

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

15.03.2023

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.23

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Kristi Rekand (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)
Malle Avarsoo (Tervisekassa)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

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

Kutsutud: Eva Juus (Tartu Ülikool)
Katrín Lutsar (Tartu Ülikool)
Erki Laidmäe (Tervisekassa)
Tiina Österman (Tervisekassa)
Anu Valli (Tervisekassa)
Maarika Liivamäe (Tervisekassa)
Karen Kirss (Tervisekassa)

Protokollija: Kadri Popilenkov (Tervisekassa)

Päevakord:

1. Taotluste arutelu

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1559	Spinaalse lihasatroofia (SMA) sõeluuring vastsündinutele
1571	Abiarstinduse tervishoiuteenus perearsti juhendamisel
1569	Perearsti nimistut teenindava täistööajaga abiarsti (üldarsti kvalifikatsioonile vastav, mitte tudeng) rahastamine
1568	Perearsti nimistut teenindava täistööajaga kolmanda pereõe rahastamine
1573	Eriõe vastuvõtt/kaugvastuvõtt esmatasandil
1578	Insuldiravi voodipäev

Komisjon liige Piret Rospu deklareeris, et tal on võimalik huvide konflikt seoses taotlustega nr 1571, 1568, 1569 ja 1573 ning komisjon leidis, et Gerli Liivetil on võimalik huvide konflikt seoses taotlustega nr 1568 ja 1573. Komisjon otsustas, et Piret Rospu ja Gerli Liivet võivad viibida taotluste arutelu juures. Kui on vajalik otsustamine, lahkuvad Piret Rospu ja Gerli Liivet koosolekult.

1. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1559 – Spinaalse lihasatroofia (SMA) sõeluuring vastsündinutele

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Meditsiinigeneetika Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on uue teenuse „Spinaalse lihasatroofia (SMA) sõeluuring vastsündinutele“ ehk SMA varajase tuvastamise teenuse lisamine tervishoiuteenuste loetellu. SMA varajane tuvastamine on oluline, kuna ravi põhimõte seisneb motoneuronite eluvõime säilitamises. Parim aeg raviga alustamiseks on enne kliiniliste kaebuste tekkimist, kuna motoneuronite hävimine algab juba enne sümptomite esmast avaldumist. Kliinilised haigussümptomid tekivad ulatusliku motoneuronite pöördumatu kahjustuse tagajärjel. Seetõttu on haiguse kliiniliste tunnuste põhisel diagnoosimisel juba kujunenud välja motoorse funktsiooni langus, mille korral ravi efektiivsus on oluliselt madalam võrreldes presümptomaatilise raviga. SMA ravi on kulukas, mistõttu on oluline, et ravist saadav efekt oleks maksimaalne. SMA sõeluuring võimaldab realiseerida SMA ravi optimaalseimalt ning vähendada edaspidiseid haigusega seotud ravikulusid. Hiljuti on Euroopa teadlaste poolt näidatud, et varajane SMA patsientide identifitseerimine ja ravi vähendab patsiendi ravi kogukulusid, iseäranis juhul kui võrrelda sümptomaatilisi ja asümptomaatilisi SMA patsiente.

Ajavahemikul 1996-2020 oli Eestis geneetiliselt kinnitatud SMA haigusjuhtudel mediaanvanus SMA tüüp 0 puhul 0,4 elukuud, SMA tüüp I puhul 3,2 elukuud, SMA tüüp II puhul 18,8 elukuud, SMA tüüp III puhul 13,4 eluaastat ja SMA tüüp IV puhul 43 eluaastat. Ravi alustamine asümptomaatilisel haigusperioodil enne kolmandat elukuud tagab patsientide oluliselt parema motoorse arengu kui hilisemas haiguse faasis alustatud ravi. Vastsündinute sõeluuring SMA osas võimaldab lisaks patsiendi prognoosi parandamisele säästa ressursse ebavajalike lisauuringute arvelt ning anda täpsemat infot haiguse levimuse kohta Eestis.

SMA on lisatud USA Tervishoiu-Teenindusministeeriumi (HHS) vastsündinute sõeluuringu soovituslike haiguste nimekirja (RUSP). Euroopa spinaalse lihasatroofia vastsündinute sõeluuringu liit soovitab tungivalt, et 2025. aastaks hõlmaksid vastsündinute sõeluuringuprogrammid kõigis Euroopa riikides kõikide vastsündinute spinaalse lihasatroofia testi.

Eeldatav uuritavate arv on ligikaudu 13 000-14 000 last aastas. Uuritavate arv sõltub elussündide arvust, mis vastavalt Eesti Statistikaameti andmetele oli vastavalt 2021. aastal 13 272, 2020. aastal 13 209 ja 2019. aastal 14 099. Eeldatav täiendavatele uuringutele kutsutavate laste arv on 1-4 last aastas kõigist uuritavatest vastsündinutest. Juhul kui kinnitub SMA diagnoos, on võimalik ravi alustada alates 2. elukuust. Tervisekassa rahastab 2022. a. alates 100% ulatuses SMA ravi ravimiga risdiplaam.

Tervisetehnoloogia hindamise raporti ülevaade

TÜ tervisetehnoloogiate hindamise keskus tegi ülevaate tervisetehnoloogia hindamise raportist TTH59 „Spinaalse lihasatroofia sõeluuringu ja presümptoomse ravi efektiivsus ja kulutõhusus“.

Raporti eesmärk:

1. Millised on teiste riikide soovitusel ja praktikad SMA vastsündinute sõeluuringu käivitamise osas?
2. Milline on SMA vastsündinute sõeluuringu kulutõhusus teaduskirjanduse andmetel?
3. Milline on SMA vastsündinute sõeluuringu kulutõhusus Eestis?

- a. vastsündinute SMA sõeluuring, millele järgneb ravi risdiplaamiga võrreldes ravi risdiplaamiga ilma sõeluuringuta;
 - b. vastsündinute SMA sõeluuring, millele järgneb geeniravi võrreldes ravi risdiplaamiga ilma sõeluuringuta;
4. Milline on sõeluuringu käivitamise eelarvemõju?

SMA sõeluuringu korraldus maailmas

Üleriigilist sõeluuringut rakendatakse täna Kanadas, USA-s, Belgias, Hollandis, Saksamaal, Norras, Itaalias, Poolas, Türgis, Taiwanis, Austraalias ja Jaapanis. Lisaks on enamikus Euroopa riikides SMA sõeluuringu rakendamine plaanis – nt esitatud riiklikku programmi, pilootprojekt planeerimisel või juba käimas, sõeluuring rakendamise ootel vms.

Tõendus risdiplaami ja geeniravi efektiivsuse kohta

Risdiplaam – Tervisekassa poolt rahastatud ravim; geeniravi – onasemnogeen-abeparvovek (OA), mida vaadati ainult presümptoomse ravi korral.

- Uuringutest järeldus, et mida varasem on SMA ravi algus, seda paremad on ravitulemused.
- Presümptoomse SMA ravis on geeniravi efektiivsem võrreldes varajase ja hilise sümptoomse raviga (tõendus 18 kuu kohta, uuring veel käib).
- Kliiniline uuring risdiplaami efektiivsuse kohta presümptoomse SMA ravis on veel käimas (9,1 kuu ravitulemuste põhjal saavutasid kõik selleks ajaks ette nähtud normaalse arengutaseme).

Tuleb arvestada, et uuringutesse kaasatud valimid olid väga väikesed. Samuti on olnud lühike uuringute jälgimisperiood. Puudub tõendus SMA ravimite pikaajalise efektiivsuse kohta ning pole teada, kas pikema kasutusperioodi jooksul nende toime püsib või hakkab vähenema või ilmnevad seni kaardistamata kõrvaltoimed.

Tõendus SMA sõeluuringu kulutõhususe kohta

- Kolm kulutõhususe uuringut, milles võrreldi SMA sõeluuringut sõeluuringu mitterakendamisega.
- Uuringutes kasutati SMA ravina nusinerseni, geeniravi või parimat toetavat ravi. Risdiplaami ei võrreldud.
- Ei võrreldud SMA sõeluuringut, millele järgneb presümptoomne ravi geeniraviga võrreldes ravi risdiplaamiga ilma sõeluuringuta.
- Uuringute tulemused varieerusid suurel määral, sõltudes peamiselt võrdluses kasutatud ravimist aga ka ajaperioodist.

Kulutõhusus Eestis

- Võrdlused:
 - Baasstsenaarium:** SMA sõeluuring, millele järgneb geeniravi (ühekordne ravi) võrreldes ravi risdiplaamiga ilma sõeluuringuta (hetkeolukord Eestis).
 - Hüpoteetiline lisastsenaarium:** SMA sõeluuring, millele järgneb ravi risdiplaamiga võrreldes ravi risdiplaamiga ilma sõeluuringuta.
- Sihtrühm: Eesti vastsündinute kohort (ligikaudu 13 000 last aastas).
- SMA sõeluuringut ja presümptoomset geeniravi ja sümptoomset ravi risdiplaamiga modelleeriti viie, 10 ja 20 aasta perspektiivis.
- Sõeluuringus positiivseks osutunud tulemuste ja valepositiivsete tulemuste osakaalud arvatati teiste riikide SMA sõeluuringute tulemuste järgi.
- SMA presümptoomse geeniravi efektiivsus SPR1NT uuringu 18 kuu tulemustest.
- SMA sümptoomse ravi efektiivsus risdiplaamiga FIREFISH uuringu ja SUNFISH uuringu 12-36 kuu tulemustest.
- Elukvaliteedi hinnangud kirjandusest.

- Kulude arvutamisel kasutati ühiskonna perspektiivi: Tervisekassa kulud + teiste asutuste (nt Sotsiaalkindlustusamet, Lastefond, kohalikud omavalitsused) kulud ning lapsevanemate saamata jäänud töötasu lapse hooldamise tõttu.

Kulutõhususe baasstsenaariumi tulemused Eestis (ühe sünnikohordi kohta)

	5 aastat			10 aastat			20 aastat		
	VS+OA	Puudub VS+risdiplaam	Erinevus	VS+OA	Puudub VS+risdiplaam	Erinevus	VS+OA	Puudub VS+risdiplaam	Erinevus
Sõeluuringu kulu	176 024	0	+176 024	176 024	0	+176 024	176 024	0	+176 024
Ravikulu	3 001 632	411 473	+2 590 158	3 012 060	934 886	+2 077 174	3 026 632	1 666 324	+1 360 308
Ühiskonna kulud	85 268	126 610	-41 342	229 928	345 601	-115 673	432 083	651 627	-219 545
Kulu kokku	3 262 923	538 083	+2 724 840	3 418 012	1 280 487	+2 137 525	3 634 739	2 317 951	+1 316 788
QALY-d	60 967	60 965	+2,441	121 933	121 929	+4,416	243 863	243 856	+7,169
ICER võidetud QALY kohta			1 116 457			484 065			183 674

Täiendkulu tõhususe määra vähenemine ajas tuleneb sellest, et geeniravi on kallid ja see kulu tehakse alguses ära. Risdiplaami manustatakse samas igapäevaselt ja kulu kumuleerub.

Kõige rohkem mõjutasid täiendkulu tõhususe määra sõeluuringus leitud SMA positiivsete osakaal, SMA I-III levimusmäär Eestis, geeniravi hind ja diskonteerimise mitterakendamine.

Kulutõhususe hüpoteetilise lisastsenaariumi tulemused Eestis (ühe sünnikohordi kohta)

Eeldati, et presümptoomne ravi risdiplaamiga on sama efektiivne kui presümptoomne geeniravi.

	5 aastat			10 aastat			20 aastat		
	VS+risdiplaam	Puudub VS+risdiplaam	Erinevus	VS+risdiplaam	Puudub VS+risdiplaam	Erinevus	VS+risdiplaam	Puudub VS+risdiplaam	Erinevus
Sõeluuringu kulu	176 024	0	+176 024	176 024	0	+176 024	176 024	0	+176 024
Ravikulu	549 906	411 473	+138 433	1 095 533	934 886	+160 647	1 858 013	1 666 324	+191 689
Ühiskonna kulud	85 268	126 610	-41 342	229 928	345 601	-115 673	432 083	651 627	-219 545
Kulu kokku	811 198	538 083	+273 114	1 501 485	1 280 487	+220 998	2 466 119	2 317 951	+148 168
QALY-d	60 967	60 965	+2,441	121 933	121 929	+4,416	243 863	243 856	+7,169
ICER võidetud QALY kohta			111 904			50 047			20 667

Mõju eelarvele

Järgneva viie aasta lisakulu, kui rakendatakse sõeluuring, millele järgneb presümptoomne geeniravi, on ca 3 mln eurot aastas. Järgneva viie aasta lisakulu, kui rakendatakse sõeluuring, millele järgneb presümptoomne ravi risdiplaamiga, on ca 200 000–300 000 eurot. Võrdlusbaas on tänane praktika ehk sõeluuringu puudumine ja sümptoomne ravi risdiplaamiga.

Planeeritav SMA sõeluuring Eestis

- Vastsündinute sõeluuringu proovid kogutakse vastsündinu kapillaarverest testkaardile (filterpaberile) vastsündinu 48.–120. elutunnil kesk-, üld- ja regionaalhaiglates sünnitusosakondades ja lastehaiglates.
- Testkaardid saadetakse igal tööpäeval analüüsimiseks TÜ Kliinikumi GPMK laboratoorse geneetika osakonda Tartus. Laboris tehakse samast testkaardist lisaks SMA testile kaasasündinud hüpotüreoosi ning 20 ainevahetushaiguse sõeluuringu testid.
- Sõeluuringul tuvastatakse SMN1 geeni 7. eksoni olemasolu/puudumist, kasutades kvantitatiivset PCR tehnoloogiat.
- Sõeluuringul homosügootse deletsiooni tulemuse korral võetakse ühendust lapsevanemaga. Perekond kutsutakse TÜ Kliinikumi GPMK kliinilise geneetika osakonda pediaatri või meditsiinigeneetika ambulatoorsele vastuvõtule. Tehakse täiendavad geneetilised uuringud.
- Kui MLPA analüüsi tulemus kinnitab SMA haiguse diagnoosi, suunatakse patsient lasteneuroloogi või neonatoloogi vastuvõtule TÜK Lastekliinikusse või Tallinna Lastehaiglasse.

Soovitused:

- Tuginedes teaduskirjandusele, tuleks SMA ravi alustada võimalikult vara, et realiseerida ravi maksimaalne võimalik kasu. Sõeluuring on SMA varajaseks diagnoosimiseks efektiivne meetod.
- Eestis on juba toimiv vastsündinute sõeluuring erinevate haiguste tuvastamiseks ja selle raames saaks rakendada ka SMA sõeluuringut. Selleks, et anda soovitus, millist ravimit kasutada sõeluuringu järgselt presümptoomseks raviks, tuleks ära oodata SPRINT (geeniravi efektiivsus) ja RAINBOWFISH (presümptoomse ravi efektiivsus risdiplaamiga) uuringute pikema perioodi tulemused. Hetkel on sümptoomse ravi puhul kasutatav ja rahastatud risdiplaam ning seda on sõeluuringu pilootprojekti raames ühel patsiendil kasutatud ka presümptoomses ravis.

Diskussioon

Tõstatus küsimus, kas hetkel peaks komisjon andma hinnangu ainult sõeluuringu rakendamise kohta või ka sellele järgneva ravi kohta. Leiti, et kuna sõeluuringu rakendamine ilma ravita ei ole võimalik ja ka eetiline, tuleb neid vaadata koos.

Sotsiaalministeeriumi esindaja tõi välja, et 2022. a lõpus loodi sõeluuringute juhtrühm, kes otsustab kas ja mil moel sõeluuringuid rakendada. TTL komisjon saab anda soovitus, kas sõeluuring on efektiivne ja kas seda oleks mõistlik ravikindlustuse raha eest teha, kuid otsuse rakendamise kohta teeb loodud juhtrühm.

Leiti, et kuna sõeluuring on SMA diagnoosiga laste varasel avastamisel efektiivne, tuleks soovitada sõeluuringu rakendamist, et raviga oleks võimalik alustada võimalikult vara. Geeniravi üle otsustamiseks on vaja ära oodata täiendavad uuringutulemused ja teha selle baasilt jätkuanalüüs. Hetkel on SMA ravi risdiplaami näol olemas ja kättesaadav sümptoomses ravis ning SMA sõeluuringu pilootprojekti raames on seda proovitud juba ka ühel 2-kuusel patsiendil presümptoomses ravis.

Tõstatus küsimus, miks ei hõlmanud TTH raport ravi nusinerseeniga. Tervisekassa selgitas, et nusinerseeni osas alustati ravimitootjaga läbirääkimisi aastaid tagasi. Samas oli teada, et tulemas on ka risdiplaam mõistlikuma hinna ja mugavama manustamisega, mistõttu ei jätkatud läbirääkimisi nusinerseeni osas.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas SMA sõeluuringu loetellu lisamist ja ravi jätkamist risdiplaamiga. Kui geeniravi osas on uuringust tulenevalt rohkem andmeid, teha geeniravi kohta jätkuanalüüs.

Taotlus nr 1571 – Abiarstinduse tervishoiuteenus perearsti juhendamisel

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Perearstide Selts

Taotluse sisu: Taotletakse uue teenuse „Abiarstinduse tervishoiuteenus perearsti juhendamisel“ lisamist tervishoiuteenuste loetellu. Alates 2011. aastast võimaldab TTKS vähemalt IV kursuse läbinud arstitudengitel töötada perearsti juhendamisel ja vastutusel ning täita arstikohustusi oma pädevuse ja oskuste piires. Abiarstid on võimelised tutvuma patsiendi tervisele, koguma patsientidelt anamneesi, tegema objektiivset läbivaatust oskuste piires, dokumenteerima kõiki tegevusi, koostama retseptipõhjasid ja nõustama teadmiste piires, sh terviseennetuste teemadel. Praegu piirab antud teenuse rakendamist rahastuse puudumine. Abiarstinduse tervishoiuteenus hõlmab abiarsti palkamise kulu ning juhendamise tasu. Teenuse tulemusena täiendatakse perearste lisatööjõuga ja vähendatakse perearstide ülekoormust, kuid võimaldatakse lisaks ka arstitudengitel saada parema kontakti perearsti töökohaga ning seeläbi eriala valiku tõenäosust suurendada. Viimast meedet aitab paremini saavutada, kui võimaldada lisarahastust A ja B kvaliteedi tasemega perearstikeskustele. Abiarstina töötava arstitudengi palk on kollektiivlepe järgi 60% üldarstipalgast.

Tervisekassa tegi lisaks lühiülevaate peamistest valukohtadest perearstiabi jätkusuutlikkuse tagamisel. Täna on oluline olemasoleva perearstiresursi hoidmine ja selle kestlikkuse tagamine ning täiendava personali kaasamine ja töö ümberkorraldamine. Hetkel on 781 perearsti nimistut, mida teenindab 747 nimistuga perearsti. Pea iga teine töötav perearst on pensioniealine. Hetkel on käimas 14 aktiivset perearstikonkurssi, kuhu on väga raske uusi inimesi leida. Perearstide asendussüsteem ei kata enam ära lahkunud perearstide osakaalu ning peremeditsiini residentuurist ei ole piisavalt peale tulemas uusi perearste. Eelnevalt tulenevalt tuleb kaaluda igat võimalust perearstiabisse kompetentse toe kaasamiseks.

Oma abi on valmis pakkuma IV-VI kursuse arstitudengid. Nad on teinud küsitluse, kus 176 tudengist 38% vastas, et neil on huvi abiarstina peremeditsiinis töötamise vastu. Nad saaksid märkimisväärselt perearsti koormust erinevate tööloikude katmisega vähendada. Kuigi huvi on olemas nii perearstide kui tudengite poolt, siis hetkel on takistuseks see, et tudengite palkamisega seotud kuluga ei ole arvestatud perearsti pearahas. Lisaks vajaks tudeng esialgu ka juhendamist. Seetõttu tuleks kaaluda lisarahastust tudengi palkamiseks (tudengi töötasu) ja tema juhendamiseks (juhendamistasu). Juhendamise vajadusest tulenevalt võiks meede olla suunatud eelkõige A ja B kvaliteeditasemega keskustesse. Lisaks tuleks analüüsida, kas samasugune lähenemine võiks olla laiendatav ka haiglatesse (sh millistesse osakondadesse).

Diskussioon

Avaldati arvamust, et perearstisüsteemi rahastusmudel tuleks laiemalt üle vaadata (sh mis peaks baasrahas sisaldama), kuna hetkel kehtiv mudel on aastast '97, kuid olukord on vahepealsete aastatega muutunud oluliselt kriitilisemaks. Lisarahastuse puhul on oluline, et see läheks sinna, kus on reaalne vajadus. Leiti, et kindlasti tuleb pensioniealiste perearstide koormust aidata vähendada ning noorte perearstide sisseelamist ja praktiseerimist toetada, kuna täna on sisuliselt tegemist kriisiga esmatasandil. Tervisekassa selgitas, et tudeng-abiarsti rahastus läheks ainult konkreetsetele keskustele, kuhu tudeng appi läheb, mitte ei rahastataks pearaha kaudu kõigile.

Toodi välja, et dokumenteerimine on tervishoius väga oluline ja dokumenteerima peab inimene, kes on ise vastava tegevuse teostanud. Sellest tulenevalt tõstus küsimus, kas abiarstile antakse vajalikud õigused, et ta saaks dokumenteerida oma nime alt, või peab teda juhendav arst oma allkirjaga kõik otsused kinnitama. Tervisekassa selgitas, et dokumenteerimise osas on hetkel veel lahendamata mure, et tudeng-abiarstid saaksid tervishoiutöötajate registrisse ja õigused oma nime alt dokumenteerida, kuid sellega tegeletakse.

Lisaks tõstus küsimus, mis rolli abiarst täidaks ja milliseid tööloike täpsemalt kataks – kas tal oleksid sarnased ülesanded pereõega. Tervisekassa selgitas, et tudengite seas läbiviidud küsitlusest saab välja lugeda, et iseseisev vastuvõtt on juba praegu tudeng-abiarstil toimimas, lisaks anamneesi võtmine, patsiendi läbivaatamine, leiu kirjeldus, sissekannete tegemine, epikriisi koostamine, analüüside ja uuringute tellimine, diagnoosi määramine, esmase raviplaanide koostamine, saatekirjade koostamine, pisikirurgilised protseduurid. Olenevalt kompetentsist katavad nad üsna laia spektrit tegevusi.

Toodi välja, et tudengite kompetentsid on väga varieeruvad. Meditsiinilised teadmised on üldjuhul väga head, kuid nad vajavad juhendamist peamiselt patsiendiga suhtlemise osas. Esialgu on nad pigem õpetatava rollis, kuid vastuvõttude üha enam iseseisvuvad ning tudengitest on abi. Ühel hetkel on põhjendatud neile palka maksta, kuna nad panustavad sisuliselt perearstikeskuse töösse ja patsientide käsitusse. Tudeng-abiarstide iseseisvumist takistab hetkel ligipääsu puudumine digiloole. Toodi välja, et kuigi juhendamise mõttes on mõistlik suunata tudengid A ja B kvaliteeditasemega keskustesse, siis võib tekkida vastuolu, et tegelik vajadus personali lisaressursi järele on hoopis väikestes praksistes, kus töötavad pensioniealised perearstid. Selgitati lisaks, et tudeng-abiarsti ei saa võrdsustada pereõega, kuna nende pädevused on erinevad (abiarstil sh kliiniline mõtlemine, ravijuhendites orienteerumine, ravimeeskondade läbimõtlemine jne) ning abiarsti perspektiiv on saada arstiks.

Tõstus küsimus, kust maalt on spetsialist iseseisva otsustusõigusega. Näiteks õenduses saadakse iseseisev otsustusõigus siis, kui ollakse vastava õppekava lõpetanud. Sooviti aru saada, kas arstide puhul on põhimõtted teised ning kas vajalikud on ka õigusruumi muudatused. Toodi välja, et oluline on paika

panna kriteeriumid, millal on tudeng iseseisva otsustusõigusega ning millal vajab jätkuvalt juhendamist, et see oleks ka patsiendi vaatest selgem. Välja peab olema töötatud ka plaan, kuidas tudengite kaasamist kommunikeerida patsientidele. Sotsiaalministeerium selgitas, et detailsem õigusruumi analüüs on veel plaanis. Tervisekassaga koostöös on arutatud, millised oleksid kiired lahendused ja mis nõuaks detailsemat õigusruumi analüüsi ja ka võimalikke IT-arendusi. Sotsiaalministeerium toetab tudeng-abiartide teemaga edasiminemist, alustamist just esmatasandilt ja täiendavate detailide läbimõtlemist (sh kaalutusotsus, millistesse praksistesse tudengid peaksid olema suunatud).

Ohukohana toodi välja, et kui rahastus seotakse iga konkreetse tudeng-abiartiga, võib juhtuda, et personali lisaressurss liigub sinna, kus on mugavam (Tallinn, Tartu), mitte sinna, kus on Eestis tegelik vajadus (sama analoogia on hetkel residentidega). Arvestada tuleb, et 60% arsti palgast on märkimisväärne summa. Seetõttu leiti, et kehtestada võiks raviasutuse omaosaluse määra, et lisaressursi palkamise vajadus oleks kriitiliselt läbi mõeldud ja lisaressurss liiguks sinna, kus riigil seda vaja on. Teise variandina võib kaaluda rahastuse sidumist nimistu suurusega. Tõstatas ka küsimus, kas Tervisekassa peaks maksma õppimise eest, samal ajal teadmata, kas need tudengid jätkavad pärast perearstina. Samas leiti, et perearstipraksise kogemus on tudengitele kasulik sõltumata sellest, mis eriala kasuks nad lõpuks otsustavad. Tervisekassa selgitas, et tänaseks on perearstide puudus jõudnud ka Tallinnasse, kus hetkel on nt käimas kuus perearstikonkurssi, kuhu on olnud raske inimest leida.

Toodi välja, et kuna on räägitud sellest, et täna on perearstide laual palju ülesandeid, mis ei lase neil ravitööga tegeleda, on oluline töökorralduse muudatustega tagada, et perearstid ei peaks nende täiendavate ülesannetega ise tegelema ning need suunataks mittemeditsiinilisele personalile.

Leiti, et abiartsti kaasamist võiks ka kaaluda ka teatud tüüpi haiglate puhul. Lisaks toodi välja, et kuna abiartsti rakendamine on võimalik lühikesteks perioodideks, peab administratiivne pool olema perearstikeskuse jaoks lihtne ja mugav.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas abiartsti rahastamist, kuid soovitas rakenduse detailsemate küsimustega edasi tegeleda. Vajadusel tuua uuesti komisjoni arutelule.

Taotlus nr 1569 – Perearsti nimistut teenindava täistööajaga abiartsti (üldarsti kvalifikatsioonile vastav, mitte tudeng) rahastamine

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Perearstide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärgiks on võimaldada kõigile nimistutele, kus on üle 2000 inimese, täiendava abiartsti ressurss koos vastava rahastusega. Täna on 152 perearsti nimistut, kus on patsiente üle 2000. Muudatus on vajalik tulenevalt sellest, et ülesanded, mida perearstikeskused täna täidavad kasvavad iga aastaga, nimistud suurenevad ja paraku ka tulenevalt rahvastiku vananemisest nimistud vananevad ja hulgihaigustega ja krooniliste haigustega patsientide hulk nimistutes kasvab. COVID-kriis ja Ukraina sõjast tingitud põgenikega seotud arstiabi vajaduse kasv näitas, et paremini said hakkama need perearstikeskused, kellel oli täiendav personal olemas või kes said seda endale juurde palgata. Ka Tervisekassa pakkus perearstikeskustele võimalust täiendavate tööülesannete või töökoormuse leevendamiseks võimalusena võtta juurde ajutiselt lisapersonali.

152 nimistust paljud oleks valmis koheselt rakendama abiartsti. See toob kindlasti leevendust paljudele arstidele, kes muidu ehk loobuksid nimistust, aga seoses võimalusega võtta juurde täiendav abiartst, jaksavad töötada nimistuga veel aastaid.

Tervisekassa täiendas, et täna on abiartstindus rahastatud läbi pearaha. Pearaha arvestatakse 1200 kindlustatu kohta, kuhu on sisse arvestatud arsti, õe ja abilise palk. Suurema nimistu puhul on arvestatud täiendav ressurss abiartsti palkamiseks. Käesoleva taotluse raames tuleks abiartsti ressurss rahastusmudelilt välja tõsta ja vaadata, kas see katab ära reaalse vajaduse.

Diskussioon

Tehti ettepanek nimetada üldarstist abiarsti mõne teise terminiga, kuna abiarsti mõiste on pigem seotud tudengitega.

Tõstatus küsimus, kas tulevikus lastaksegi perearsti nimistutel kasvada suuremaks kui 2000 isikut. Tervisekassa selgitas, et hetkel eksisteerivas perearstide puuduses ei ole võimalik nimistute suurusele piiri ette panna. Sotsiaalministeerium lisas juurde, et suures visioonis tuleks ikkagi lähtuda hea tahte kokkuleppest, mis sätestab nimistu piirsuuruseks 1600 isikut.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas üldarstist abiarsti rahastamist, kuid soovitas rakenduse detailsemate küsimustega edasi tegeleda. Vajadusel tuua uuesti komisjoni arutelule.

Taotlus nr 1568 – Perearsti nimistut teenindava täistööajaga kolmanda pereõe rahastamine

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Perearstide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärgiks on võimaldada kõigile nimistutele, kus on üle 2000 patsiendi, võtta juurde püsivalt kolmas pereõde. Täna on üle 2000 inimesega nimistuid 152. Muudatus on vajalik arvestades, et ülesanded, mida perearstikeskused täna täidavad, kasvavad iga aastaga, samas perearstide arv väheneb, nimistud suurenevad ja paraku ka tulenevalt rahvastiku vananemisest nimistud vananevad ja hulgihaigustega ning krooniliste haigustega patsientide hulk nimistutes kasvab.

COVID-kriis ja Ukraina sõjast tingitud põgenikega seotud arstiabi vajaduse kasv näitas, et paremini said hakkama need perearstikeskused, kellel oli täiendav personal olemas või kes said seda endale juurde palgata. Ka Tervisekassa pakkus perearstikeskustele võimalust täiendavate tööülesannete või töökoormuse leevendamiseks võimalusena võtta juurde ajutiselt lisapersonali.

Tervisekassa selgitas juurde, et täna on võimaldatud võtta nimistu juurde kaks pereõde ning paljudes nimistutes on seda rakendatud. Samas on 18% nimistuid, kes töötavad täna ühe pereõega, ja kaks nimistut üldse ilma pereõeta. Ukraina sõjapõgenikega seoses on Tervisekassa juhatuse otsusega võimaldatud nimistu juurde kolmanda pereõe palkamine juba praegu (rahastatav koormus sõltub nimistu suurusest). Täiendav ettepanek on lubada kolmas pereõde püsivalt nimistu juurde võtta. Õdedele langevaid ülesandeid tuleb üha juurde seoses erinevate sõeluuringutega, riskipatsientide projektiga, terve täiskasvanu juhendiga jne. Ühe variandina on olnud arutlusel, et kolmanda pereõe asemel rahastada mittemeditiinilist personali (nt terviseanalüütik). Lisaks on Tervisekassa kaalumas ettepanekut lubada täiskohaga kolmanda pereõe võimaldamist alates 1800-1900 isikuga nimistu puhul (taotluses alates 2000 isikust).

Diskussioon

Toodi välja, et õdede kriis on üleüldine, mitte ainult pereõdede osas, mistõttu on oluline vaadata ka seda, kas kolmanda pereõe rahastamine võib vähendada õdede ressursi mujal, nt haiglates (väideti, et teise pereõe rahastuse lisandumine andis haiglates tunda). Seetõttu leiti, et oluline on määrata nimistu suurus, millest alates on täiendava õe palkamine põhjendatud, või defineerida funktsioonid, mida kolmas pereõde täitma peab. Lisaks toodi välja, et tervisekeskuste vaates, kus on mitmeid nimistuid koos, võiks mõelda sellele, kas kolmas pereõde võiks olla eriõde. Tervisekassa selgitas, et nimistu suuruse piirang tõenäoliselt tuleb ning lisaks on võimalik sõnastada ka funktsioonid, mida kolmas õde peaks täitma.

Toodi välja, et 95% probleemidest lahendatakse esmatasandil, mistõttu on oluline õdesid suunata just sinna (sh edendus- ja ennetustegevuse veelgi jõudsam arendamine). Perearstiabi vajavate isikute arv on ajas kasvanud ning pereõdede töö osakaal on üha suurenenud. Kui nimistud kasvavad üha suuremaks

on vältimatu, et tekib vajadus täiendava personali järele. Samas tuleb siiski arvestada, et õdesid on vaja ka haiglates. Neid asju tuleb vaadata tasakaalus, sest ühte kohta ei saa suunata ressursi teise koha arvelt. Lisaks viidati ka sellele, et tuleks välja selgitada ka ilma pereõeta ja ühe pereõega töötavate nimistute puhul põhjused, miks see on nii, ja kuidas see mõjutab teenuse ühtlast kvaliteeti.

Toodi välja, et on praeguses suures ressursipuuduses on pigem oluline tagada, et mittemeditsiinilisi tegevusi ei teeks tervishoiutöötaja (sh mitte ka kolmas pereõde) ja meditsiinipersonal saaks keskenduda oma eripädevust nõudvatele ülesannetele. Sh on üks suuremaid valukohtasid praegu see, et füsioterapeudid, logopeedid ja psühholoogid ei ole tervishoiutöötajate registris, mistõttu langeb see arveldamise koormus perearstidele.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas kolmanda pereõde rahastamist, kuid soovitas rakenduse detailsemate küsimustega (sh nimistu piirsuuruse kehtestamisega) edasi tegeleda. Vajadusel tuua uuesti komisjoni arutelule.

Taotlus nr 1573 – Eriõde vastuvõtt/kaugvastuvõtt esmatasandil

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Perearstide Selts

Taotluse sisu: Lähtuvalt Eesti Õdede Liidu algatatud ning SoM-i poolt 07.04.2021 TTL komisjonile esitatud taotlusele järgnenud eriõde vastuvõtu pilootprojektist neljas HVA haiglas perioodil 01.11.2021–31.03.2022 ning selle piloteerimise jätkumisest eriarstiabis taotleb MTÜ Eesti Perearstide Selts sama teenuse kohaldamist esmatasandile ning vastava palgakomponendi katmist perearstiabi rahastusmudeli pearaha peatükis õe tööjõukulu real, juhul kui pereõde vastab kokkulepitud eriõde nõuetele: st on läbinud õe erialase koolituse õppekava või terviseteaduse magistriõppekava (lisa õppe 1-1,5 aastat) ühel õendusabi erialal ning on omandanud õpitud erialal suurema kliinilise pädevuse ja otsustusoskuse, samuti valmisoleku töötada nii iseseisvalt kui ka interdistsiplinaarses meeskonnas ning eest vedada uurimis- ja arendustööd.

Esmatasandil on sisuline teenus aastakümneid realselt kasutusel. Pereõded töötavad iseseisvat vastuvõttu teostavate eripädevusega spetsialistidena väga erinevates valdkondades – tervete laste ja täiskasvanute ennetavad tervisekontrollid, elustiili- ja tarbimisharjumuste alane nõustamine, krooniliste haigete jälgimine, haavahooldus jpm vastavalt 2009. a esmakordselt lansseeritud ning 2021. a värskendatud pereõde tegevusjuhendile. Eriõde vastuvõtuks sobilike tingimuste loomine on osa perearstikeskuste akrediteerimissüsteemist ning 2022. a 11 maakonnas läbi viidud kõigi keskuste akrediteerimisel selgus, et need eeldused on täidetud praktiliselt kõigis perearstikeskustes – õed dokumenteerivad oma töö tervisekaardis ja raviteenuste arvetel (90,2%), perearstikeskuses on pereõel arvutiga töökoht (99%), õe vastuvõtule toimub etteregistreerimine (84,7%) ning pereõde iseseisev vastuvõtt toimub vähemalt 20 tundi nädalas (97,3%). 284 õel on olemas retseptiväljastusõigus. Pereõdede potentsiaali võimestamine esmatasandil võimaldaks nii perearstidel kui ka teistel eriarstidel eriarstiabis enam keskenduda nende eripädevust nõudvale tööle.

Diskussioon

Sooviti täpsustust, kas teenus lisataks loetelu põhiosasse või juhtprojektide hulka. Tervisekassa selgitas, et ettepanek on lisada põhiosasse, kuna eriõde tunnitasu on alates 01.04.2024 kollektiivlepinguga sätestatud.

Leiti, et on oluline, et süsteemis juba töötavad eriõded saaksid oma kõrgemaid pädevusi rakendada. Samas peaks eriõde kõrgemat tasu saama inimene, kes oma oskusi päriselt rakendab, mitte lihtsalt ei oma vastavat haridust/väljaõpet. Viidati sellele, et ka kollektiivlepingus on eriõde kõrgem töötasu seotud eriõde kvalifikatsiooni nõudva ametikoha, mitte lihtsalt vastava hariduse olemasoluga. Seega tuleb enne paika panna, millised on need ametikohad, mis eriõde kvalifikatsiooni nõuavad.

Toodi välja, et kuna eriarstiabis on hetkel pooleli eriõde pilootprojekt, tuleks selle tulemused enne otsustamist ära oodata ning liikuda samm-sammult (sh õendusmääruse ülevaatamine jne). Sealjuures tuleks eriõde teenust rakendada samaaegselt nii eriarstiabis kui ka esmatasandil, et mitte meelitada personali ühest kohast teise.

Toodi välja, et jätkuvalt on mõnevõrra keeruline aru saada, mis eristab eriõde tavaõdest – ka tavaõde teeb iseseisvat vastuvõttu, osadel on retseptiõigus, osa omab magistrikraadi jne, mistõttu nad võiksid ka justkui olla eriõded.

Lisaks toodi välja, et Eesti Perearstide Seltsi esitatud taotlusi tuleks vaadata koos, kuna hetkel tundub, et nimistu juures saaks olema kolm tavaõde ja lisaks veel eriõde.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku oodata ära eriõde pilootprojekti tulemused, mis selguvad 2023. a lõpus, misjärel minna taotluse menetlusega edasi.

Taotlus nr 1578 – Insuldiravi voodipäev

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: L. Puusepa nimeline Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts

Taotluse sisu: Taotletakse uue tervishoiuteenuse „Insuldiravi voodipäev“ lisamist tervishoiuteenuste loetellu. Praegu statsionaaris rakendatava sisehaiguste voodipäeva (loetelu kood 2065) hind ei kata piisavalt kulutusi, mis on vajalikud tagamaks mitmeid mutidistsiplinaarse meeskonna tegevusi insuldipatsiendi käsitlemisel: patsiendi korduv arstlik läbivaatus koos neuroloogiliste hindamisskaalade kasutamisega, suhtlemine patsiendi lähedastega, õenduslike jälgimisprotokollide järgimine koos eluliste näitajate regulaarse hindamisega (sh neelamise hindamine, patsiendi kaalumine), kognitiivse häire ja/või kõnehäire ja/või liikumispuudega patsiendi jälgimine (k.a rahutute ja segasusseisundiga haigete turvalisuse tagamine, jälgimine ja ennetustegevused), toitmisravi, muud täiendavad tegevused ja protseduurid (süvaveenitromboosi profülaktika, sh intermiteeruva pneumaatilise kompressioonivahendi kasutamine jne), patsiendi hooldus ja põetus, sh lamava patsiendi hügieenitoimingute sooritamine ja üldpesu (sh patsientidel, kes vajavad toetust lihashapnikuga), patsiendi varane mobiliseerimine ja asendravi, meeskonnakoosolekud ja igapäevased õenduse- ja tugipersonali meeskonnaviisiidid.

Sihtrühmaks on kõikide insuldi alaliikidega (isheemiline ja hemorraagiline insult) patsiendid. Insuldiga patsientide käsitus on neuroloogilise defitsiidi ja olulise kõrvalabi vajaduse tõttu tavapärase sisehaiguse profiiliga patsiendiga võrreldes ressursimahukam, seda eelkõige märkimisväärselt suurema personalivajaduse tõttu. Insuldiüksuse ravi peamiseks komponendiks on kogunud multidistsiplinaarne insuldiravi meeskond, kuhu kuuluvad arstid, õed ja hooldajad, füsioterapeudid, tegevusterapeudid, logopeedid, kes on keskendunud insuldihaigete ravile. Insuldiüksuse personal korraldab regulaarseid meeskonnakoosolekuid ning läbib regulaarselt täiendõpet/koolitusi.

Eestis on ööpäevaringne valmisolek ägeda insuldi raviks kuues haiglas: Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK), Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH), Lääne-Tallinna Keskhaigla (LTKH), Ida-Tallinna Keskhaigla (ITK), Ida-Viru Keskhaigla (IVKH) ja Pärnu Haigla. Nendes haiglates on insuldiüksused ja -keskused ning nendes haiglates ravib patsienti multidistsiplinaarne (ehk multiprofessionaalne) meeskond. Insuldiüksuste põhiprintsiibid tuginevad Euroopa Insuldiorganisatsiooni (ESO) soovitusel.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Uuringud organiseeritud haiglaravi efektiivsuse kohta spetsialiseerunud insuldiüksuses kinnitavad selle kompetentsikeskuse tervisekasu.

1. Langhorne, et al 2020 Cochrane SÜ ja metanalüüs (n=29 RCT, 5000 patsienti) insuldiosakonna võrdlusest tavaosakonnaga või erinevate insuldiosakondade omavaheline võrdlus. Leiti, et insuldihaige ravi insuldiüksuses oli seotud vähenenud üldsuresusega (OR=0,76 (95% CI 0,66-

0,88), surma või institutsionaliseeritud raviga (OR=0,76 (0,67-0,85) ja surma või puudega (OR sama). Insuldiravi spetsialiseeritud keskuses ei osutunud pikemaks. Iga saja insuldihaike kohta päästeti 2 elu rohkem. Tulemused ei sõltunud soost, vanusest, insuldi raskusest, tüübist ega jälgimisajast. Mobiilse insuldikeskuse efektiivsust hinnati 2 uuringus (n=440) ja see ei osutunud tavaosakonnast efektiivsemaks. Järeldati, et spetsialiseeritud insuldiravi osakonnas olevad haiged on aasta pärast suurema tõenäosusega elus, väiksema puudega ja elavad kodus. Tõendus mõõdukas-tugev.

Ravijuhised.

1. Ringelstein, et al 2013 Euroopa Insuldi Organisatsiooni soovitusel spetsialiseerunud insuldi üksuste ja keskuste loomiseks. Tuuakse ära, et vaid 1/7 insuldihaikest Euroopas ravitakse insuldikeskustes. Soovitatakse vastavate keskuste loomist ja antakse detailsed juhised mõlema sertifitseerimiseks.
2. Norrving, et al 2018 Euroopa Insuldiorganisatsiooni insuldiravi eesmärgid aastani 2030 (European Stroke Action Plan). Põhieesmärkidena Euroopas tuuakse välja uute juhtude vähendamise 10% võrra ja 90% uute juhtude esmase hospitaliseerimise spetsialiseeritud insuldikeskusesse.
3. Powers, et al 2019 AHA (Am Heart Assoc) ja ASA (Am Stroke Assoc) isheemilise insuldi varase ravi juhised tervishoiutöötajatele. Soovitatakse spetsialiseeritud insulditiiimide loomist, kuhu kuuluvad arstid, sh neuroloogid, õed, laboripersonal ja radioloogid (1B) ja vastavate multikomponentsete kvaliteedi parandamise programmide/tiiimide loomist fibrinolüütilise ravi kättesaadavuse parandamiseks (1A, uus soovitus).

Kokkuvõttes esineb mõõdukas-tugev tõendus insuldikeskuste suremust, puuet ja institutsionaliseeritud ravi vähendava efektiivsuse kohta võrreldes tavaosakonnaga. Ravijuhendid annavad tugeva soovitusena.

Diskussioon

Toodi välja, et tõenäoliselt annaksid uuringud iga diagnoosi puhul tulemuseks, et spetsialiseeritud keskustes on ravitulemused paremad. Pigem on küsimus selles, kuidas neid tegevusi rahastada. Vaadates taotluses ülesloetud tegevusi, siis suurt osa neist tehakse iga patsiendi puhul. Lisaks nt angiograafiline insuldiravi – kuskil ei ole tegelikkuses neuroloogilist angiograafia valveringi, vaid see on universaalne. Keskusesse koondamise idee iseenesest on õige. Lisaks toodi välja, et ei ole teada, kui suur on neuroloogia puhul DRG mõju (kirurgias on see osakaal ca 70%) ja kui palju see lõpuks hinda mõjutab. Leiti, et ka seda tuleks lisaks analüüsida.

Tõstata küsimus, miks ei ole insuldiravi meeskonnas kirjeldatud psühholoogi. Leiti, et usutavasti on see tugi ikkagi juurde arvestatud või tagatakse see hiljem rehabilitatsiooni kaudu.

Sooviti aru saada, mis täpsemalt tagab spetsialiseeritud insuldikeskuste puhul parema elulemuse – kas efekt tuleb kiiremast trombolüüsist, kiiremast verevarustust taastavast ravist, multidistsiplinaarsest käsitlusest või millestki muust – ning mis täpsemalt tõstab teenuse kulu ning millist osa praegune rahastus ei kata. Suur osa multidistsiplinaarsetest käsitlustest liigub pigem taastusravisse. Tehti ettepanek, et taotleja täpsustaks, mis tekitab täiendavaid kulusid ja mille osas on hetkel rahastuses lünk. Kulude analüüs on hetkel täiesti puudu.

Toodi välja, et diagnoosipõhiste voodipäevade lisamine ei ole mõistlik, kuna üldine põhimõte on, et voodipäevadele ja vastuvõtu teenustele diagnoosi- või erialapõhiseid koode ei loo. Pigem on suund teenuskoodide koondamisele ja seda peaks ka taotlejale kommunikeerima.

Viidati ka insuldiravi raviteekonna loomisele, kus on teekonnapõhine komplekshind, mis annab kiirema ja efektiivsema ravitulemuse korral ka täiendava rahastuse. Enamik teenuseid, mida insuldiravi raames tehakse, on praegu eraldi teenustena juba rahastatud. Tehti ettepanek antud taotlus suunata raviteekonna aruteludesse või täpsustada taotluse esitajaga, mis võrreldes tänase patsiendikäsitlusega oleks teisiti ja kuidas haakub insuldi raviteekonnaga.

Arutati, kas taotluse esitamine võib olla motiveeritud vajadusest vastata ESO nõuetele, kuid sellisel juhul ei oleks küsimus ainult insuldiravi voodipäevade ja selle hinnas. Lisaks tuleks taotlejaga

täpsustada, kas ESO nõuete täitmine toob kaasa täiendavaid lisategevusi, mida seni ei ole tehtud, kas tekib lisapersonali kaasamise vajadus jne.

Leiti, et taotluse menetlusega edasi liikumiseks on vaja taotlejalt täiendavat informatsiooni.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku vaadata taotlust suuremas kontekstis ja täpsustada taotlejaga, kuidas voodipäeva taotlus suhestub insuldiravi raviteekonnaga – mis probleemi aitab täpsemalt lahendada (puuduv personal, aparatuur, aeg või midagi muud).