

## Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Eesti Haigekassa, ruum 401

29.08.2018

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.47

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)  
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)  
Le Vallikivi (Eesti Perearstide Selts)  
Ann Paal (Eesti Puuetega Inimeste Koda)  
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)  
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)  
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)  
Andres Lehtmets (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)  
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)  
Mare Toompuu (Sotsiaalministeerium)  
Külli Friedemann (Eesti Haigekassa)

Kirjaliku arvamuse esitas:

Kaidi Usin (Terviseamet)

Kutsutud: Made Bambus (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)

### Päevakord:

#### 1. TTL -i järgmiste muutmissettepanekute arutelu:

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1272	Teledermatoskoopia esmatasandil
1273	HIV indikaatorseisunditest juhinduv testimine esmatasandil kasutades Diagnostic Matchi algoritme
1294	1 tüüpi diabeeti põdeva lapse nõustamine haridusasutusse minekul
1310	Vaimse seisundi lühiuuring (ingl Mini-Mental State Examination) esmatasandil
1288	Üleriigilise perearsti nõuandetelefoni isikustatud kaugkonsultatsioon tervise infosüsteemi (edaspidi TIS) vahendusel
1274	E-Perearstikeskus (Turvaline digikeskkond perearstikeskuse ning patsiendi vahelise kommunikatsiooni võimaldamiseks)
1324	E-konsultatsioon tervise infosüsteemi vahendusel

#### 2. Muud teemad

## 1. TTL -i järgmiste muutmissetepanekute arutelu

### Taotlus nr 1272 – Teledermatoskoopia esmatasandil

#### Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Perearstide Selts

*Teenus, sihtrühm ja näidustus:* Taotluse eesmärk on lisada tervishoiuteenuste loetellu uus esmatasandil tellitav uuring teledermatoskoopia (digitaalne dermatoskoopia asünkroonse telemeditsiini teel), mis aitaks parandada nahavähi varajast avastamist, ravitulemusi, patsiendi käsitlemise sujuvust ning võimaldaks kodukoha lähedal õigeaegset ja täpset diagnostikat. Teenus katab dermatoskoopia seadme, teledermatoskoopia rakendustarkvara, teledermatoskoopia läbiviimise koolituse ning nahaarsti hinnangu kulud, samuti koolituse, kasutajatoe ning kvaliteedijuhtimise korralduse. Näidustuseks on perearsti otsus patsiendi anamneesi põhjal.

*Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta:* Eestis on melanoomi haigestumus viimase 15 aasta jooksul tõusnud 2,3 korda ja muu nahavähi puhul 2,1 korda. Taotluses toodud 2 prospektiivset ühekeskustelist uuringut. Lim, et al 2012 võrreldi teledermatoskoopia (TD) ja dermatoloogi tavakonsultatsiooni efektiivsust lühiaegsete tulemusnäitajate alusel. Leiti, et TD on parem, kiirem, mugavam ja ilmselt kulusäästev teenus. Tan, et al 2010 oli avatud võrldusuuring, kus hinnati nahavähi kahtlusega patsientidel TD sensitiivsuseks 100% ja spetsiifilisuseks 90%. Tegemist oli dermatoloogiakliiniku haigetega, keda pildistasid ja hindasid dermatoloogid.

*Kogemus Eestis:* Teenust on osutatud tasulise teenusena alates 2014. aastast mitmes perearstikeskuses ja eriarstiabi teenusepakkujate juures.

#### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Kättesaadavate uuringute alusel on tegemist kulutõhusa meetodiga avastamiseks ja ravimaks nahavähki. Eriarsti visiitide ja kirurgiliste operatsioonide arv vähenev ca 20%. Lim, et al 2012 hinnati virtuaalse konsultatsiooniga seotud tervishoiukulu vähenemiseks ca 14%. Moreno-Ramirez, et al näitasid, et teledermatoloogia on kuluefektiivne suunamiste käsitlemise meetod nahavähi kahtlusega patsientidel. Ühe patsiendi kulu teledermatoloogia grupis oli 79.78 eurot võrreldes 129.37 euroga tavakonsultatsiooni grupis ( $p < 0.005$ ). Teine asünkroonse teledermatoloogia kulu minimeerimise analüüs (Pak, 2009) leidis, et teledermatoloogia grupi kulu patsiendi kohta oli keskmiselt 340 USD võrreldes 372 USDga nahaarsti tavakonsultatsioonile suunatud grupi patsiendiga.

Eelarvemõju prognoos:

Aasta	2019	2020	2021	2022
Teenuse arv aastas	3 419	6 838	10 256	13 675
Lisakulu EUR/aastas	43 441	86 883	130 312	173 753

#### **Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)**

Vajalik.

### **Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Eesti Naha- ja Suguhaiguste Arstide Seltsi hinnangul on teledermatoskoopia kui meetod nõrgalt põhjendatud. Uuringud on näidanud, et teledermatoskoopial on madalam efektiivsus võrreldes dermatoveneroloogi tavakonsultatsiooniga. Uue teenuse aktsepteerimine eeldab põhjalikumat arutelu, täienduskoolitusi nii perearstidele kui ka eriarstidele.

### **Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)**

Kirjanduses hinnatakse üldjuhul TD diagnostilist täpsust võrreldes tavakonsultatsiooniga ja vähem pikaajalisi tervisetulemeid. Warshaw 2012, et al süstemaatiline ülevaade (J Am Acad Derm): 78 kontrollitud uuringust 2/3 selgus kliinilise konsultatsiooni suurem diagnostiline täpsus võrreldes teledermatoloogia ja teledermatoskoopiaga, sh pahaloomuliste kasvajate osas. Patsiendi rahulolu ja eelistus olid võrreldavad, teledermatoloogia oli odavam. Finnane, et al 2017 süstemaatilises ülevaates (JAMA Derm) leiti, et kliinilise konsultatsiooni diagnostiline täpsus nahavähi diagnoosimisel ületab TD oma. TD lühendab ooteaegu ja suurendab patsiendi rahulolu. TD diagnostilise täpsuse hindamiseks ja selle rakendamiseks tavapraktikasse tavakonsultatsiooni alternatiivina on vajalikud täiendavad uuringud. Liddy, et al 2016 süstemaatiline ülevaade e-konsultatsiooni efektiivsusest (põhil dermatoloogia alane): perearstid väärtustavad diagnoosi kiirust, eriarsti nõustamist, uut teadmist. Kliinilisi tulemusnäitajaid kirjanduses üldjuhul ei hinnata. Patsiendi rahulolu kõrge (72-93%). Kuigi e-konsult on kõrgelt hinnatud patsientide ja arstide poolt ja lühendavad ooteaega, ei ole selle tervisemõju ja kulu selge. Soovitatakse rakendada eriarstiabis vastavalt kohalikule vajadusele ja hinnata kuluefektiivsust. Snoswell, et al 2016 teledermatoloogia kuluefektiivsuse süstemaatiline ülevaade (JAMA): olemasolev tõendus on ebapiisav, kuid on võimalik, et TD on kulutõhus. Kulutõhusus on suurem triaazi kasutusel ja pikkade vahemaade korral. TD ravijuhistest ei leidnud. Olemasolev tõendus kliinilise efektiivsuse ja ohutuse osas ebapiisav.

### **Diskussioon**

Teenuse teledermatoskoopia esmatasandil eesmärgiks on nahavähi varajane avastamine. Teenuse sisuks on (melanoomi kahtlusega) patsientide teledermatoloogiline konsultatsioon, st perearst pildistab lesiooni ja konsulteerib dermatoloogiga diagnoosi ja ravi suhtes. Teenuse hinnas sisalduks dermatoskoop, rakendustarkvara, pildistamise koolitus, nahaarsti konsultatsioon, kasutajatugi ja kvaliteedijuhtimine.

Komisjon proovis otsustamiseks eristada kirjanduses kasutatavad mõisted telederm(at)oskoopia, teledermatoloogia ja dermatoloogiline e-konsultatsioon. Haigekassa selgitas, et käesoleval aastal planeeritakse lisada e-konsultatsioonide erialade hulka ka dermatoveneroloogia ning sel juhul nähakse kokkulangevust teledermatoskoopia teenuse ja e-konsultatsiooni vahel. Arutlusel oli, et meetodi kulutõhusust on eelkõige hinnatud lühiajaliste tulemusnäitajate (ooteaja vähenemine, patsiendi rahulolu), kuid mitte pikaajaliste tervisetulemite alusel, kuna vastav tõendus on ebapiisav. Eeldati, et teenuse rahastamisel solidaarse tervisekindlustuse eelarvest tuleks esmajoones lähtuda tõendatud tervisekasust. Kirjandusest ei leidnud piisavalt andmeid TD sensitiivsuse ja spetsiifilisuse kohta, mistõttu ei saa välistada, et haigus võib jääda diagnoosimata või viiakse läbi ebavajalik operatsioon. Arutlusel oli, et maksumaksja rahastatud teenustel peaks olema kvaliteedilävend, mida antud teenuse puhul ei ole näidatud. Komisjon leiab, et hetkel on tõendus taotluse rahuldamiseks ebapiisav. Komisjon tõi esile, et kõnealuse ja sarnaste teenuste osutamisel tuleb tagada piltide salvestamine, vahendamine ja arhiveerimine.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon ei toeta taotluse rahuldamist.

### **Taotlus nr 1273 – HIV indikaatorseisunditest juhinduv testimine esmatasandil kasutades Diagnostic Matchi algoritme**

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Perearstide Selts

*Teenus, sihtriühm ja näidustus:* Taotluse eesmärk on lisada HIV indikaatorhaigustest (IH) juhinduv testimine esmatasandil kasutades selleks digitaliseeritud Diagnostic Matchi algoritme. Arvestades Eesti HIV epideemilist olukorda ja rahvusvahelisi soovitusi, koostati Sotsiaalministeeriumi juhtimisel 2012. aastal HIV-nakkuse testimise tegevusjuhise, mille alusel peavad tervishoiutöötajad pakkuma HIV-testimist lisaks teistele riskigruppidele ka IH ja -seisunditega isikutele. Paraku on jäänud HIV-testimine tagasihoidlikuks. Indikaatorseisunditest juhinduv testimine koos kohandatud algoritmidega aitab tõsta HIV testimise diagnostilist täpsust avastades efektiivsemalt diagnoosimata patsiente, vähendades tervishoiutöötajate stigmatiseeritust HIV temaatikaga tegelemisel ja patsientide suhtes ning suurendades olulisel määral HIV testide sagedust.

*Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta:* Toodud üks süstemaatiline ülevaade ja neli juhtkontrolluuringut, kõik asjakohased. Uuringute eesmärk oli analüüsida HIV indikaatorhaiguste esinemist ning seost HIV diagnoosimisega. Leiti, et HIV patsientidel esines diagnoosimise eelselt IH sagedamini kui kontrollrühmas, mistõttu nad ka külastavad perearsti sagedamini.

*Kogemus Eestis:* Teenust ei ole täiel määral Eestis osutatud. Küll aga on teenuse toimimist ning tööprotsesside loogikat piloteeritud 4 perearstikeskuses (Ahtme perearstikeskus, Järve perearstikeskus Kohtla-Järvel, Järveotsa perearstikeskus ning Tallinna Munitsipaalperearstikeskus). Pilootuuringu kokkuvõte ja tulemused publitseeritakse 2018. aastal. Hetkel on teada, et algoritmid aitasid leida üles kõik varasemad HIV diagnoosi saanud patsiendid, kes polnud perearstidele teada. Esialgne tulemus näitab, et algoritmide töömehhanismid on tulemuslikud.

*Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks:* Tervishoiuteenuse osutajaks on perearstikeskuses tegutsevad perearstid ja pereõed. Perearstid ja pereõed ei vaja lisakvalifikatsiooni, küll aga peab enne teenuse käivitamist olema kokku lepitud patsiendi terviklik käsitlus.

#### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Testimine indikaatorseisundite põhjal loetakse kulutõhusaks, kui testitute hulgast leitakse vähemalt 0,1% HIV positiivseid. Erinevate uuringute alusel kõik kaheksa indikaatorhaiguste gruppi on ületanud selle määra (kirjeldatud 4,7%) ning on osutunud seega kulutõhusateks. Menacho, et al 2013 a uuringus võrreldi HIV testimist indikaatorhaigus(t)e olemasolul ja mitteolemasolul: 85 indikaatorhaigusega testitust osutus HIV positiivseks 4 (4,7%) ning 304st IH-ta isikust 1 (0,3%). Esialgses valimis oli 775 IH-ga isikut ja 66 043 ilma indikaatorhaiguseta isikut - kui kõiki oleks testitud HIV testiga, mille hind on 6,32 eurot, siis tulemused on järgnevad:

- IH grupi testimise kulu oleks 4989 eurot. Arvestades uuringu avastamisprotsenti 4,7, leitaks nii 36 HIV positiivset isikut. Seega kulud ühe HIV positiivse leidmisele oleks 138 eurot;
- IH-ta isikute grupi masstestimise kulu oleks 417 391 eurot. Leitaks (0,3%) 198 HIV positiivset patsienti. Kulud ühe HIV positiivse leidmiseks oleks 2108 eurot;

Kulud Perearst2 süsteemi kasutajatele oleks 118 848 eurot aastas. Lisades ka teiste infosüsteemide kasutajate kulu, on üldkulu 148 608 eurot.

### **Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)**

Vajalik. Ei ole otseselt tervishoiuteenus, vaid pigem tugisüsteem perearstimeeskonnale.

### **Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)**

Tõendust otsitud testimise taseme, IH ja HIVi seose kohta ja perearsti digitaalse otsustoe efektiivsuse kohta. Süstemaatilisi ülevaateid ei leidnud, enamus juhtkontrolluuringud. Elmahdi, et al 2014 metaanalüüsis näidati madalat HIV testimise taset UK tervishoiusüsteemis (testitakse 27%, tervishoiusüsteemis 40%, patsiendid aktsepteeriksid 72%-list hõlmatust). Joore 2016 (1) juhtkontrolluuring: IH-ga (põhiliselt süüfilis, gonorröa) isikud külastavad perearsti enne HIV diagnoosimist sagedamini kui IH-ta isikud. Rüütel 2018: uuriti HIV diagnoosiga isikuid EHK andmebaasis IH suhtes. Sagedasemad IH-d Eestis mononukleos, hepatiit. Joore 2016 (2) juhtkontrolluuring: HIV-i patsientidel on diagnoosile eelneva IH esinemise šanss 11 (st IH esineb HIV patsientidel oluliselt sagedamini kui rahvastikus). Ravijuhised: 1. ECDC guidane for HIV testing 2016 soovib IH-baseeruvat testimist ja perearstide teavitust kõikjal Euroopas. Seda teostatakse täna Belgias, Horvaatias, Eestis, Soomes, Prantsusmaal, Kreekas, Itaalias, Leedus, Hollandis, Portugalis. 2. HivInEurope guidance 2017: IH-põhine HIV testimine on osa uuest HIV strateegiast Euroopas, eriti kõrge levimusega riikides. Tõendus IH ja HIVi seose kohta piisav. Tõendust digitaalse otsustustoe efektiivsuse kohta ei leidnud.

### **Diskussioon**

Indikaatorseisunditest juhinduv testimine aitab avastada efektiivsemalt diagnoosimata patsiente. Koostöös IT-ekspertidega, perearstidega ja infektsionistidega on loodud digitaalne otsustustoe teenus, mis aitab tervishoiutöötajal kiirelt tuvastada riskigrupi kuuluvaid patsiente, kellel on diagnoositud vähemalt üks IH. Teenus sisaldab otsustustoe tarkvara, koolitust, kasutajatuge ja kvaliteedijuhtimist. Sisuliselt on tegemist meeldetuletusteenusega. Haigekassa selgitas, et algatus teenuse rakendamiseks tuleneb HIV ravijuhendist ja HIVi prioritseerimisest rahvastiku arengukavas.

Komisjonil tekkis küsimus seoses kulutõhususe hinnangus toodud number needed to screen (NNS) väärtustega, mille alusel diagnoositaks Eestis HIV igal 20ndal IH-ga patsiendil, mis tundub liiga suur (NNS 700 IH-ta isikutel tundub reaalsem). Vajalik oleks ära oodata pilootuuringu tulemused, mis näitavad meetodi tegelikku efektiivsust. Teiseks, kas lihtne meeldetuletus Perearst 2 süsteemis vajab omaette finantseerimist? Selgusetuks jäi, kas soovitakse eraldi teenuse finantseerimist või pearaha suurenemist. Kolmandaks, kas meeldetuletusteenuse korral on tegemist tervishoiuteenusena? Neljandaks, kui Perearst 2 kasutab 80% perearstidest, siis kuidas saavad ligipääsu ülejäänud 20%? Viiendaks, täpsustamata on koolituse vajadus ja kasutajatoe funktsioon. Perearstide Seltsi esindaja tegi ettepaneku jätta taotlus ootele ning oodata ära algoritmi testimise tulemused võrdlusgruppides ja pilootuuringu tulemuste kokkuvõtte 2018. aasta jooksul. Pilootuuring näitaks muuhulgas ära ka IH-isikute NNS Eestis (1:20 tundub ebareaalne).

Komisjon leiab, et sõltuvalt epidemioloogilisest olukorrast on tegemist Eestile olulise teemaga, kuid otsustamiseks oodatakse ära pilootuuringu tulemused. Taotlejatel soovitati pilootuuringu tulemuste põhjal kokku leppida, keda ja kui tihti testida. Komisjon soovitas testida kõiki IH-ga isikuid ka ilma vastava meeldetuletusteenuseta.

## **Komisjoni arvamus**

Komisjon ootab ära pilootuuringu tulemused. Taotlus vaadatakse vajadusel uuesti üle.

### **Taotlus nr 1294 – 1. tüüpi diabeeti põdeva lapse nõustamine haridusasutusse minekul**

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Lastearstide Selts

*Teenus, sihtrühm ja näidustus:* Teenuse raames nõustatakse 1. tüüpi diabeediga lapse astumisel haridusasutusse (sh lasteaed) või siirdumisel ühest haridusasutusest teise temaga kokku puutuvat personali haiguse käsitlemise ja eripärade osas. Nõustajaks oleks spetsiaalse väljaõppe saanud õde või diabeediõde. Teenus oleks seotud SA Tallinna Lastehaigla ja SA TÜK Lastekliiniku diabeedikeskustega.

*Kogemus Eestis:* TAI, MTÜ Eesti Laste ja Noorte Diabeedi Ühing, SA Tallinna Lastehaigla ja SA Tartu Ülikooli Lastekliinik on 2012. aastast koostööna piloteerinud ja arendanud Eesti Haigekassa poolt rahastatud projekti „Tervise edendamine lasteaias ja koolis“ raames teenust „1. tüüpi diabeeti põdeva lapse nõustamine haridusasutusse minemisel“.

*Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks:* Teenust osutab spetsiaalse väljaõppe saanud õde või diabeediõde, kes tagab teenuse osutamise väljasõiduga haridusasutusse. Teenust saab osutada riiklikult tunnustatud õppekava läbinud või õendusosalast kõrgharidust omav õde, kellel on kehtiv tegevusluba ja kes töötab igapäevaselt kliinilise õenduse või terviseõenduse erialal.

#### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

<i>Aasta</i>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<i>Patsiente aastas</i>	85	95	105	115
<i>Lisakulu EUR/aastas</i>	9 997	11 173	12 349	13 525

#### **Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)**

Vajalikkus kaheldav. Teenuse sisuks on haridusasutuse personali nõustamine ja juhendamine. Olemas on kooliõed ja pereõed, kes saavad vajalikku nõustamist teha.

#### **Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)**

Pansier, et al 2015 süstemaatiline ülevaade (15 uuringut, sh 6 RCT): koolis nõustatakse järjest rohkem; võrreldes mittesekumiselega paranevad koolipersonali diabeedialased teadmised ja oskused, õpilaste elukvaliteet. Glücköuseeritud hemoglobiini taseme langus eelnevalt halva metaboolse kontrolliga diabeedi korral, kui need lapsed käisid kooliõe juures veresuhkrut mõõtnas ning insuliini manustamas. Tervisetulemi täpsemaks hindamiseks vajalikud pikad suure valimiga RCTd. Edwards 2014 süstemaatiline ülevaade: terviseplaanid ja kooliõe tugi on efektiivsed sekkumised. Personali koolituse järgselt paranes diabeedi kontroll ja saavutatud efekt püsis 1 aasta möödudes. Kahes uuringus leiti oluline HbA1 taseme langus 3 ja 6 kuu möödudes. Järeldus: personali diabeedialane nõustamine parandab laste ja koolipersonali teadlikkust ja on lühiajaliselt efektiivne, vajalikud on pikaajalised uuringud. Telemeditsiin hõlbustab individuaalse juhu käsitlemist. Vajalikud on pikema jälgimisajaga uuringud kaugtulemuste hindamiseks. Ravijuhised: koolinõustamine on soovitatud ISPAD

(International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes) 2014, NICE 2015 ravijuhistes. Olemasolev tõendus piisav hindamaks lasteasutuse personali nõustamise efektiivsust laste 1. tüüpi diabeedi lühiaegseks (kuni 1 a) kontrolliks. Toimib nii diabeediõe kui kooliõe nõustamine. Telemeditsiin võib hõlbustada individuaalse juhu käsitlust. Komisjoni analüüs kattub taotleja esitatud analüüsiga.

### **Muu info**

Eesti laste diabeedi ühing (ELDÜ) ja Eesti Diabeediliit ei poolda teenuse rakendamist eraldiseisva tervishoiuteenusena, kuna teenust pakutakse juba rehabilitatsioonialaste teenuste raames.

### **Diskussioon**

Taotluse nimetus ei ole täpne, tegemist on haridusasutuse personali ja mitte lapse/pere nõustamisega. Diabeediõde nõustab haridusasutuse personali iseseisva teenusena (külastab haridusasutust 3 korral). Teenust osutab spetsiaalse väljaõppe saanud õde või diabeediõde, kes tagab teenuse osutamise väljasõiduga haridusasutusse. Kasutada soovitakse TTL päevaravi (1., 2. visiit, 52 eurot) ja õe koduviisi (3. visiit, 20 eurot) koode. Komisjoni liikme poolt selgitati, et hetkel osutavad teenust SA Tallinna Lastehaigla ja SA TÜK Lastekliiniku diabeedikeskuste õed, kelle vastav töö ei ole hetkel rahastatud.

Komisjon leiab, et haridusasutuse personali nõustamine 1. tüüpi diabeedi ja teiste krooniliste haiguste korral on vajalik. Küsimus on, kas see peaks olema rahastatud eraldi (haigusspetsiifilise) teenusena või saaks sellist nõustamist lahendada süsteemsemalt erinevate haiguste lõikes nagu astma, diabeet, anafülaksia jt. Arutlusel oli, kas vastavat teenust võiks pakkuda vajaliku pädevuse saavutanud kooli- ja pereõed. Vastuargumendina selgus, et enamus diabeedihageid lapsi kasutab tänapäeval insuliinpumpa (või vastavat süsteemi), mistõttu kooliõel ei pruugi olla vajalikku pädevust koolipersonali nõustamisel. Pigem oleks vajalik leida lahendus, kuidas tagada vajadusel lapse, pere kui ka seotud isikute nõustamise võimalus, kasutades olemasolevaid teenuseid. Antud teenus peaks olema üks osa diabeediga lapse tervikkäsitlusest.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon soovib oodata eriõe staatuse formaliseerumist. Eesti Õdede Liidul on väljatöötamisel eriõe pädevuskriteeriumid. Eriõe staatuse rakendumisel õigusaktides ja kollektiivlepingus võib diabeediõe nõustamisteenuse tasustamise aluseks saada eriõe teenus, kui selle kohta on esitatud taotlus ja vastav teenus on lisatud TTLi.

### **Taotlus nr 1310 – Vaimse seisundi lühiauuring (ingl Mini-Mental State Examination) esmatasandil**

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Haigekassa

*Teenus, sihtrühm ja näidustus:* Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi juhendis anti tugev soovitus „Kõiki kognitsioonihäire kahtlusega patsiente sõeltestida MMSE testi abil“. Pearingistidel puudub ligipääs valideeritud eesti- ja venekeelse MMSE testi kasutamiseks. Kuna valideeritud testi kasutamiseks on vajalik osta autoriõigusi omavalt Ameerika firmalt kasutusluba, on vastavad kulud vajalik katta haigekassa eelarvest.

*Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta:* Kasutusel juba pikka aega erinevate seisundite korral hindamaks kognitiivse funktsiooni langust. Alzheimeri tõve ravijuhendi tugev soovitus teha kõigile kognitiivse funktsioonihäirega patsientidele.

*Kogemus Eestis:* MMSE test on aastakümneid kasutusel olnud, kuid probleemiks erinevat ja teadmata päritolu testide kasutamine, mille valiidsus kontrollimata.

*Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks:* Ravijuhendi rakenduskavas on planeeritud pereõdedele MMSE testi täitmise koolitus.

**Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)**  
Vajalik.

### **Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)**

Kerge kognitiivse puudulikkusega isikuid tuleb uurida ja jälgida, kuna neil võib areneda dementsus. Komisjon leidis Arevalo-Rodriguez, et al 2015 Cochrane süstemaatilise ülevaate (11 prospektiivset uuringut), kus MMSE BASELINEi kasutati mõõduka kognitiivse puudulikkuse testimiseks ja hinnati, kui suurel osal vastavalt diagnoositud patsientidest kujunes dementsus. Näidati, et kerge kognitiivse puudulikkusega isikutel oli MMSE testi sensitiivsus dementsuse osas 23-76% ja spetsiifilisus 40-94%. Alzheimeri tõve ja vaskulaarse dementsuse osas oli testi valiidsus võrreldav. Raport ei kinnitanud MMSE-l olulist rolli kasutamisel iseseisva ühekordse testina kerge kognitiivse puudulikkusega isikute leidmisel, kellel edaspidi areneb dementsus. Võimalik, et testide kombinatsioonil on suurem valiidsus.

### **Diskussioon**

Test on kasutusel 1975. aastast ja selle patendiaeg peaks olema lõppenud. Täna on test kõigile vabalt kättesaadav (vt TÜK koduleht). Firma PAR pakub modifitseeritud MMSE variante subskaalade, taskukaartide jms, mis on valideeritud ja mida pakutakse tasuta eest. Komisjon eeldab, et vastav ingliskeelne test on valideeritud USA rahvastikul ja tõlgitud seejärel eesti keelde. Valideerimine ei tähenda ainult arusaadavat tõlget, vaid oluline on ka hinnata testi sensitiivsust ja spetsiifilisust eestikeelsetel patsientidel.

Komisjon leiab, et kognitiivse häirega patsientide käsitusmudel esmatasandil on vajalik. Kuna Cochrane süstemaatilise ülevaate andmetel on testi valiidsus madal, ei saa seda soovitada kasutamiseks iseseisva ühekordse testina kerge kognitiivse puudulikkusega isikute leidmisel, kellel edaspidi areneb dementsus. Kuna Alzheimeri tõve ravijuhend hõlmab patsiendi kompleksset käsitlust, võib testi valiidsus kombineerituna teiste juhises toodud uuringutega olla suurem. Taotlusest ei olnud aru saada, kas Eesti patsientidel valideeritud MMSE test on olemas või mitte. Juhul kui tegemist on USA (või mõnes teises suures) populatsioonis valideeritud testiga, mis on tõlgitud eesti keelde ilma valideerimiseta eestikeelsetel patsientidel, ei saa komisjon soovitada sellise testi ostu, kuna ei ole teada selle valiidsus ja tasuta baasversioon on saadaval. Me ei tea, kas me saame sellest tehingust mingit tervisekasu ja kas see on küsitud hinda väärt. Arutlusel oli, et sarnaseid teste on kasutusel ka teisi ning kas on põhjendatud määratleda ainult ühe konkreetse testi kasutamine TTLs.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon ei toeta MMSE testi iseseisva testina. Patsiendi kompleksse hindamise osana on MMSE test õigustatud, kui on olemas eestikeelsetel patsientidel valideeritud versioon.



## Taotlus nr 1288 – Üleriigilise perearsti nõuandetelefoni isikustatud kaugkonsultatsioon tervise infosüsteemi (edaspidi TIS) vahendusel

### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Perearstide Selts

*Teenus, sihtrühm ja näidustus:* Taotluse eesmärk on lisada üleriigiline perearsti nõuandetelefoni isikustatud kaugkonsultatsioon tervise infosüsteemi (TIS) vahendusel. Teenuse eesmärgiks on pakkuda paindlikult, väiksema aja ja muu ressursikuluga tervishoiuteenust läbi TIS-i, kasutades selleks kõnekeskust, arstiportaali ning turvalist, kahetasemelist autentimislahendust (mobiil-ID või Smart-ID) ning teha toimunud konsultatsiooni sisu nähtavaks patsiendi tavapärasele tervishoiuteenuse osutajale. Kaugkonsultatsioon tugineb helistaja/patsiendi TIS-i kantud andmetele, annab võimaluse selgitada isikule analüüside vastuseid, vajadusel väljastada minimaalsele ravimihulgale kordusretsepte, kui kroonilise haigusega isik avastab oma ravivarude lõppemise ajal, mil tema tavapärane tervishoiuteenuse osutaja ei ole kättesaadav, kuid ravimi puudumine võib ohustada patsiendi tervist. Isikustatud nõustamisel kasutatakse anonüümsel nõustamisel aastaid kasutusel olevaid sümptomipõhiseid nõustamisalgoritme, mille kasutuselevõtt kogu esmatasandi telefoninõustamises võiks tähendada ka kvalitatiivset hüpet kogu esmatasandil laialt levinud kaugnõustamispraktikas.

*Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta:* Turvalist, mitmetasandilist, isiku tuvastamist telefoni (vm nutiseadme) teel tervishoiuteenuse osutamiseks ei ole varasemalt Eestis ega mujal Euroopas kasutatud, seetõttu vastavad varasemad uuringud puuduvad. Samas inimesele personaalset nõu pakkudes on tõenäoliselt võimalik teatud juhtudel pakkuda abi kiiremini ning ära hoida vältitavaid visiite. Toodud 5 uuringut (retrospektiivsed juhuanalüüsid ja kvalitatiivsed uuringud). Hinnati teenuse kasutajate profiili, põhjusi, soovitude kvaliteeti.

*Kogemus Eestis:* Ühes aastas teenindab Perearsti nõuandetelefon 1220 ca 250 000 kõnet, millest esimesel aastal prognoosi kohaselt 5% võiks olla isikustatud. Turvalise, isikustatud, kahetasandilise isikutuvastuse lahendusega kaugkonsultatsiooni teenust TIS vahendusel ei ole Eestis varem pakutud. Samas toimub aastas esmatasandil 690 000 perearsti ja 522 000 pereõe telefonikonsultatsiooni, mis on patsiendikaardis ja raviteenuste arvetel dokumenteeritud (EHK 2016 aasta andmed).

*Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks:* Teenust saab osutada arst või õde. Hetkel puudub täiendav koolitusvajadus kaugkonsultatsiooni teenuse osutamiseks. Laiemas plaanis on vajalik regulaarne koolitus perearstide tegevusulatuses. Teenust hakkavad osutama praegu Arstlikus Perenõuandlas töötavad perearstid, pereõed, kiirabiarstid, kiirabiõed, lastearstid, pediaatriaõed jm.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Andmed kulutõhususe hindamiseks on piiratud, sest otsesed alternatiivid taotletavale teenusele puuduvad. Kaudsete alternatiividena on väljatoodud rohelise ja sinise triaazikategooriaga patsiendi käsitus erakorralise meditsiini osakonnas ja perearsti ning -õe telefonikontaktid ja vastuvõtud. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kohaselt on EMO-s rohelise ja sinise triaazikategooriaga patsiendi ühe käsitluse hind kallim (23,56 EUR) kui üks isikustatud kaugkonsultatsioon läbi perearsti nõuandetelefoni (9,22 EUR). Samas on inimestel võimalik endiselt erakorralise meditsiini osakonda pöörduda selle asemel, et isikustatud kaugkonsultatsiooni läbi perearsti nõuandetelefoni kasutada. Perearsti ning -õe telefonikontaktid ja vastuvõtud pole pädev alternatiiv kuna tegemist pole ööpäevaringselt tagatud teenustega. Praeguseks on määratlemata täpsem teenuse sisu ja selle eeldused,

mida taotletava teenuse raames patsiendile pakkuma ollakse valmis. Taotletava teenuse sisu on täpsustamisel isikustatud kaugkonsultatsiooniks loodud töörühmas, kuhu kuuluvad Eesti Haigekassa, Eesti Perearstide Selts, Arstlik Perenõuandla OÜ, Häirekeskus, Sotsiaalministeerium ja Terviseamet. Nende detailide täpsustamisel on selgemalt võimalik hinnata taotletava teenuse kulutõhusust. Reaalset teenuse kasutuskordade arvu pole võimalik prognoosida. Aastaseks kuluks hinnatud kuni 48 000 eurot.

**Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)**  
Vajalik.

### **Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)**

Tõendus teenuse tervisekasu osas on piiratud, eelkõige on leitavad kvalitatiivsed uuringud. Peab arvestama selektsiooni ja mõõtmisnihkega tulemustes. Komisjoni analüüs kattub osaliselt taotluses toodud analüüsiga. Dahlgren, et al 2017: Rootsi perearsti nõuandetelefoni salvestiste kvalitatiivne analüüs, kus leiti, et teenust kasutavad eelkõige eakad, enam küsitakse ravimialast nõu, suur osa pöördujaid suunatakse edasi arsti konsultatsioonile. Tervisetulemeid ei hinnatud. Huibers, et 2012: professionaalsed vaatlejad hindasid pereõdede telefonitriaaži kvaliteeti. Hinnanguliselt pakuti 90% juhtudest asjakohast nõu, erakorraliste kõnede korral vähenes see 80%-le. McKenzie 2016 (1) Austraalia retrospektiivne juhuanalüüs, kus kirjeldati kasutajate profiili: väikeste laste vanemad, enamasti naised, kaugemate piirkondade elanikud. McKenzie 2016 (2): kvalitatiivne uuring, kus küsitleti telefoniperearste, kes olid rahul oma tööga ja panusega, kuid puudus otsene side patsiendiga ja pikaajaline vaade. McKenzie 2016 (3): retrospektiivne analüüs näitas EMO külastuse langust 4% võrra. Newbold 2017 UK: läbilõikeline uuring, kus tavavisiidile registreerunud paluti esmalt teha telefonivisiit; telefonikonsultatsioonide arv suurenes ja tavavisiitide arv vähenes, kuid ilmnis suur erinevus perearstipraksiste lõikes. Järeldati, et palju probleeme saab lahendada telefoni teel, kuid see ei sobi kõigile patsientidele ja arstidele. Uuringus ei olnud võimalik näidata kulude kokkuhoidu ega eriarstiabi vähenemist. Tegelikku tervisekasu uuringus ei ole hinnatud. Kokkuvõttes on tõendus tervisekasu osas madala kvaliteediga ja puudulik. Eelarvemõju: kõne hind 9 eurot, 12-50 000 kõnet, kokku 110 000 eurot.

### **Diskussioon**

Tegemist on perearsti nõuandetelefoni edasiarendusega personaalseks isiku terviseandmetel põhinevaks konsultatsiooniks. Haigekassa esindaja selgitas, et teenuse sisu ja rakendamise eeldused on täpsustamisel ja selleks on moodustatud töörühm, kuhu kuuluvad haigekassa, Eesti Perearstide Selts, Arstlik Perenõuandla, Häirekeskus, Sotsiaalministeerium ja Terviseamet. Nõuandeliinile jääks alles ka anonüümne nõustamise võimalus, kuid lisanduks isikustatud nõustamine, mille puhul patsient ennast eelnevalt autendib. Autentimine toimuks mobiil-ID abil. Komisjon leiab, et sellistel tingimustel oleks teenus suunatud piiratud sihtgrupile (nooremad, tervemad isikud). Samuti toodi esile, et tõendus tervisekasu osas on puudulik. Tõstatus küsimus turvalisuse osas. Komisjon leiab, et hetkel ei ole võimalik otsustada ning oodatakse ära töögrupi töötulemused teenuse täpsema kirjelduse osas.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon ootab ära töögrupi materjalid ning vaatab taotluse seejärel uuesti üle.

### **Taotlus nr 1274 – E-Perearstikeskus (Turvaline digikeskkond perearstikeskuse ning patsiendi vahelise kommunikatsiooni võimaldamiseks)**

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Perearstide Selts

*Teenus, sihtrühm ja näidustus:* Eesmärk on pakkuda patsientidele turvalist ja tänapäevast elektroonilist kahepoolset kommunikatsioonikanalit oma perearstikeskusega. Hetkel vastav teenus/platvorm puudub. Eesti riik on loonud tehnilised eeldused vastava teenuse tekkimiseks. Riik pakub elektroonilist turvalist andmevahetuskanalit X-tee ning loonud võimaluse elektrooniliselt ja turvaliselt ennast üheselt autentida (ID kaart, mobiil ID, smart ID) Eesti isikukoodi omaval isikul. Patsiendi ootus vastavat teenust kasutada kasvab.

*Kogemus Eestis:* Teenust piloteeritakse alates märtsist 2016. a. e-Perearstikeskuse (e-PAK) platvormil [www.eperearstikeskus.ee](http://www.eperearstikeskus.ee), osalevad Järveotsa, Jürgensoni, Kiili ja Ädala perearstikeskused.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

EPS ettepaneku kohaselt tähendaks e-PAKi kasutuselevõtt 70 minutit lisakulu nimistu kohta ning ettepaneku kohaselt tuleks selle kompenseerimiseks tasuda tänasest 4% kõrgemat baasraha. See tähendaks ühe e-PAKi kasutava perearsti nimistu kohta 840 EUR täiendavat kulu perearstide baasrahastuses. E-PAKi potentsiaalset levikut prognoosida pole võimalik, aga juhul kui näiteks 2019. aastast rakenduks kuni 50 nimistut, tähendaks see ravikindlustuse eelarvele 42 000 EUR suurust lisakulu. Arvestamisel ei ole arvesse võetud infosüsteemi ülalpidamise ja potentsiaalsete täiendavate arendustega ning koolitustega seonduvat kulu.

### **Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)**

Vajalik.

### **Diskussioon**

Tegemist on perearsti nõuandega e-maili teel, kus patsient identifitseeritakse (läbi X-tee?). Kui tavaline e-mail saadetakse otse, siis turvalist meili saab saata läbi e-PAKi rakenduse, mis töötab ID-autentimise abil. Seni on patsiendi ja perearstikeskuse vaheline e-kirjavahetus olnud ebaturvalises keskkonnas. Teenuse rakendumisel toimiks e-kirjavahetus oma perearstiga turvalises ja kontrollitud keskkonnas. Soov on luua üleriiklik modernne e-teenus kõigile kodanikele. Teenus on mugav: patsient viibib kodus, tööl ja tarbib e-teenust enda poolt valitud ajal.

Komisjon nõustub, et e-lahenduste leidmine ja rakendamine on oluline teema. E-lahenduste kasutamine ja eelistamine patsientide hulgas suureneb. Samas leiab komisjon, et taotluses kirjeldatu ei ole iseseisev teenus, vaid olemasoleva teenuse kontseptuaalne muudatus. Teenusega seoses on ka vastamata küsimusi. Esiteks on tegemist ebavõrdse kättesaadavusega, kuna teenuse kasutus on piiratud eakate patsientide (ja perearstide) osas. Pilotprojekti tulemused peaksid sellele küsimusele lahenduse pakkuma. Teiseks on lahtine uute tervishoiuteenustega seotud platvormide rahastusmudel. Teenusega kaasnevad peamiselt infotehnoloogia arenduskulud, mis on plaanis arvestada baasraha sisse. Kuna kõik perearstid teenust ei kasuta, suureneb baasraha diferentseerimise vajadus. Samas eeldame, et analoogsete e-teenuste pakkumine suureneb, mistõttu kirjeldatud rahastusmudel võib osutuda keeruliseks ja ebamõistlikuks. Komisjoni arvates peaks tervise e-teenuste rakendamine toimuma ühtsel riigi hallatud platvormil koos tsentraalse rahastamisega.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon leiab, et tegemist on laiema teemaga ning taoliste e-teenuste rakendumine võiks toimuda universaalsel riiklikult hallatud platvormil ja rahastusel.

### **Taotlus nr 1324 – E-konsultatsioon tervise infosüsteemi vahendusel**

## **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Haigekassa

*Teenus, sihtriühm ja näidustus:* Täiendatakse erialade loetelu, mille puhul võtab haigekassa koodiga 3039 tähistatud tervishoiuteenuse eest maksmise kohustuse üle juhul, kui patsient suunatakse vastava eriala spetsialisti e-konsultatsioonile või e-vastuvõtule perearsti poolt TISi vahendusel edastatud e-saatekirjaga. Hetkel kehtib TTLs e-konsultatsiooni võimalus uroloogia, endokrinoloogia, pulmonoloogia, otorinolarüngoloogia, reumatoloogia, pediaatria, hematoloogia, neuroloogia, kardioloogia, gastroenteroloogia, ortopeedia, onkoloogia, allergoloog-immunoloogia, nefroloogia, sisearsti, psühhiaatria ja günekoloogia erialal. Lisatakse dermatoveneroloogia, taastusravi, valuravi, lastepsühhiaatria ja veresoontekirurgia erialad.

*Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks:* Spetsiifilist väljaõpet pole tarvis, TTO infosüsteemi igapäevane kasutamine.

*Kogemus Eestis:* Eestis on teenust osutatud alates 2013. aastast.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

E-konsultatsiooni teenuse abil on võimalik vältida uuringute ja analüüside dubleerimist, ennetada eriarstile visiite, vastavalt patsiendi vajadustele tagada sujuvam ja tõhusam ravi ülekandumine perearstilt eriarstile. Eeldusel, et kõik 5 eriala rakenduvad 2019. aastast ning nendel erialadel tehakse 2019. aastal 182 e-konsultatsiooni, mis on keskmine e-konsultatsioonide arv 2017. rakendunud uutel erialadel esimesel aastal, on lisakulu eelarvele 14 651 eurot aastas.

### **Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)**

Prioriteetne. Sotsiaalministeerium toetab igati e-konsultatsiooni teenuse laiendamist ja laiemat kasutuselevõttu.

### **Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)**

Liddy, et al 2018 süstemaatiline ülevaade: e-konsultatsioonide kasutus eriarstias on tänaseks laialt levinud erinevatele erialadele. Hinnang kättesaadavuse, aksepteeritavuse, kulude ja TTO rahulolu suhtes on positiivne. Rahvastiku tervisenäitejate (haigestumus, suremus), ohutuse ja kuluefektiivsuse osas on tõendus piiratud.

### **Diskussioon**

Komisjon leiab, et e-konsultatsioon on vajalik ning selle kasutamise laiendamine uutele erialadele on põhjendatud. Arutlusel oli, et e-konsultatsioon on vajalik ka eriarstide vaheliseks konsultatsiooniks. Haigekassa esindaja selgitas, et esimene eriarst-eriarst e-konsultatsiooni rakendamine on hetkel võetud töösse rinnavähi sõeluuringu raames. Komisjoni liikme poolt tuli ettepanek lisada taotlusele veel kaks eriala – radioloogia ja laborimeditiin. Sarnaselt teiste erialadega tuleks eelnevalt alustada läbirääkimisi rakendustingimuste täpsustamiseks erialaseltide vahel.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab taotluse rahuldamist. Komisjon toetab laborimeditiini ja radioloogia lisamist taotluses toodud erialade nimekirja eeldusel, et rakendustingimused täpsustatakse erialaseltide ja Haigekassa poolt.

## 2. Muud teemad

Komisjoni esimees kohtus haigekassa esindajatega järgnevatel teemadel:

- Komisjoni töökorraldus. Kuna komisjoni tööks on eraldatud piiratud aeg (september) ja taotluste kinnitamine toimub 1 kord aastas (novembris), võib eeldada, et vajadus küsida taotlejate lisaandmeid võib lükata taotluse rahuldamise aasta võrra edasi. Selline töökorraldus ei vasta maksumaksja ootustele ja otsuste mõju rahva tervisele on piiratud. Taotluste menetlemine peab olema tõenduspõhine, kiire ja efektiivne. Edaspidi võiks komisjoni töö olla regulaarne ja alata juba taotluse menetlemise algusest. Komisjon saaks taotlused selekteerida, koostada esmase ülevaate olemasolevast tõendusest, anda haigekassale nõu kas, kellelt ja milliseid lisaandmeid küsida jne. Töökorralduse teema võetakse komisjonis arutlusele oktoobris-novembris.
- Komisjoni roll taotluste arutelul. Edaspidi märgib haigekassa esindaja koosoleku tööplaanides iga taotluse korral eraldi, mida haigekassa komisjonilt ootab, kas otsust, nõuannet, või on teema lihtsalt komisjonile teadmiseks.
- Tööaeg. Tõstatus küsimus, kas komisjoni koosoleku ettevalmistumiseks ettenähtud aeg on piisav ning kas oleks vajalik läbi viia liikmete ajakasutuse kaardistamine. Koosolekuks valmistumise aeg varieerub sõltuvalt taotluste hulgast ja sisust. Samuti toodi esile, et käesoleval aastal on komisjoni töö mahutatud lühikesse perioodi, kuid tulevikus võiks see aastaringselt hajutatud olla. Otsustati, et vajadusel tullakse teema juurde tagasi.
- Prioritiseerimine. Komisjon palub 19. septembri koosolekuks teada orienteeruvat lisanduva eelarve summat, millest lähtuda taotluste prioritiseerimisel.
- Oktoobris antakse komisjonile ülevaade haiglaravimite taotlustest.