on tõendus eelneva kohta nõrk. Ekspert toob tõendusena välja valdavalt samad uuringud mis taotleja, kuid ka kaks uut.

Uuringud

1. Day, et al 2018 haigusjuhtude kirjeldus ühes keskses. Raviti 31 haiget erinevate kraniofatsiaalsete defektidega (Pierre-Robin, Crouzon, Apert, mikrognaatia, kraniosünoostoos jt). Printimist kasutati enamasti visualiseerimiseks ja 3D mudeli koostamiseks (31 juhtu), 3D implantaadid valmistati 13 juhul (näit mandibulumi implantaat mikrognaatia korral). Tüsistusi ei esinenud, esteetiline tulemus väga hea. Süsteemset tulemusnäitajate hindamist ei teostatud. Tõendus nõrk.

2. Tel, et al 2018 juhtude kirjeldus: virtuaalne operatsiooni planeerimine arvutimudeli abil vähendas oluliselt operatsiooni kestust, kuna kõik detailid olid preoperatiivsel simulatsioonil täpsustatud. Soovitatakse kranioplastika täpsuse parandamiseks. Tõendus nõrk.

3. Choi, et al 2015 ülevaateartikkel meetodi rakendamisest kraniofatsiaalses plastilises kirurgias. Selgub, et kasutatakse erinevaid tehnoloogiaid (stereolithography, the selective laser sintering, 3D printing, fused deposition modeling, direct metal laser sintering, laminated object manufacturing, and electron beam melting). Materjaliks on termoplast, akrüül, metallipuru, keraamika puru, allumiinium, fotopolümeer, paber, titaan. 3D mudeli täpsus sõltub KT piltide täpsusest ja kihtide paksusest. Meetod muutub järjest kättesaadavamaks ja on mugav. Paraku on tõendus efektiivsuse ja ohutuse kohta ebapiisav. Põhiliseks probleemiks on arvutiprogrammide mahajäämus, implantaatide paigutamise keerukus, KT ebatäpsus ja artefaktid. Tõendus nõrk.

4. Diment, et al 2017 leidsid 21 RCTd (n=8<>80), milles hinnati 3D anatoomilisi mudeleid oraal- ja maksillofatsiaalkirurgia preoperatiivses planeerimises. Kõigis uuringutes oli võrdluseks tavakirurgia. Kõigis uuringutes lühenes operatsiooni aeg ja paranes täpsus. Näiteks lühenes mandibula rekonstruktsiooni aeg 128 min-lt 44-le, operatsiooni planeerimise täpsus suurenes 44%-t 82%-le, diagnoosi täpsus 66%-lt 95%-le, hambaimplantaadi paigaldamisel oli kaasatud limaskestast paksus väiksem (3,3 vs 6 mm), humeruse fraktuuri osteosünteesi aeg lühenes 71 vs 92 min, osteoporoosiga isikute bisfosfonaatravi alustamise määr oli suurem mudeli abil konsulteeritute rühmas, skolioosi operatsiooni aeg lühenes 6,5 vs 8,5 tundi (kõik statistil olusied tulemsued). Muudes valdkondades ja

teiste tulemusnäitajatega ei ole RCTd läbi viidud. Piirdui ainult uuringute kirjeldusega, kuna heterogeense kasutusvaldkonna tõttu ei olnud metaanalüüs võimalik. Vajalikud suuremad RCTd, mis annavad eelduse meetodi kasutamiseks tavapraktikas. Tõendus mõõdukas.

5.Zheng, et al 2019 prospektiivne jälgimisuuring temporomandibulaarliigese 3D-prinditud proteesi ohutuse ja efektiivsuse kohta (n=12). Ohutuse hinnang: haavainfektsiooni ei tekkinud, haavad paranesid hästi, protees ei logisenud ega murdunud, laborinäitajad püsisid normis. Efektiivsus: subjektiivselt erinevatel skaaladel hinnatult valu vähenes, liigese liikuvus suurenes, söömine paranes (stat olulised muutused alates 3. kuust); objektiivselt suu avanemine millimeetrites suurenes stat ebaoluliselt, külgliikumine haigele poole mm stat ebaoluline suurenemine, külgliikumine tervele poole mm stat oluline, etteliikumine stat ebaoluline. Tõendus nõrk.

6.May et al 2021 retrospektiivne uuring ühe haigla juhtude alusel, kus võrreldi pindluu abil rekonstrueeritud alalõua plastikat tavameetodil ja 3-D preoperatiivse mudeli ja virtuaalse operatsiooni planeerimise abil (n=232 tavameetodil ja 28 3D-prinditud mudeli abil). Pindluu tükki ühinemist hindas radioloog, kes oli pimendatud operatsioonitehnikale. Luu ühinemine ei olnud edukas 20% tavameetodiga ja 4% 3D-mudeli abil teostatud operatsioonil, tüsistusi vastavalt 38% vs 11%, luu ühinemine vastavalt 1,4 a vs 0,8 a (stat olulised erinevused). Järeldati, et preoperatiivse mudeli kasutamine on nii lühi- kui pikaajaliselt efektiivsem ja ohutum kui tavameetod. Tõendus nõrk-mõõdukas.

Kokkuvõttes ei ole eelmiste aruteludega võrreldes palju muutunud, tõendusbaas on jätkuvalt ebapiisav ja meetod on pigem eksperimentaalne. Efektiivsuse ja ohutuse hinnangud nii lühi- kui pikaajalistes tulemusnäitajates madala tõendusega. Meetod lühendab operatsiooni aega ja voodipäevade arvu, kuid ressursside arvestuses peab lisaks arvestama ka teenuse maksumusega.

KTH hindab teenuse maksumuseks uute sisendite alusel 482 eurot (varem 363 eurot). PERHi sisendite alusel väheneb operatsiooniaeg 10%, voodipäevade arv 1,7 võrra. Taotluse alusel on 3D virtuaalset planeerimist plaanis kasutada keerulisematel juhtudel, mis hõlmab ligikaudu ühte kolmandikku rutiinselt teostatavatest rekonstruktiivsetest operatsioonidest. Taotleja poolne hinnanguline ravijuhtude arv aastas näo-lõualuukirurgias on 80 ravijuhtu Põhja-Eesti Regionaalhaiglas, Tartu Ülikooli Kliinikum ei plaani kasutada 3D prinditud mudeliga planeerimist. Operatsiooniaja lühenemisega kaasnev sääst oleks 49 eurot ühe operatsiooni kohta, 80 juhu korral 3900 eurot aastas; voodipäevade vähenemisest tulenev sääst 17 300 eurot aastas. Arvestades printimise hinda (482 eurot) oleks täiendav kulu 217 eurot operatsiooni kohta ja eelarvemõju 17 300 eurot aastas.

Diskussioon

Komisjon tõi välja, et taotletava teenuse kasutamisel ca 1,5 päeva lühem haiglas viibimine on oluline argument nii rahalise mõju kui ka patsiendi heaolu vaatest, operatsiooni kestuse lühenemine Eestis ei ole nii märkimisväärne. Leiti, et oluline on ka tüsistuste tekke vähenemine, kuna tüsistuste ravi toob tõenäoliselt suure lisakulu ravikindlustuse eelarvele ning on oluline ka patsiendi edasise elukvaliteedi seisukohast. Tuleb arvestada, et implantaadi paigaldamisel võib mõni millimeeter mängida väga olulist rolli ja patsiendid, kellel implantaadi paigaldus ei ole olnud piisavalt täpne, tekitavad tõenäoliselt krooniliste valude ja muude probleemidega täiendavat lisakulu ravikindlustussüsteemile. Toodi välja, et igapäeva praktikast on näha, et näovalud on pigem rasked kroonilised probleemid. Patsientide vaatest toodi lisaks välja suurenenud ravisoostumus, kui teenus aitab patsiendil toimuma hakkavat paremini mõista.

Toodi välja risk, et teenuse lisamisel loetellu ja juhul kui seade on raviasutuses olemas ning teenuse kasutus on universaalne, tekib risk, et investeringu tagasiteenimiseks hakatakse teenust osutama ka patsientide puhul, kellele see tegelikult vajalik ei ole. Lisaks tõstati küsimus, mis on väljaprinditud 3D mudeli eelis arvutis oleva 3D mudeli ees. Toodi näitena, et juba ca 10 aastat tagasi tehti maksakirurgia planeerimine Soomes arvutis olevate 3D mudelite abil.

Eelnevast tulenevalt arutati, kas rakendustingimusega oleks võimalik teenuse ülekasutamise riski vähendada. Toodi välja võimalus läheneda erialapõhiselt – hetkel vaid näo-lõualuukirurgia – ning lisaks võib piirangu teha kitsamaks diagnoosipõhiselt, et vaid keerulisemate näo-lõualuukirurgia

operatsioonide planeerimisel. Rõhutati, et ka hetkel arvatud lisakulu on arvatud arvestades vaid näo-lõualuukirurgia operatsioonide. Haigekassa esindaja tõi välja, et hetkel on erialaselt läbi räägitud järgnev näidustus: kolju ja näokolju komplitseeritud kaasasündinud või omandatud deformatsiooni operatiivse ravi planeerimiseks.

Täiendavalt toodi välja, et taotluste temaatika haakub radioloogiaga, kuna eelnevalt läbiviidav kompuutertomograafia on seotud märkimisväärse kiirguskoormusega. On õiguslik kohustus teha meditsiinikiirituse kliinilisi auditeid – tuua välja kiiritusest saadav hilisem võit ja kui mudel on välja printitud, kas see on olnud asjakohane. Tõdeti, et antud juhul on see käsitlev pigem taustainfona, kuid võib olla tulevikus üks variant, kuidas teenuse kasutusel silma peal hoida.

Leiti, et kuigi teenuse tõendusbaas näo-lõualuukirurgia eriala raames on nõrk/mõõdukas, kuid arvestades eksperdi soosivat hinnangut, varasemaga võrreldes vähenenud eelarvemõju (eelarvemõju on mõõdukas) ja teenuse ohutust leiti, et teenuse lisamist tuleks pigem toetada. Seejuures toodi välja, et teenuse lisamisel tuleb ülekasutamise ohjamiseks läheneda erialapõhiselt ehk iga uue eriala lisamise soovi korral tuleb vaadata uuesti teenuse tõenduspõhisust (elukvaliteedi tõus vs kulu).

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab teenuse loetellu lisamist, kuid seda vaid selge rakendustingimuse olemasolul, mis piirab hetkel teenuse kasutust vaid näo-lõualuukirurgia erialaga ja komplitseeritud operatsioonidega. Täpsem rakendustingimuse sõnastus jääb erialaselt ja haigekassa vahel kokkuleppimiseks.

Taotlus nr 1125 – Taastusravi interdistsiplinaarne meeskonnatöö

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 08.08.2018 ja 26.05.2021.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Taastusarstide Selts

Taotluse sisu: Eesti Taastusarstide Selts on taotlenud uue teenusena taastusravi meeskonnatöö lisamist tervishoiuteenuste loetellu. Taastusravi on valdkond, kus on väga oluline kaasata raviprotsessi mitmekülgne ning professionaalne meeskond, mis hõlmaks piisaval määral kompetentsi erinevate raviprotsessi väljakutsetega toime tulemiseks. Lisaks on seejuures oluline, et raviprotsess oleks patsiendikeskne ehk meeskonda oleks kaasatud ka patsient ja võimalusel tema lähedane. Praegu ei ole taastusravi meeskonnatöö haigekassa poolt TTL-i kaudu rahastatud. Meeskonnatöö rahastamine aitaks tõhustada taastusravi kaasaegset käsitlust, parandada teenuse kvaliteeti ning muuta ravi patsiendikesksemaks. Kuigi taastusravi meeskonnatöö on peamiselt statsionaarse ravi spetsiifiline tegevus, peaks teenus olema vajadusel kasutatav ka ambulatoorse ravi korral.

Meeskonnatöösse on kaasatud taastusarst ning öde ja/või hooldaja ning keskmiselt kolm spetsialisti järgnevast nimekirjast: füsioterapeut, tegevusterapeut, psühholoog, logopeed. Lisaks peaksid olema kaasatud patsient ise (võimalusel ka lähedane) ning sotsiaaltöötaja/juhtumikorraldaja. Teenuse keskmine kestus on 30 minutit. Üldreeglina toimuvad meeskonnatööd vähemalt kaks korda raviperioodi vältel – ravi alguses ja lõpus. Enam kui kaks meeskonnatööd toimub pikemate raviperioodide puhul, kus minimaalne toimumissagedus on vähemalt kord 30 ravipäeva jooksul. Meeskonnatööde vahelise perioodi piiramine 30 päevaga tagab raviperioodi eesmärkide relevantuse nii patsiendi kui meeskonnaliikmete jaoks. Meeskonnatöö käigus toimub arutelu patsiendi olukorra üle nii sotsiaalsetest kui meditsiinilistest teguritest lähtuvalt. Arutelu eesmärgiks on viia vastavusse patsiendi soovid ning isiklikud eesmärgid ravipersonali hinnangul realistlike prognoosidega raviperioodi tulemuslikkuse osas. Lisaks arutelule toimub patsiendi motoorse ja kognitiivse võimekuse hindamine mõne hindamismeetodi alusel raviasutuse enda valikul (nt FIM). Eelnevat arvesse võttes sõnastatakse ühiselt patsiendi jaoks tähenduslikud, ajaliselt raamistatud ning mõõdetavad eesmärgid raviperioodile. Raviperioodi lõpus toimuva meeskonnatöö käigus hinnatakse ravi tulemuslikkust lähtuvalt püstitatud

eesmärkidest ning funktsionaalse võimekuse muutusest. Samuti antakse ühiselt hinnang ravi jätkamise vajaduse ning selle vormi osas (ravi lõpetamine/voodipäevade pikendamine/edasine taastusravi). Meeskonnatöö tulemused dokumenteeritakse meeskonnatöö vormil ja säilitatakse patsiendi haigusloo juures.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Teenuse kulutõhusust ei hinnatud. Teenuse hinna arvutamisel on arvestatud, et meeskonnatöösse on kaasatud taastusarst ning õde või hooldaja ning lisaks kolm spetsialisti. Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsioonikeskuse andmete alusel selgus, et kõige harvem on meeskonda kaasatud logopeed ja psühholoog, mistõttu nende ajakulu on arvestatud teenusesse 50% ulatuses. Kuluarvestuse andmete alusel kujuneb meeskonnatöö teenuse hinnaks 64,21 eurot. Taotluses on toodud, et Eestis keskmiselt võiks meeskonnatöö toimuda 30-40% statsionaarsetest ravijuhtudest ja arvestada võiks kahe meeskonnatööga juhtumi kohta. Selle tulemusel on prognoositavalt meeskonnatöid aastas kokku ca 4144. Arvestades teenuse kasutuse prognoosi ja väljaarvutatud piirhinda 64,21 eurot, on teenuse TTL-i lisamisega kaasnev lisakulu 266 090 eurot. Seejuures ei ole arvestatud teenuse kasutust ambulatoorses ravis, mistõttu võib lisakulu olla mõnevõrra suurem. Meeskonnatöid vähemalt referentsasutused seni mõne muu teenuskoodiga raviarvele kodeerinud ei ole, seega ei ole ette näha muude teenuste kodeerimise ja sellest tulenevat kulu vähenemist.

Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)

Taastusarstide selts tegi 2021. aasta mais ettepaneku tasustada taastusravi meeskonnatööd. Kuna selline teenus on hetkel rahastamata, ei kasutata seda nii suures mahus ja nii süsteemselt kui võiks. Rakendustingimuseks pakuti meeskonnatöö tulemuse (nt raviplaan) dokumenteerimist ja mitte voodipäeva kulukomponendina arveldamist, kuna see ei näita, kas teenust ka tegelikult osutati. Meeskonnatöö kestus oleks 30 minutit ning hõlmatud oleks taastusarst ning õde ja/või hooldaja ning keskmiselt kolm spetsialisti järgnevast nimekirjast: füsioterapeut, tegevusterapeut, psühholoog, logopeed. Lahtiseks jäi sotsiaaltöötaja tasustamine.

Meeskonnatöö rahastamine aitaks tõhustada taastusravi kaasaegset käsitlust, parandada teenuse kvaliteeti ning muuta ravi patsiendikeskseks. Ettepanek on luua TTL-i eraldi taastusravi meeskonnatöö teenus, mis võimaldab teenust rahastada, selle kasutust lihtsamini jälgida ning annab raviasutustele teenuse rakendamiseks suurema motivatsiooni. Kuigi taastusravi meeskonnatöö on peamiselt statsionaarse ravi spetsiifiline tegevus, peaks teenus olema vajadusel kasutatav ka ambulatoorse ravi korral. Meeskonnatöösse on kaasatud taastusarst ning õde ja/või hooldaja ning keskmiselt kolm spetsialisti järgnevast nimekirjast: füsioterapeut, tegevusterapeut, psühholoog, logopeed. Lisaks peaksid olema kaasatud patsient ise (võimalusel ka lähedane) ning sotsiaaltöötaja/juhtumikorraldaja. Teenuse keskmine kestus on 30 minutit. Meeskonnatööd toimuvad vähemalt kaks korda raviperioodi vältel – ravi alguses ja lõpus. Pikemate raviperioodide puhul on toimumissagedus vähemalt kord 30 ravipäeva jooksul.

Kuluarvestusel põhinev teenuse hind on 64 eurot. Meeskonnatööde arv statsionaaris aastas (Haapsalu, TÜK, PERH, ITK) oleks umbes 4200 (2 tööd ühe patsiendi kohta). Lisakulu statsionaaris 270 000 eurot aastas. Kuna lisanduvad ka ambulatoorsed juhud, võiks see olla suurem (400 000 eurot?). Rakendustingimuseks on pakutud meeskonnatöö tulemuse (otsus, raviplaan) dokumenteerimine meeskonnatöö vormil. Ettepanek on taotletav teenus lisada TTL-i uue teenusena taastusravi protseduuride juurde võimaldades teenust kasutada nii ambulatoorses kui ka statsionaarses taastusravis. Samas on TTLis analoogsed ambulatoorsed teenused, mis erinevad pisut osalejate arvu ja kestuse osas ja mis oleks hea ühendada (taastusravis on teenus vajalik eeskätt statsionaaris, aga miks mitte laiendada):

3113: Ambulatoorse patsiendi esmase raviplaanide koostamine või muutmine multidistsiplinaarse eksperdikomisjoni poolt (meeskonnas vähemalt üks eriarst) piirhinnaga 44,40 EUR. Teenuse eksperdikomisjoni kuuluvad vähemalt üks eriarst või hambaarst ja vähemalt kolm muud tervishoiutöötajat või kõrgharidusega tugispetsialisti. Teenuse ressursikirjelduses on arvestatud arsti ja

õe aega 25 minutit ja logopeedi aega 2x25 minutit. Seega taotletava teenusega võrreldes on antud teenuse kestus lühem ja jääb puudu ühe spetsialisti/muu tervishoiutöötaja ressurs.

3114: Ambulatoorse patsiendi esmase raviplaani koostamine või muutmine multidistsiplinaarse eksperdikomisjoni poolt (meeskonnas vähemalt kolm eriarsti) (kood 3114) piirhinnaga 66,87 EUR. Eksperdikomisjoni kuuluvad vähemalt kolm erineva eriala eriarsti ja vähemalt üks muu tervishoiutöötaja või kõrgharidusega tugispetsialist. Teenuse ressursikirjelduses on arvestatud kolme arsti, ühe õe ja ühe logopeedi aega 25 minutit. Seega taotletava teenusega võrreldes on antud teenuse kestus lühem ja kahe spetsialisti asemel on ette nähtud kahe arsti ressurs.

Kas oleks mõttekas teha üks ja universaalne teenus meeskonnatöö jaoks?

Diskussioon

Tehti ettepanek läheneda taotletavale teenusele statsionaari põhiselt, kuna ambulatoorses ravis on meeskonnatöö teenuskood juba olemas. Statsionaarse teenuse puhul on seni lähtutud põhimõttest, et voodipäeva maksumusse on meeskonnatöö ja selleks vajalik personal sisse arvestatud. Kui antud juhul kodeeritaks osa spetsialistide töö eraldi voodipäevale juurde, siis läheb see hetkel kehtiva ideoloogilise lähenemisega vastuollu, mistõttu tehti ettepanek ka taotluses toodud nõ lisatöö kajastada voodipäeva hinnas. Lisaks toodi välja, et kui meeskonnatöö jääb siiski eraldi teenuskoodina, ei ole mõttekas luua erinevate erialade ja sisuliselt veidi erinevate meeskonnaliikmete koosseisude ja ajaliste kestuste jaoks loetellu eraldi koodid (koodide paljusust püüaks vältida), vaid selle asemel luua üks universaalne meeskonnatöö teenuskood. Arutati ka selle üle, kas meeskond vajab alati just viit liiget nagu hetkel on taastusravi teenuse puhul kirjeldatud.

Haigekassa esindaja täpsustas, et hetkel taastusravi voodipäevades taotletava teenuse kirjelduses välja toodud spetsialistide aeg ei sisaldu. Põhjus, miks taastusravi puhul võiks pigem pooldada eraldi teenuse loomist, seisneb selles, et saada parem ülevaade, kui palju reaalsuses meeskonnatöid tehakse ja mis on asutuste vahelised erinevused. Seejärel on võimalik hakata tegelema ravikvaliteedi ühtlustamisega ning ei ole välistatud, et tulevikus võiks need ressursid voodipäevadesse lisada. Hoolimata sellest, et ka ravijuhendites kajastub, millal vastavaid meeskonnatöid ja vahehindamisi tuleks teha, siis praktikad on hetkel raviasutustes siiski erinevad ja mõistlik on täiendav ressurs suunata neile, kes teenust reaalselt osutavad. Lisaks tõi haigekassa esindaja välja, et on nõus seisukohaga, et meeskonnatööde teenused tuleks tervikuna loetelus üle vaadata ja ühtlustada. Sellest tulenevalt saaks haigekassa võtta järgmise aasta eesmärgiks vaadata teenuskoodide kasutuse alusel, kus erialadel meeskonnatöid tehakse ja luua ühtsema ja loogilisema süsteemi, et loetelus oleksid mõned meeskonnatöö koodid, mis kataksid ära kõigi erialade vajadused. Samas, kuna taastusravi toimubki oma olemuselt meeskonnatöö vormis ning taastusravi muudatused soovitakse järgmisel aastal loetellu viia, siis hetkel tuleks neile vastav teenuskood luua, et katmata vajadus ära katta.

Arutati, et kuigi oleks õigem ressursi suunamise vaid nendesse raviasutustesse, kes teenust tegelikult osutavad, siis tõstatub küsimus patsientide võrdse kohtlemise seisukohast, kui osa raviasutusi meeskonnatöö teenust pakuvad ja osa mitte ehk kuidas tuleks teenuse osutamist soodustada. Samas leiti, et kui teenuse ressurs kajastuks voodipäeva hinnas, oleks keerulisem saada ülevaadet teenuse osutamise kohta, mis takistaks edasiste diskussioonide teket, kuidas patsientide võrdset kohtlemist tagada. Lisaks toodi välja, et rakendustingimusega tuleb välja tuua ka meeskonna miinimumkoosseis. Patsiendi vaatest toodi esile, et taastusravi on meeskonnatöid silmas pidades teiste erialadega võrreldes olnud seni pigem kehvas olukorras. Samas on taastusravil potentsiaal olla ühenduseks tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel, mis hetkel väga hästi ei toimi, kuid on nii ravikvaliteedi kui patsientide elukvaliteedi seisukohalt oluline.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab taastusravis eraldi meeskonnatöö teenuse lisamist loetellu (sh statsionaarse ravi jaoks). Pikemas perspektiivis võib kaaluda teenuse lisamist taastusravi voodipäeva hinda. Ambulatoorse ravi osas on komisjoni ettepanek vaadata järgmise aasta jooksul üle olemasolevad meeskonnatöö teenused, neid üldistada ning võimaldada kasutus erialade üleselt.

Taotlus nr 1469 – Vaimse tervise õe vastuvõtt alla 19. a isikule

Komisjonis tõstati küsimus, kas komisjoni liikmel Gerli Liivetil on huvide konflikt seoses taotlusega 1469. Gerli Liivet deklareeris, et huvide konflikti ei esine, kuna Eesti Õdede Liit ei ole antud taotluse esitamise seotud. Ülejäänud koosolekul viibinud komisjoni liikmed otsustasid, et Gerli Liivet saab viibida taotluse nr 1469 arutelu ja komisjoni arvamuse andmise juures.

Komisjon leidis, et huvide konflikt esineb komisjoni liikmel Raine Pillil, kuid tema koosolekul ja seega taotluse kohta arvamuse andmise juures ei viibinud.

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 03.03.2021.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Psühhiaatrite Selts

Taotluse sisu: „Vaimse tervise õe vastuvõtt alla 19. a isikule“ teenuse lisamise tervishoiuteenuste loetellu algatas Eesti Psühhiaatrite Selts. Taotluse eesmärgiks on uue teenusena vaimse tervise õe vastuvõtt alla 19. a isikule sarnaselt psühhiaatri teenuse eristamisega suunatuna täiskasvanutele ja alla 19. a isikutele vastavalt lastele ja noorukitele osutatava psühhiaatrilise abi eripäradega.

Teenuste sihtgrupp on alla 19. a psühhiaatrilist abi vajavad isikud, kellele osutatava vaimse tervise õendusabi osutamisel on seni kasutatav kood 3015 (vaimse tervise õe vastuvõtt). Teenuse „Vaimse tervise õe vastuvõtt alla 19. a isikule“ töökorraldus on sarnane nagu tervishoiuteenuse 3015 puhul, välja arvatud teenuse hinnas sisalduv vastuvõtutaja pikkus – teenuse hind peaks arvestama vaimse tervise õe vastuvõtu pikkuseks 90 min sarnaselt samale sihtgrupile mõeldud psühhiaatri vastuvõtuga. Sellest 60 minutit on arvestatud tööks patsiendi ning tema võrgustikuga ning 30 minutit tööks dokumentatsiooni ja muu tegevusega. Ööpäevaringne valmisolek ei ole põhjendatud. Teenust on valmis osutama koheselt enamuse teenusepakkujaid, kes pakuvad seni teenust 3015. Eriti suur valmisolek on pakkuda teenust keskustes, kus pakutakse teenust 3100 (psühhiaatri vastuvõtt (alla 19-aastasele isikule)) ja 3015. Valmisolek pakkuda teenust üldarstiabi teenuse pakkujate juures on teadmata, näiteks loodavate tervisekeskuste koosseisus, kuid arvestades ambulatoorse abi senist kättesaadavust, oleks teenuse mahu tõus vajalik. Seoses laieneva laste ja noorte vaimse tervise kabinetide võrguga suureneb valmisolek teenuse pakkumiseks üldhaiglate juures. Alla 19. a isikutega tegelevad vaimse tervise õed on pakkunud psühhosotsiaalset toetust vastavalt erinevate riikide laste ja noorte vaimse tervise häirete ravijuhenditele. Vaimse tervise õe vastuvõttud võimaldavad pikemaajalist ravi vajavate patsientide jälgimist korraldada osaliselt vaimse tervise õe vastuvõtul, millega väheneb vajadus korraldada jälgimist psühhiaatri vastuvõtul, samuti paraneb abini jõudmise kiirus.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Kulutõhusust ei hinnatud. Teostati hõiveanalüüs psühhiaatria erialal alla 19-aastastele isikutele osutatava teenuste kohta. Analüüsi kaasati raviasutused Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK), Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH), Tallinna Lastehaigla (TLH) ja Ida-Viru Keskhaigla (IVK) lähtuvalt sellest, millised neli raviasutust osutasid 2020. aastal kõige rohkem vaimse tervise õe teenuseid alla 19-aastastele patsientidele. Andmed olid TÜK-il ja TLH-l esitatud kokku statsionaarse, ambulatoorse ja päevaravi kohta, PERHil statsionaarse ja ambulatoorse ravi kohta, IVKH-l ainult ambulatoorse ravi kohta. Kaalutud keskmine õe hõive asutuste peale on kehtiva teenuse minutitega (60 min) 89,54% ja uue teenuse minutite (90 min) puhul 94,52%. Seega on minutite suurendamine teenuses on põhjendatud. Arvestades 2019. a osutatud tervise õe vastuvõtu kordi (9919) ja 2020. a vaimse tervise õe vastuvõtu kordi (9559) raviasutustes, on keskmine kasutuskordade arv raviasutuses 9739. Hetkel on vaimse tervise õe vastuvõtu 60 min teenuse piirhind 23,18 eurot, uue teenuse 90 min piirhind oleks 33,76 eurot. Arvestades vaimse tervise õendus teenuse laienemist, muuhulgas hakkavad perspektiivis teenuseid pakkuma ka tervisekeskuste vaimse tervise õed, laieneb laste ja noorte vaimse tervise kabinetide võrk,

patsientide pääsemine vastuvõtudele hõlbustub täiendavate kanalite avanemise kaudu (e-konsultatsiooni teenus) ning laienevad vaimse tervise keskuste pakutavad teenused, siis on tõenäoline, et võrreldes tänasega järgneva 3-4 aasta jooksul teenuse osutamine alla 19. a isikutele pooleteistkordistub, misjärel teenuse vajaduse suurenemine aeglustub. Senine teenuse kasutamise suurenemise tempo on sõltuvalt aastast olnud ca 20% rohkem isikuid ja vastuvõtude kordasid. Vastavalt kasutamisprognoosile aastatel 2022-2025 (8 400 – 13 400 teenuse osutamise korda) on lisakulu eelarvele tõusvas joones aasta-aastalt ligikaudu 58 000 – 227 000 eurot.

Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)

Taotlus oli arutusel 2021. a märtsis. Soovitakse tavapäraselt pikema ajaga (90 min) vaimse tervise õe vastuvõttu lastele. Põhjendusena toodi esile, et lastepsühhiaatrias on vastuvõtul täiendavad tegevused (suhtlus sidusvaldkondadega jne), mida täiskasvanute psühhiaatrias ei ole. Toodi esile, et praktikas juba toimuvad laste vaimse tervise õe vastuvõttud pikemalt. Argumendina toodi, et psühhiaatritel on olemas eraldi teenus alla 19. a patsientide vastuvõtuks, mida eristab täiskasvanute vastuvõttust pikem kestus. Arutlusel oli, et on teretulnud, kui vaimse tervise õde saab mingeid tegevusi psühhiaatril üle võtta. Toodi esile, et nõudlus vaimse tervise õdede järele on suur.

Arutlusel oli, et otsuse tegemisel tuleb arvesse võtta, et ka teistel erialadel võib tekkida õigustatud ootus, kui psühhiaatrias vaimse tervise õe vastuvõtu aega lastel pikendatakse. Varasemalt on komisjonis olnud arutlusel taotlus lastearstide vastuvõtu aja pikendamiseks. Tol korral ei toetanud komisjon vastuvõtu aja eristamist. Pöörati tähelepanu, et teenuse aja pikendamise ja sellest lähtuva hinna muutmise vajaduse kontrollimiseks on eelnevalt vajalik läbi viia hõiveanalüüs, mis hõlmab kogu vastava eriala teenuseid. Hõiveanalüüsi osas on vajalik välja selgitada, millistes asutustes osutatakse teenust kõige enam ning teha vastavad kokkulepped raviasutuste ja Haiglate Liiduga. Arutlusel oli, et mida pikemaks muudetakse vastuvõtt, seda enam halveneb kättesaadavus (nii rahaliselt kui ka personali arvelt).

Komisjon nägi vajadust täiendavatele andmetele (mõju eelarvele ja kättesaadavusele), et oma arvamuse kujundada.

Haigekassal paluti viia läbi a) hõiveanalüüs psühhiaatria erialal, b) analüüsida, kuidas mõjutab teenuse aja pikenedamine kättesaadavust, c) analüüsida, millistel erialadel tekib õigustatud ootus ning kuidas teenuse pikenedamine mõjutab kättesaadavust nendel erialadel, d) hinnata eelarvemõju.

Tänaseks on koostatud KTH, mis ütleb et täna osutavad kõige rohkem teenust TKL, TÜK, PERH ja IVKH. Valmisolek uut teenust osutada on kõrge keskustes, kus võtab vastu psühhiaater (teenus 3100, psühhiaatri vastuvõtt <19-aastastele, 3015, vaimse tervise õe vastuvõtt 23 eurot), kuid ka tervisekeskustes ja üldhaiglates. VTÕ vastuvõttud võimaldavad pikemaajalist ravi vajavate patsientide jälgimist korraldada osaliselt vaimse tervise õe vastuvõtul, millega väheneb vajadus korraldada jälgimist psühhiaatri vastuvõtul, samuti paraneb abini jõudmise kiirus. VTÕ hõivatuse määr täna on 90%, uue teenusega 95%. Uue teenuse kulupõhine piirhind 38 eurot. Täna 10 000 vastuvõttu (5000 patsienti, 2 vastuvõttu) aastas, järgmise 5 aasta jooksul tõuseks kasutus 23 000-ni. Tänapäevane kulu 103 000 eurot, 5 a pärast lisanduks 227 000 eurot, st kokku 330 000 eurot aastas. Teenus peaks olema hästi kättesaadav ja seda peaks osutama VTÕ kvalifikatsiooniga õde. Peaks olema võimalus konsulteerida psühhiaatriga.

Diskussioon

Toodi välja, et hetkel on analüüsimata, kuidas teenuse kestuse pikendamine mõjutab teenuse kättesaadavust ning millistel erialadel võiks veel tekkida samasugune õigustatud ootus. Juhiti tähelepanu ka sellele, et lisakulu arvutus ei ole päris korrektne, kuna pikendatud teenuse puhul on 4 aasta vaates arvestatud sisse teenuse mahu kasv, kui hetkel kehtiva teenuse puhul on maht 4 aasta lõikes jätud samaks. See tähendab, et tegelikult on prognoositav lisakulu väiksem. Toodi ka välja, et ressursi piisavuse vaatest on vaimse tervise õdesid ka juurde tulemas, kuid kas just piisavalt.

Haigekassa esindaja selgitas, et muudatus ei vähenda teenuse kättesaadavust, kuna hõiveanalüüs näitab, et juba praegu kulub lastele rohkem aega. Hõiveanalüüs tehti ka siis, kui taotleti vastuvõtu aja pikendamist pediaatrias, kuid vastavast analüüsist kestuse pikendamise vajadust ei ilmnunud. Komisjon

leidis, et kui vastav muudatus vastab teenuse osutamise tegelikule praktikale ja ka hõiveanalüüs seda toetab, siis tuleks muudatust toetada. Kui muudatus pakub lastele võimaluse saada kiiremini ja lihtsamalt abi, on see muudatus vajalik.

Tõstatus küsimus seoses haigekassa kodulehel oleva juhendiga „Tervishoiuteenuste loetelu psühhiaatria teenuste sisukirjeldused“, kus on toodud, et vaimse tervise õe poolt osutatavaid teenuseid võib kuni 31.12.2018 osutada terviseameti tervishoiutöötajate registris registreeritud psühhiaatria erialal töötav õde. Tekkis küsimus, kas nimetatud kuupäev ei ole mitte pikendatud kuni 2023. aasta lõpuni. Eesti Õdede Liidu esindaja tõi välja liidu seisukoha, et sellist sisulist, pikemaajalist ja suure mõjuga tööd lastega tohiks teha siiski vaid vaimse tervise õde ehk eriõde, kellel on selleks olemas vastav pädevus. Lisaks täpsustas ta, et hetkel osutavad lastele teenust peamiselt siiski vaimse tervise õed. Haigekassa esindaja kinnitas, et nimetatud kuupäeva on pikendatud kuni 2023. aasta lõpuni. Komisjoni poolt toodi esile seisukoht, et arvestades õdede puudust ei ole tervishoiusüsteemis mõistlik lükata kõrvale pädevaid spetsialiste, kellel on olemas vastav töökogemus, mis on sama oluline kui vastav haridus. Nõustuti, et printsiibina on see õige, aga see peaks toimuma orgaaniliselt, kus uute õdede lisandumisega on neil ka vastav pädevus olemas. Lisaks arutati, et läheneda võiks sarnaselt nagu kliinilise psühholoogi kutse puhul, kus kutse on võimalik saada ka juhul, kui ollakse teatud arv aastaid töötanud psühhiaatrilise teenuse osutaja juures.

Seejuures toodi aga välja, et sellisel juhul oleks vajalikud kvantitatiivseid andmeid, kui palju on hetkel vastava erialase koolitusega õdesid, kes teevad vaimse tervise õe vastuvõttusid, seda eriti seoses laste vaimse tervise õe vastuvõtu pikenemisega. Haigekassa esindaja selgitas, et kuna raviarveid saavad esitada nii arstid kui õed, siis haigekassa statistikast seda teada ei saa, mistõttu tuleb vastavat infot küsida raviasutustelt. Seejuures tehti ettepanek uurida hõiveanalüüsis osalenud referentsasutustelt, milline on seni olnud lastele osutatava vaimse tervise õe teenuse puhul praktika ehk kes seda teenust osutavad. Haigekassa esindaja leidis, et vastavat statistikat võib koguda, aga selle pealt piirangute kehtestamine ei pruugi olla mõistlik. Pigem oleks see teadmine vajalik kõigi vaimse tervise õe teenuste vaates ja kõigilt lepingupartneritelt selleks, et teha edasisi otsuseid pärast 2023. aasta lõppu. Komisjon otsustas, et keskendub teenuse sisule ja detailid seoses teenuse osutajaga jäetakse hetkel kõrvale.

Tõstatus küsimus, kas selle taotluse raames käsitletakse ka sama teenuse kaugvastuvõttu. Haigekassa esindaja täpsustas, et on vaadatud ka statistikat, millest selgus, et laste puhul on kaugvastuvõttusid olnud väga vähe.

Lisaks toodi võimaliku probleemina välja vanuseline käsitlus alla 19-aastane patsient versus 20-aastane ja vanem patsient, kus ühel hetkel osutatava teenuse kestus lüheneb. Komisjon leidis, et teenuse kestuse pikenemisest saadav kasu lastele kaalub selle probleemkoha üles. Ei ole piisavalt ressursi pikendamaks kõigil teenuse kestuse 90 min peale.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab taotletavat muudatust.

2. Taotluste prioriseerimine

Koostati komisjoni poolt varasemate arutelude käigus heakskiidetud taotluste nimekiri TTL-i lisamiseks 1. jaanuarist 2022. Komisjon andis igale taotlusele oma hinnangu vastavalt:

- A - prioriteetne ehk teenuse/meetodi/tehnoloogia eeldatav mõju rahvastiku tervisele on suur, tõendus efektiivsuse ja ohutuse osas tugev-mõõdukas, teenus on kuluefektiivne;
- B - vajalik ehk otsene tervisekasu on väiksem, tõendus piiratum, kuluefektiivsus kaheldav.

Diskussioon

Taotlus 1446 „pH-meetria“

Prioriteetsus – A.

Taotlus 1451 „HER2 geeni amplifikatsiooni määramine SISH meetodil kasutades Roche Ventana INFORM HER2 Dual ISH DNA sondikokteili“

Aitab hoida kokku nii raha kui aega, seega prioriteetsus A.

Taotlus 1475 „Rütmivalvur (naha alla implanteeritav rütmihäireid salvestav seade – loop-recorder)“

Täpsustati, et pärast komisjoni koosolekut leidis komisjon värsket artikli, kus taotletavat teenust võrreldi ebaselge insuldi korral alternatiivse nahale paigaldatava monitoriga. Uuring kinnitas taotletava teenuse tõenduspõhisust. Prioriteetsus – A.

Haigekassa täpsustas, et järgnevad oftalmoloogia uued teenused 1. jaanuaris 2022 loetellu ei lähe, kuna eriala nüüdisajastamine on pooleli. Komisjon otsustas, et annab ka oftalmoloogia taotlustele siiski prioriteetsuse hinnangu ära.

Taotlus 1399 „Pisarapunkti ja pisarakanali sulgurid“

Patsiendi elukvaliteeti tõstev. Prioriteetsus – A.

Taotlus 1400 „Silma eesmise segmendi topograafiline uuring“

Teenust osutatakse juba praegu ja alternatiiv puudub. Prioriteetsus – A.

Taotlus 1408 „Silma optiline biomeetria ja kunstlääts tugevuse kalkulatsioon“

Prioriteetsus – A.

Taotlus 1412 „Silma eesmise segmendi struktuuri uuringud“

Tõenäoliselt vajab konsolideerimist teiste sarnaste uuringutega. Prioriteetsus – B.

Taotlus 1415 „Pahhümeetria“

Silmakabineti seadmete hulgas juba on keratomeeter ja autorefraktomeeter, mida samuti sarvkesta paksuse mõõtmiseks kasutatakse. Prioriteetsus – B.

Taotlus 1468 „Transkraniaalne alalisvoolu stimulatsioon (ingl k transcranial direct current stimulation (tDCS))“

Tõendus pigem mõõdukas, aga ravijuhistes on tugevalt sees. Prioriteetsus – A.

Taotlus 1469 „Vaimse tervise õe vastuvõtt alla 19. a isikule“

Prioriteetsus – A.

Taotlus 1450 „Kvantitatiivne sensoorne testimine (KST) peenkiuneuropaatia diagnoosimiseks“

Prioriteetsus – B. Kui luua komisjoni ettepaneku kohaselt üks ühine elektrofüsioloogilise uuringu teenus, on prioriteetsus A.

Taotlus 1125 „Taastusravi interdistsiplinaarne meeskonnatöö“

Ravikvaliteedi seisukohalt oluline. Prioriteetsus – A.

Taotlus 1325 „Kolju- ja näokirurgia preoperatiivne 3D planeerimine“

Prioriteetsus – B.

Taotlus 1406 „Virtuaalnavigatsioonibronhoskoopia“

Prioriteetsus – B.

Taotlus 1439 „Konsiilium või ekspertkomisjoni hinnang dermatoveneroloogia erialal“

Prioriteetsus – A.

Taotlus 1445 „Lokaalne põiesisene ravi GAG kihi kahjustusega seotud interstitsiaalse tsüstiidi/kusepõie valusündroomi ja kiirgustsüstiidi korral“

Prioriteetsus – B.

Taotlus 1447 „Negatiivse rõhuga kinnine süsteem (vaakumteraapia - VAC-süsteem)“

Lähtudes kulude kokkuhoiust prioriteetsus A.

Taotlus 1460 „Vereloome tüvirakuproduktist α/β T- ja CD19+ B- lümfotsüütide ex vivo eemaldamine, Vereloome tüvirakuproduktist CD34+ rakkude ex vivo positiivne selektsioon“

Prioriteetsus – A.

Taotlus 1466 „Verekomponentide hinnakalkulatsiooni malaaria tekitaja vastaste antikehade määramise arvestamine“

Prioriteetsus – A.

Taotlus 1474 „Taastusravi teenuste nüüdisajastamine“

Prioriteetsus – A.

3. Ambulatoorse kirurgia, päevakirurgia ja päevaravi definitsioonide täiendamine ravi rahastamise lepingus ning tervishoiuteenuste loetelu rakendamistingimuste muutmine

Haigekassa tutvustas planeeritavaid muudatusi ravi rahastamise lepingus (RRL-is) ja TTL-is. Muudatuste eesmärk on läbipaistev ja vajadustele vastav teenuste rahastamine/ostmine ning operatsiooni(de) ohutu läbiviimine ja patsiendi jälgimine nõuetele vastavates turvalistes tingimustes. Muudatuste taust tuleneb audit-sihtvaliku töörühma ettepanekust, misjärel toimus sisuline arutelu kirurgiliste erialade seltsidega.

Analüüsi lähtealused:

- a) nõuded haiglavälise eriarstiabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile;
- b) läbiviidud erinevad analüüsid (ambulatoorse kirurgia, päevakirurgia ja päevaravi arved 2020. aastal).

Planeeritavad muudatused RRL-is (täiendused on alla joonitud):

- Ambulatoorne ravijuht on raviarve, millel kajastuvad ühele kindlustatud isikule ühe haigusjuhu käigus tehtud uuringud ja osutatud teenused esimesest vastuvõtust kuni pöördumise põhjuse lahendamiseni. Eriarsti vastuvõtu käigus kindlustatule määratud uuringud (sh laboratoorsed uuringud), protseduurid ning seonduvad korduvvisiidid märgitakse eriarsti vastuvõtuga samale raviarvele. Ambulatoorseks ravijuhuks ei loeta erakorralise meditsiini osakonnas osutatud teenuseid, RRL Lisa 2 punktis 3.3.2. sätestatud juhtusid; ning ravijuhtusid, kui eriarsti kahe vastuvõtu vahe on kolm kuud või rohkem. Erakorralise meditsiini osakonnas ambulatoorselt patsiendile tehtud uuringud ja osutatud teenused vormistatakse eraldi raviarvel, mille alustamise ja lõpetamise kuupäev ei erine üle ühe päeva.
Ambulatoorse ravijuhu raviarvel on tervishoiuteenuste loetelu peatükis 6 nimetatud kirurgilise operatsiooni märkimine lubatud juhul, kui operatsioon toimub ambulatoorse kirurgia operatsioonibloki nõuetele vastavas operatsioonitoas ning asutusel on kehtiv päevakirurgia tegevusluba.
- Päevakirurgia ravijuht on raviarve, millel kajastub päevakirurgia voodipäeva teenuskood (3076), ambulatoorse kirurgia operatsiooniblokis läbiviidud kirurgiline protseduur või operatsioon ning muud ravijuhu käigus osutatud teenused. Päevakirurgia raviarve alustamise ja

lõpetamise kuupäev peavad olema samad. Päevakirurgia ravijuhuks ei loeta erakorralise meditsiini osakonnas osutatud teenuseid ja RRL Lisa 2 punktis 3.3.2. sätestatud juhtusid.

- Päevaravi ravijuht on raviarve, millel kajastuvad kindlustatud isikule plaanilise ravi käigus samal kuupäeval osutatud raviteenused, mille osutamiseks on vajalik patsiendi viibimine tervishoiutöötaja pideva jälgimise all enam kui 4 tunni vältel. Päevaravi ravijuhuks ei loeta erakorralise meditsiini osakonnas osutatud teenuseid, RRL Lisa 2 punktis 3.3.2. sätestatud juhtusid ning uuringujärgset aktiivset jälgimist mittevajavate diagnostiliste uuringute läbiviimist samal kuupäeval.

Planeeritavad muudatused TTL-i rakendustingimustes paragrahvis 13. Päevaravi ja päevakirurgia piirhinnad (muudatused on alla joonitud):

- (2) Päevaravi (kood 3075) ja päevakirurgia (kood 3076) ühe päeva piirhind sisaldab kulutusi järgmistele tegevustele:
 - 6) ~~muud päevaravi ja päevakirurgia~~ tervishoiuteenuste osutamisega seotud ~~vastuvõtu käigus~~ otseselt vajalikud tegevused, ~~mis on otseselt seotud teenuste osutamisega~~;
- (3) Haigekassa võtab kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse üle päevaravi (kood 3075) piirhinna alusel juhul, kui tervishoiuteenuseid osutatakse plaanilise ravi käigus, patsient viibib aktiivset jälgimist vajaval ravil üle nelja tunni päevas ning lahkub ravilt samal päeval.
- (4) Haigekassa võtab päevakirurgia (kood 3076) eest tasu maksmise kohustuse üle piirhinna alusel juhul, kui ambulatoorse kirurgia nõuetele vastavas operatsioonitoas tehakse 4. peatükis nimetatud kirurgiline protseduur või 6. peatükis nimetatud operatsioon ning isik vajab operatsiooni või kirurgilise protseduuri järgset jälgimist enam kui üks tund ning lahkub ravilt samal päeval.

Soovitatav muutus:

- Operatsiooniga ravijuhud esitavad ambulatoorselt need partnerid, kellel on päevakirurgia tegevusluba. Tulemus: Päevakirurgia tegevusloata asutustes mõningane rahulolematuse, samas võimalus tegevusloa hankimiseks. Ambulatoorsete ravijuhtude viimine päevakirurgiasse võib osutada motiveerivaks, mis võrdub kulude kasvuga.
- Päevakirurgia (kood 3076) rakendustingimuse muutus, mille kohaselt ei pea 4 tundi „täis venitama,“ või „õiget ajajooni märkima“, viibimine lähtub tegelikust jälgimise vajadusest. Tulemus: Prognoositav on mõningane kulude kasv, mis on juhitud lepingumahtudega. Lühema jälgimisvajadusega ambulatoorsete operatsiooniga ravijuhtude liikumine päevakirurgiasse, mis viib päevakirurgia ravijuhtude ja kulude kasvuni. Võimalik, et eelkõige liiguvad anesteesiaga ambulatoorsed ravijuhud (1 220 ravijuhtu lisanduv kulu 91 341 eurot).
- 46% ravijuhtudest anesteesia kestus kuni 1 tund, 24% 1-2 tundi, millele lisandub keskmiselt 0,8 tundi *recovery* aega. Keskmise viibimine päevakirurgias anesteesia korral on 2,7 tundi. Tulemus: Kodeerimispraktika muutust on vajalik jälgida ja analüüsida. Kasutuse jälgimine 2022 I poolaasta anesteesia + *recovery* kestuste hindamisega.

Diskussioon

Eesti Haiglate Liidu esindaja täpsustas, et muudatusettepanekud ühtivad tegeliku praktikaga ja said liidu poolt positiivse tagasiside.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis infopunkti teadmiseks.

4. Kaugteenuste näidisprojektide tutvustus

Haigekassa tutvustas planeeritavaid kaugteenuste näidisprojekte.

Kaugteenuste näidisprojektide konkursi eesmärk

Kaugteenuste arendamise toetamiseks ja kasutuselevõtu kiirendamiseks kuulutas Eesti Haigekassa 09.11.2020 välja kaugteenuste näidisprojektide konkursi. Konkursi raames toetati uute kaugteenuste sisaldavate terviklike teenusmudelite välja töötamist, rakendamist ja mõju hindamist tervisesüsteemile. Eesmärgiks oli ka kaugteenuste rahastamise ning mõju hindamise praktika osas sisendi ja kogemuste saamine. Näidisprojektide konkursil kandideerinud projektid pidid vastama ühele või mitmele järgmistest Eesti tervisesüsteemi arenguvajadustest - krooniliste haiguste ägenemise ennetamine, ravi järjepidevuse parandamine, vaimset tervist toetavate teenuste kättesaadavuse parandamine.

Näidisprojektide valimine

Toetust saanud näidisprojektid selgitati välja kahe-etapilise taotlusvooriga. Taotlusi hindas mõlemas voorus laiapõhjaline hindamiskomisjon, kus lisaks haigekassale ja sotsiaalministeeriumile olid esindatud ka Eesti Nooremärstide Ühendus, Patsientide Liit, Eesti Puuetega Inimeste Koda, teadusasutused, innovatsiooni- ja tervisesüsteemi eksperdid. Esimeses voorus anti toetust kümnele projektile, teisest voorust valiti edasi neli projekti.

Haigekassa juhatus otsustas 28. aprillil 2021 toetada nelja kaugteenuste näidisprojekti: Järveotsa Perearstikeskus OÜ „Proaktiivne terviseteeakonna digidisainer“ projekti summas 331 787 eurot, SA Tartu Ülikooli Kliinikum „Psoriaasi patsiendi terviklik jälgimine raviteekonnal ja haiguse ägenemiste ennetamine“ projekti summas 131 875 eurot, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla „OnKontakt – vähipatsiendi e-tugi“ projekti summas 191 903 eurot ja Terviseagentuur OÜ „Eelvisiit“ projekti summas 244 435 eurot.

Näidisprojektide lühikirjeldused

„Proaktiivne terviseteeakonna digidisainer“

Projekti eesmärk on tugevdada perearstiabi tasandit pakkudes kroonilise haigusega patsiendile tervisekäitumist suunav, haiguse süvenemist ennetav ja tervise isejuhtimist toetav töövahend ePerearstikeskus platvormil. Perearstile luuakse efektiivne terviseplaanide koostamise, ravi planeerimise ja juhtimise töövahend, mis saab mugavalt kättesaadavaks ka patsiendile.

„Psoriaasi patsiendi terviklik jälgimine raviteekonnal ja haiguse ägenemiste ennetamine“

Projekti eesmärk on luua psoriaasipatsiendi ravi jälgimise terviklahendus pakkudes pidevat ja lihtsat terviseandmete jagamise ja ravimeeskonnaga kontakteerumise võimalust Dermtest Pildivaatur tarkvaral. Arstile on jälgimisinfo mugavalt kättesaadav, asjakohane ja ülevaatlik ning võimaldab hinnata jooksvalt haiguse kulgu ja teha raviotsuseid.

„OnKontakt – vähipatsiendi e-tugi“

Projekti eesmärk on aktiivravi perioodil vähipatsiendi elukvaliteedi hoidmine pakkudes kiiret ja mugavat ravimeeskonnaga kontakti saamise võimalust Kaiku Health tarkvara abil tõstes nii inimese kindlustunnet ja ravisooatumust ning ennetades kõrvaltoimete ägenemist.

„Eelvisiit“

Projekti eesmärk on luua terviklik ja kättesaadav esmatasandi teenus pakkudes inimesele võimalust digitaalse MinuDoc veebilehe kaudu oma perearstiga ühendust võtta ja saada Infermedica sümptomite hindaja rakendust kasutades abi vastavalt oma probleemi iseloomule.

Perearsti ja -õe aeg vabaneb tänu kergemate tervisemurede vastuvõtuvälisele lahendamisele. Lisaks aitab eeltäidetud tervisemure kirjeldus efektiivsemalt kasutada vastuvõtu aega.

Näidisprojektide rahastamine

Näidisprojektide konkursi ja projektide arendustegevuse eelarve on üks miljon eurot ja finantseerimisallikaks on haigekassa innovatsioonifond. Sellele lisanduvad projektide rakendamisega seotud igakuised tervishoiuteenuste osutamise ja tehniliste lahenduste litsentsi kulud, mida finantseeritakse eriarstiabi projektidele (On-Kontakt ja Psoriaas) alates 01.01.2022 kuni mõju-uuringu tulemuste selgumiseni 2023. aastal TTLi 11. peatükist ja esmatasandi projektidele (Digidisainer ja Eelvisiit) eraldi lepingute alusel.

Psoriaasi ja On-Kontakt projektide hinnamudelid

Luuakse universaalne kaugjälgimise teenuse alustustasu kood, mida saavad kasutada mõlemad projektid. Teenus sisaldab 30 minutist õe vastuvõttu, mille käigus tutvustab õde patsiendile kaugteenuses kasutatavat digilahendust ja õpetab patsienti digilahenduse kasutamisel. Koodi saab kasutada üks kord projekti jooksul. Koodi hind on 12,70 eurot.

Psoriaasi projektile luuakse eraldi teenusekood „Psoriaasipatsiendi seisundi kaugjälgimine Dermtest Pildivaatur tarkvaral (1 kuu)“, mis sisaldab ühe patsiendi kaugjälgimiseks ühes kuus 20 minutit õe aega, 5 minutit arsti aega, 20 minutit kabineti töökoha kulu, Dermtest Pildivaatur/Pildivaatur+ psoriaasimooduli litsentsitasu ja kümnet nutiseadet tervishoiutöötajatele psoriaasikollete pildistamiseks. Teenuse hind on 18,93 eurot ja seda saavad kasutada nii Tartu Ülikooli Kliinikum kui projektis osalevad perearstikeskused.

On-Kontakt projektile luuakse eraldi teenusekood „Onkoloogilise patsiendi seisundi kaugjälgimine (1 kuu)“, mis sisaldab ühe patsiendi kaugjälgimiseks ühes kuus 40 minutit õe aega, 5 minutit arsti aega ja 40 minutit kabineti ühe töökoha kulu. Teenuse hind on 16,74 eurot.

Teisena luuakse On-Kontakt projektile teenusekood Kaiku Health tarkvara litsentsitasu (1 kuu) katmiseks, mille hind on 6 181,20 eurot kuus.

Projektide hetkeseis ja tegevused aasta lõpuni

Projektid on hetkel ettevalmistusetapis. Komplekteeritud on meeskonnad, koostööpartneritega on kokku lepitud rollid ja tööjaotus, käib lahenduste väljatöötamine ja kasutatavate IT tööriistade arendamine. Esmatasandi projektidel on suvekuudel teostatud mahukalt erinevaid arendustöid ja IT lahenduste ettevalmistusi. Mõlema projekti jaoks on osutunud vajalikuks nõusolekuteenuse laadse lepingu väljatöötamine, millega antakse õigused tehnoloogilise lahenduse omanikule pärida isiku nõusolekul andmeid EHK andmekogudest. Lepingus fikseeritakse tähtaeg, mis ajaks peavad lahenduste arendajad minema üle riiklikule nõusolekuteenusele.

PERH on suvekuudel viinud läbi eduka riigihanke tehnoloogiapartneri leidmiseks. On-Kontakt projektis hakkab tehnoloogist lahendus pakkuma Kaiku Health, keda esindab Eestis AB Medical Teeninduse OÜ. TÜKi projektis on tehtud ettevalmistusi ja loodud prototüüp Dermtest tarkvara täiendamiseks.

Projektid esitasid esimese aruande 15. augustiks. Aruanded on menetletud ja toetused välja makstud. Käesolevalt on olulisemateks tegevusteks mõju-uuringute protokollide koostamine, eetika komiteedelt lubade saamine ning koos haigekassaga tasustamismudelite kokku leppimine.

Projektide vahehindamine toimub 18. novembril, mil koguneb kolmandat korda hindamiskomisjon ja otsustab projektide rakendamisetappi laskmise. Vahehindamiseks peab olema uuringutel eetika komitee luba, lõpetatud arendustööd ja teostatud teostatavusuuring väiksel rühma kasutajate peal.

Tulemuste hindamine ja näidisprojektide laiendamine

Näidisprojektide rakendamisaasta järgselt 2023.a I poolaastal koostab projekt lõppraporti, kus näidatakse mõju-uuringu ja kulutõhususe analüüsi tulemused. Kui kaugteenusmudel tõestab paremat või samaväärset tulemust (kliiniline tulemus, kasutajakogemus), rakendatavust ja kulutõhusust võrreldes varasema sihtrühma käsitlusega ja seda otsustab ka hindamiskomisjon ja haigekassa juhatus, siis leitakse koostöös haigekassaga kaugteenusmudelile jätkusuutlik tasustamismudel tavapraktikasse rakendamiseks. Kui projekti ei osutu edukalt lõppenuks, siis edasist kaugteenusmudeli arendamist ja rakendamist haigekassa ei rahasta.

Diskussioon

Haigekassa esindaja täpsustas, et teema toodi komisjoni infopunktina, kuna projektide piloteerimise ajaks lähevad vastavad teenuskoodid loetellu, mistõttu on hea, kui komisjon on sellest teadlik. Komisjon avaldas soovi ka ettekande slaidide jagamiseks komisjoniliikmetele.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis infopunkti teadmiseks.

5. Muudatused esmatasandil

Haigekassa tutvustas esmatasandi planeeritavaid muudatusi alates 1. jaanuarist 2022.

Lisandub kaks uut e-konsultatsiooni:

- laste oftalmoloogias (eelnes piloot);
- plastika- ja rekonstruktiivkirurgias.

Perearsti tulemustasu kood 3050 muudatus:

Tegemist on lisatasuga üldarstiabi ravi rahastamise lepingut omavale tervishoiuteenuse osutajale kvaliteedi hindamise tulemuste eest nimistu kohta. Varasemalt oli lisatingimus, et lisatasu makstake ühele rahastamise lepingut omavale tervishoiuteenuse osutajale **kuni kuue nimistu kohta**, kuid see nüüd muutub.

Muudatused perearsti baasrahas:

- Kehtestatakse ühtsed nõuded registratuurile, et perearstid oleksid telefonitsi kättesaadavad. Lisaks vajaliku rahalise ressursi tagamine tehnilise võimekuse loomiseks (kõnekeskus).
- Muud kulud, mis on perearsti baasrahas katmata. Arutelu seisab veel haigekassa siseselt ees.

Nõuandetelefoni 1220 teenuse arendus

Laiendamine perearsti nõuandetelefoniteenust chat'i võimalusega vaegkuuljatele, kõnehäirega patsientidele. Parandab teenuse kättesaadavust.

Muudatused fondides

Lisatakse endoskoopia uuringuga kaasnevad teenused tegevusfondi (kuluneutraalsed). Lisanduvad teenuskoodid on 7574, 7576, 7578 ja 7577. Võimaldab patsiendi ravi ühest kohast rahastada.

Gripivaktsiin 65+

Lisatakse motivatsioonitasu vaksineerituse hõlmatus saavutamiseks – baastase on 10% nimistu hõlmatusest.

- Nimistu hõlmatus 15% - koefitsient 0,6, 752,37 eurot;
- Nimistu hõlmatus 20% - koefitsient 0,7 877,76 eurot;
- Nimistu hõlmatus 25% - koefitsient 0,8, 1003,16 eurot;
- Nimistu hõlmatus 30-50% - koefitsient 1,0, 1253,95 eurot;
- Nimistu hõlmatus 51% ja enam - koefitsient 1,2, 1504,74 eurot.

Koolitervishoid

Kooliõdede kvaliteedisüsteemi loomine, mis koosneb kolmest osast:

- kvaliteedi hindamise tulemuste eest;
- haigusi ennetav osa – laste läbivaatused vastavalt lapse jälgimise juhendile ja laste immuniseerimised vastavalt immuniseerimiskavale;
- erialase lisapädevuse osa.

Tulemustasu 2034,30 eurot koolitervishoiuteenuse osutajale (600 õpilasega kool) täiendavaks tasuks, kui on täidetud kvaliteedinõuded. Kogumõju on 0,6 miljonit eurot. Eeldatavasti täidab kvaliteedinõuded 60% koolitervishoiuteenuse osutajatest. Esimest korda rakendub 2022/2023 õppeaastal. Esimene tulemuste arvutamine ja väljamakse 2023. aastal. Vähema õpilaste arvuga kooli puhul kehtestatakse tulemustasule koefitsient.

Hambaravi

- Hambaravi hindade nüüdisajastamine (täidiste hinnad, hetkel hõiveanalüüs pooleli);

- Hematoloogiliste ja onkoloogiliste patsientide hambaravi.

Tasuta hambaravi õigus on onkoloogilistel patsientidel:

- Kellel on diagnoositud pea- ja kaelapiirkonna pahaloomuline kasvaja ning kes saab või on saanud kiiritusravi (kiiritusravi üksinda või koos keemiaraviga).
- Patsiendid pahaloomulise kasvaja diagnoosiga, kes on saanud antiresorptiivset ravi (bisfosfonaadid, Denosumab).

Tasuta hambaravi õigus on hematoloogilistel patsientidel:

- C90 grupp hulgemüeloomiga patsiendid; C91-96 lümfoid- ja vereloomekoe pahaloomuliste kasvajatega patsiendid, kes vajavad oma ravi osana vereloome tüvirakkude siirdamist või antiresorptiivset ravi.

Ortodontilise ravi täiendus

Huule-suulaelõhe, muude näo-lõualuustüsteemi kaasasündinud väärarengute ja harvikaiguste korral tasub haigekassa ortodontilise ravi eest ka pärast isiku 19-aastaseks saamist (ravivajadus ja -plaan peavad olema paika pandud varem).

Diskussioon

Eesti Õdede Liidu esindaja tõi välja, et hetkel on vaksineerimise koormus valdavalt õdede kanda, kuid koolidele ja perearstikeskustele makstavad motivatsioonitasud ei jõua õdedeni, kes tegelikult ületunde teevad, mistõttu on tajuda motivatsiooni langust. Täpsustusena toodi, et see ei kehti kindlasti kõigi keskuste kohta, kuid kaebusi on tänaseks juba mitmeid. Probleemiks ei ole keskused, kes on ise arenduste juures, vaid pigem väiksemad ja kaugemad keskused. Täheldada võib juba ka õdede liikumist väiksematest keskusest ära ja ka sektorist välja.

Haigekassa tõi välja, et see probleem on haigekassale teada ning seda on läbi teadlikkuse suurendamise püütud juba parandada perearstide ja -õdede infotundide kaudu. Valitsuse poolt on esmatasandile eraldatud 5 miljonit eurot vaksineerimise hõlmatuse suurendamiseks ning nende arutelude juurde võetakse ka Eesti Pereõdede Ühing, et juba varakult olla ühes inforuumis. Samas tõdeti, et see on lõpuks kultuuri ja väärtuste küsimus, kuidas raviasutus oma töötajaid motiveerib ja haigekassal ei ole võimalusi teenuseosutaja survestamiseks.

Tõstatus küsimus, kas perearsti nõuandetelefoni 1220 laienemine vaegkuuljatele tuleb ainult isikustamata teenusena. Haigekassa täpsustas, et võimaldatud on nii isikustatud kui ka isikustamata nõustamine. Lisaks sooviti komisjoni poolt täpsustust, kas tasuta hambaravi täiendavad diagnoosikoodid puudutavad ainult TTL-i muudatust või ka Ravikindlustuse seaduse muutmist. Haigekassa kinnitas, et muudatus puudutab vaid TTL-i. Lisaks palus Sotsiaalministeeriumi esindaja, et haigekassa vastaks ministeeriumile seoses kõrgendatud määras hüvitist saava sihtrühma laiendamisega seotud muudatusele Ravikindlustuse seaduses ning vastavates määrustes.

Komisjon tunnustas haigekassat seoses vaegkuuljatele suunatud nõuandetelefoni teenuse võimaldamisega.

6. Muud teemad

Anneli Habicht andis teada, et lahkub Eesti Puuetega Inimeste Kojast, mistõttu lõppeb ka tema töö tervishoiuteenuste loetelu komisjonis. Eesti Puuetega Inimeste Koda esitab uueks esindajaks Kristi Rekandi, kes igapäevaselt tegeleb puuetega ja vähenenud töövõimega inimeste nõustajana. Peagi tuleb selle kohta Eesti Puuetega Inimeste Kojalt haigekassale ka ametlik kiri. Anneli Habicht tänas meeldiva koostöö eest ja tõdes, et patsientide esindatus antud komisjonis on väga oluline. Komisjon tänas samuti Anneli Habichti produktiivse koostöö eest.