

## Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

17.01.2024

Algus kell 14.00, lõpp kell 17.10

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)  
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)  
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)  
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)  
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)  
Kristi Rekand (Eesti Puuetega Inimeste Koda)  
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)  
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)  
Tiina Sats (Tervisekassa)  
Katrín Roosipuu (Terviseamet)

Puudusid: Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)  
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)

Kutsutud: Agnes Aart (Lõuna-Eesti Haigla)  
Leena Kalle (Sotsiaalministeerium)  
Saima Hinno (Eesti Õendusjuhtide Ühing)  
Aivar Koppas (Tervisekassa)  
Elisabeth Kelner (Tervisekassa)  
Kadri Popilenkov (Tervisekassa)  
Liis Kruus (Tervisekassa)  
Rene Randver (Tervisekassa)  
Silver Ratnik (Tervisekassa)

Protokollija: Marili Pokrovski (Tervisekassa)

### Päevakord:

1. Juhtumikorraldus psühhiaatrias
2. Eriõe juhtprojekti kokkuvõte
3. Südamestimulaatorite implanteerimisele rakendustingimuse seadmine
4. Psoriaasi kaugjälgimine
5. Taotluste arutelu:

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1640	Diafragma stimulaatori saatja
1598	Lapse arengu hindamine

## 1. Juhtumikorraldus psühhiaatrias

Tervisekassa esindaja andis ülevaate teemast. Tegemist on teenusega, mis on olnud TTL-i juhtprojektide peatükis alates 1. aprillist 2023. a. Teenuse eesmärgiks on koondada patsiendi teekonna koordineerimise vastutus ühele ravimeeskonna võtmetöötajale ehk juhtumikorraldajale, toetada patsiendi jõudmist temale vajalike sekkumisteni läbi patsiendi seisundi vajaduste ja võimekuste hindamise, hindamistulemuste põhjal raviplaani loomise ning raviplaani elluviimise. Lisaks siduda patsient erinevate teenuseosutajatega, toetada teenuste kasutamise järjepidevust ning tõsta sekkumiste süsteemi tõhusust, tagades, et inimesele vajaminevaid teenuseid osutatakse õigel ajal ja vajalikus mahus. Teenuse sihtgrupiks on esmased patsiendid, kes pöörduvad psühhiaatrilise abi osutaja juurde omal algatusel või kelle ravi protsess võetakse psühhiaatrilisse eriarstiabisse üle perearstiabist või muust eriarstiabist, aga ka teistest abisüsteemidest väljastpoolt tervishoiusüsteemi. Lisaks on sihtgrupiks korduvad patsiendid, kes vajavad uut seisundi hindamist ning raviplaani korrigeerimist.

Teenuse rakendamisega tõstatus vajadus hinnata teenuse mõju, kuna rahastus määrati esialgu ainult üheks aastaks. Edaspidise rahastamise otsus seoti teenuse mõjuga. Teenuse mõju hindamiseks viidi läbi küsitlus teenuseosutajate seas ning statistiline analüüs raviarvetel olevate andmete põhjal. Küsitlusandmete analüüsi põhjal saab öelda, et juhtumikorralduslikel põhimõtetel on tegutsenud juba varasemast ajast, kuid sedalaadi patsiendi käsitus ja teenuse kättesaadavus on piirkonniti ja asutuse ti olnud erinev, sõltudes enamasti teenuseosutajate kättesaadavusest ja töökoormusest. Juhtumikorralduse rahastamist nähakse teenuseosutajate seas positiivse arenguna, kuna psühhiaatrilises töös on see juba varasematest aegadest osutunud vajalikuks. Juhtumikorraldaja töökoormus sõltub muu hulgas juhtumikorraldust vajavate patsientide arvust, patsientide vajaduste ulatusest ja häirete sügavusest, ravimeeskonna töökoormusest ja teistest teguritest. Teenuseosutajad märkisid, et nemad hindavad selle mõju osapoolte koostööle, raviteekonna sujuvusele ja meeskonna rahulolule pigem positiivselt. Kokkulangevus teenuse juhendamaterjaliga, mis teenuse käivitamisel koostati, on küsitlusandmete põhjal üsna suur. Raviarvete analüüsist võib välja tuua, et psühhiaatria teenuste kasutus suurenes, mida võib tõlgendada paranenud ligipääsuna ning EMO arvete ja haiglaravi arvete hulk vähenes nendel patsientidel, kellel on juhtumikorraldust psühhiaatrias rakendatud. Analüüsi alguse hetkeks oli teenus rakenduses olnud ca 8 kuud, selle aja jooksul kasutati juhtumikorralduse psühhiaatrias teenusekoodi 45 ravijuhul. Ühe juhtumikorraldusliku ravijuhu hulka on antud rahastusmehhanismis arvestatud mitme üksiku patsiendi ravijuhtumid. Maksumuselt olid juhtumikorralduse ravijuhtumid üle 230 000 euro. Analüüsis võeti üheks kriteeriumiks vaatlusperiood 6 kuud enne ja peale juhtumikorralduse lõppu. Teenus on rakenduses olnud lühikese perioodi, mis kitsendas oluliselt analüüsitavaid patsientide ja raviarvete hulka – valim osutus üsna väikeseks. Kuluefektiivsuse hindamise jaoks peaks analüüsitavaid raviarvete hulk olema suurem ja iga patsiendi jälgimise aeg pikem.

Eelöeldust tulenevalt teeb Tervisekassa ettepaneku:

- jätkata teenuse rahastamist tervishoiuteenuste loetelu juhtprojektide peatükist kuni 31.12.2025;
- viia läbi uus teenuse analüüs 2024. a lõpus, et analüüsida teenuse kasutust, mõju ja kuluefektiivsust, sh küsida võimaluse korral tagasisidet ka patsientidelt;
- 2024. a jooksul analüüsida ja vajadusel planeerida edasisi tegevusi alkohol- ja narkosõltuvuse ning psühhiaatria juhtumikorralduse teenuste ühendamiseks;
- 2025. a jooksul teha ülevaade teenuse rakendamisest TTL komisjonile;
- analüüsida sotsiaaltöö ja juhtumikorralduse teenuse sisulaseid seoseid ja rahastusvõimalusi õigusruumi (TTKS VTK) võimaluste laienemise kontekstis.

## Diskussioon

Komisjoni liige Raine Pilli deklareeris, et tal on huvide konflikt seoses antud teemaga. Ülejäänud koosolekul viibinud komisjoni liikmed otsustasid, et Raine Pilli saab viibida koosolekul teema arutelu juures ja vajadusel vastata tekkinud küsimustele, kuid ei saa viibida koosolekul komisjoni arvamuse andmise juures.

Tõstatus küsimus, millistes raviasutustes on juhtumikorralduse teenus kättesaadav, kas ka väiksemates raviasutustes ning millises mahus üks juhtumikorraldaja saab patsiente käsitleda. Ideaalis on juhtumikorraldaja ambulatoorse ravimeeskonna osa, et koordineerida kompleksset ravi ja uuringute raviteekonda. Juhtumikorraldaja oluline roll lisaks koordineerimisele on ka patsiendi motiveerimine. Seega juhtumikorralduse teenus ei peaks piirduma ainult suuremate psühhiaatrilist ravi osutavate

keskustega. Juhtumikorralduse printsiip peaks olema olemas ka väiksemate teenuseosutajate juures. Kui mitme juhtumiga üks juhtumikorraldaja tegeleda jõuab, sõltub patsientide profiilist. Näitena saab tuua, et alkoholisõltuvuse juhtumikorralduse puhul tegeleb üks juhtumikorraldaja 60-70 patsiendiga, kuid tuleb arvestada, et antud näidustusel on vajalik sagedam sekkumine/motiveerimine ühe patsiendi kohta. Mõnel teisel näidustusel võib maht olla suurem.

Toodi esile, et juhtumikorralduse printsiipi on kasutatud juba varasemalt, mis on seni toimunud raviasutuse omal rahastusel. Teenuse rakendumine on andnud võimaluse juhtumikorraldajaid juurde võtta ning ühtlustada piirkonniti ja raviasutuse ti juhtumikorralduse rakendamist. Kuna psühhiaatria erialal on teenuseosutajate arv kahanevas tendentsis, seda kasumlikumaks peaks juhtumikorralduslik roll muutuma.

Patsiendi ja tema lähedaste vaatest on oluline, et saadakse kompleksset teenust ja abi. Pöörati tähelepanu, et analüüsi käigus küsitakse tagasisidet teenuse osas ka patsientidelt.

Tõstatus küsimus, milliseid tulemusnäitajaid planeeritakse 2024. a lõpus hinnata, millist lisaväärtust annab uus analüüs. Tervisekassa esindaja selgitas, et plaanis on korrata tehtud analüüsi, kuid valim oleks suurem ja sellest tulenevalt joonistuksid statistiliselt olulisemad leiud välja. Kas analüüsi lisatakse veel näitajaid, selgub hiljem. Arutlusel on olnud patsiendi kogemuse hindamine. Komisjoni poolt anti soovitus analüüsi läbiviimise osas - mitte minna analüüsiga liiga laiaks, vaid parandada kvaliteeti.

## **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab, et pilootprojekti rahastust jätkatakse 2025. a lõpuni.

### **2. Eriõe juhtprojekti kokkuvõte**

Tervisekassa esindaja andis ülevaate eriõdede õiguste laiendamise juhtprojektist. Probleemiks on, et katmata ravivajadus Eestis oli 2021. aastal 12,6%, mis oli suurim Euroopa Liidu riikidest (keskmine 4,8%). Ravikindlustusest olenemata on tervishoiuteenused jäänud kättesaamatuks peamiselt pikkade ravijärgkordade tõttu. Projekti eesmärk on läbi eriõenduse aidata kaasa Eesti tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkusele, vähendades eriõdede rakendamise kaudu arstide töökoormust, suurendades ravi kättesaadavust, lähtuda raviteekondades inimkesksusest ja kasutada olemasolevaid inimressursse tõhusamalt. Tööülesannete osaline üleviimine eriarstidelt eriõdedele vastavalt pädevusele aitab kaasa tervishoiutöötajate ja -süsteemi jätkusuutlikkusele, patsiendikesksusele, parendab teenuse kättesaadavust ja aitab suurendada tervishoiusüsteemi vastupidavust eri olukordades, kus rohkem tervishoiutöötajaid saavad üksteist asendada. Kvalitatiivse analüüsi tulemuste põhjal toodi välja õe ja eriõe tegevuste erisused Viljandi Haigla reumatoloogia osakonna näitel – õe roll oli assisteeriv (retseptide ettevalmistamine, arsti tegevuse dokumenteerimine ning hindamised, anamneesi võtmine, analüüsides/uuringute tellimine, nõustamine jne pigem arsti poolt), eriõe roll oli patsiendi keskne (nõustamine, tervise seisundi jälgimine/hindamine, esmane patsiendi käsitus, uuringute/analüüsides tellimine, koostöövõrgustiku koordineerimine jne). Lähtuvalt kvalitatiivse analüüsi tulemustest tehti järgmised ettepanekud eriõdede õiguste laiendamise osas:

- saatekirjata pöördumise võimalus eriõe vastuvõtule (lähtuvalt erialast);
- meditsiiniseadme kaartide väljakirjutamise õigus;
- edasi suunamise õigus;
- e-konsultatsioonide tegemise õigus;
- lisauuringute ja analüüsides tellimise õigus;
- laiendatud retseptiõigus erialast lähtuvalt.

Eriõe projekti PREM küsimustikule vastati kokku 146 korral (sh 73 võrdlusperioodil ja 73 sekkumisperioodil). Kvantitatiivsest patsiendi rahulolu küsimustiku analüüsist ilmnas, et patsiendi rahulolu paranes sekkumisperioodis ehk eriõe teenusega perioodis. Personali kogemuse ja koostöö küsimustikule vastati 102 korral, millest analüüsiks kasutati 51 (enamus välja jäänud küsimustike täitmine oli jäänud pooleli). Personalil paluti hinnata koostööd enda haigla patsiendi raviteekonnaga seotud spetsialistidega. Kvantitatiivsest personali rahulolu küsimustiku analüüsist ilmnas, et personali rahulolu oli kõikide ametite puhul suurem sekkumisperioodis ehk pärast eriõe lisandumist.

Juhtprojekti raames viidi läbi ka raviarvete analüüs, et uurida, millist kasu toob eriõdede vastutuse laiendamine raviteekondadele. Esiialgu võeti analüüsi aluseks kokkulepitud diagnoosid põhi- või kaasuva diagnoosiga, hiljem muudeti seda juhtrühma otsusega ning analüüsi kaasati ainult

põhidiagnoosiga patsiendid. Raviarvete analüüs, kus hinnati võrdlusperioodis ja sekkumisperioodis inimeste osakaalu, kellel 30 päeva jooksul pärast perioodi esimest eriõde vastuvõttu toimus EMO külastus, hospitaliseerimine või perearsti/pereõde vastuvõtt, tõi välja, et kõigi stsenaariumide puhul vähenes inimeste osakaal sekkumisperioodil võrreldes võrdlusperioodiga.

Arvutati välja ka korrigeeritud teenuste hulk ja teenuste maksumus võrdlusperioodis ja sekkumisperioodis 1 isiku kohta. Raviarvete analüüsist lähtuvalt võib öelda, et uuritud erialadel vähenes eriarsti vastuvõttude teenuse hulk inimese kohta peale eriõde lisandumist sekkumisperioodil.

Tulenevalt juhtprojekti tulemustest tehakse ettepanek lisada hetkel tervishoiuteenuste loetelu 11. peatüki §81 lõikes asuvad eriõde teenused: 3018 (eriõde vastuvõtt 45 minutit), 3019 (eriõde vastuvõtt 30 minutit), 3219 (eriõde kaugvastuvõtt), 3231 (eriõde videovastuvõtt) juhtprojektide peatükist ümber tervishoiuteenuste loetelu põhiossa. Tervishoiuteenuste loetelu kaudu võiksid olla tasustatud ka eriõde e-konsultatsioonid, sest see on kiire ja efektiivne viis saada tagasisidet (nt raviskeemi osas) olukorras, kus ravijärjekorrad on väga pikad ja eriarstid ülekoormatud. E-konsultatsioonid võiksid olla võimalikud peamiselt eriõde ja eriarsti vahel, kuid ka eriõde ja teise eriõde vahel, eriõde ja pereõde vahel ning eriõde ja hooldekoduõde vahel (mõlemas suunas).

## Diskussioon

Komisjoni liige Gerli Liivet deklareeris, et tal on huvide konflikt seoses antud teemaga. Ülejäänud koosolekul viibinud komisjoni liikmed otsustasid, et Gerli Liivet saab viibida koosolekul teema arutelu juures ja vajadusel vastata tekkinud küsimustele, kuid ei saa viibida koosolekul komisjoni arvamuse andmise juures.

Arutlusel oli, kas meetodika muutus uuringu keskel on korrektne. Juhtprojekti meeskonna liige täpsustas, et muudatust ei tehtud meetodikas, vaid andmete käsitluses ning selgitati, et otsus diagnooside puhul sisse arvestada ainult põhidiagnoosid, tulenes sellest, et kaasuva diagnoosi sisse jätmisel oleks tekkinud nihe, millise põhjusega patsient EMO-sse pöördus ja kas see oli antud uuringu eesmärkidega seotud (nt patsient pöördus EMO-sse luumurruga, mis ei olnud uuringu puhul relevantne). Tõstatus küsimus, kas uuringu käigus hinnati ka kliinilisi tulemusnäitajaid, kui jah, siis millisest aspektist. Kliinilisi tulemusnäitajaid koguti, kuid neid hetkel uuringus ei hinnatud, kuna uuringuperiood oli lühike ning valimi ja kogutud andmete hulk väike, samuti oli analüüsiks jäänud aeg liiga lühike. Komisjon tegi ettepaneku, et jätkutegevusena võiks proovida hinnata ka kliinilisi tulemusnäitajaid uuringu käigus kogutud andmete põhjal.

Toodi esile, et on keeruline võrrelda erinevate erialade (eri)õde. Arutlusel oli, et osades ravimeeskondades juba toimib arsti ja õde tööjaotus (nt endokrinoloogia, uroloogia). Selle eelduseks on, et õel on vastav pädevus, et võtta osa tegevustest enda peale. Tõstatus küsimus, kas erialadel hakkavad olema nii õde kui ka eriõde iseseisvad vastuvõttud ja kuidas sellisel juhul tööjaotus olema hakkab. Arutlusel oli, et ülemineku perioodil on ilmselgelt olukordi, kus kõigil eriõde pädevusele vastavatel õdedel ei ole ära tehtud pädevuse hindamist ja see võib tekitada arusaamatust, kes on eriõde ja kes üldõde. Samas praktikas saab ravimeeskonnas teha tööülesannete ja tegevuste jaotuse vastavalt, teades millistel õdedel on üldõde pädevus ja millistel eriõde pädevus ning kui pädevus on ka sertifitseeritud, siis oleks võimalik kodeerida eriõde vastuvõttu.

Tõstatus küsimus, kuidas määratleme, kes on eriõde. Eriõde on defineeritud õendusabi erialade loetelu määruses. Eriõde on kas vastava magistriõppe läbinud spetsialist või õde pädevuse hindamisel Eriõde III taseme saavutanud spetsialist. Eriõde III pädevust on võimalik taotleda kõrgharidusega õde, kes on spetsialiseerunud kitsamale õendusvaldkonnale, kuid spetsialisti- või magistriõpet veel läbinud ei ole. Pädevust hindab Eesti Õdede Liidu pädevuse hindamise komisjon, lähtuvalt õde kliinilisest töökogemusest, läbitud koolitustest ning kutsevaldkonna arendavates tegevustes osalemisest. Tõstatus küsimus, kas Eesti Õdede Liidu poolt väljastatud pädevus on piisav sertifitseerima eriõdesid, kas seda ei peaks tegema kõrgkool. Selgitati, et kutset annab jätkuvalt kõrgkool. Eesti Õdede Liit hindab pädevust sarnaselt teistele erialaseltsidele (nt Eesti Perearstide Selts, Eesti Kardioloogide Selts jne). Toodi esile, et pädevuse hindamine erialaseltsi poolt on Euroopas hea tava. Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et paralleelselt on töös määruse muutmine, millega täpsustatakse eriõde staatus vastavalt projektis kirjeldatule, sh on plaanis täpsustada lisaõigused (saatekirja võimalus, retsepti ja meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õigus jne). Eesmärk on õigusruumis luua selgus, mis tingimustele peab eriõde pädevusega spetsialist vastama ning millised on tema õigused kliinilises töös. Tõstatus küsimus, kas ajaliselt on õige, et pädevuse ja õiguste sätteid hakkavad kehtima samal hetkel,

kui teenuse rahastus või peaks need olema eelnevalt määratletud ja õigusruumis kehtima hakanud. Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et õige oleks neid rakendada paralleelselt samal ajal. Ainsad õigused, mida ei jõua paralleelselt TTL-iga rakendada on meditsiiniseadme kaardi ja ravimiretsepti väljakirjutamise õigused, kuid need lisanduksid hiljem. Toodi esile, et oluline osa on võimaldada eriidedele e-konsultatsiooni võimalus, sh nii eriõde-eriõde, kui ka eriõde-eriarst e-konsultatsioonid. See on turvaline viis informatsiooni vahetamiseks ja patsiendi raviteekonna sujuvamaks muutmiseks.

Tõstatus küsimus, kuidas tagada, et eriidet ei hakata rakendama korraga mitmel erialal (sh ei pruugi ta omada pädevust kõigil nendel erialadel) ning kuidas selle juures kaitsta nii patsienti kui ka spetsialisti ennast. Arutlusel oli, et see küsimus laieneb kõigile tervishoiuspetsialistidele ning vajaks laiemat arutelu. Toodi esile, et tegemist on tervishoiupoliitilise küsimusega ja võimalik lahendus võiks olla toodud TTKS-is. Täiendavalt selgitati, et õenduses on ainult neli eriala seetõttu, et õdede hulk on piiratud, aga neid on vaja erinevatele erialadele. Kui spetsialiseerumised oleks väga kitsad, siis takistaks see õdede rotatsiooni erinevatel erialadel ning osad erialad võivad jääda ilma vajalikest õdedest. Seetõttu on spetsialiseerumine lahendatud pädevuse hindamisega. Toodi esile, et eriidet on hetkel Eesti tervishoiusüsteemis vähe. Samuti ei ole ohtu, et eriidet hakkaksid isetegevusega tegelema, kuna nad on osa ravimeeskonnast, kuhu kuulub ka raviarst. Toodi esile, et radioloogias antakse pädevuse hinnanguid TTL teenuskoodide kaupa. Tehti ettepanek, et eriidetede puhul võiks olla sarnaselt – nt kliinilise eriidet pädevus ja juurde täpsustus endokrinoloogia erialal. Eesti Õdede Liit võtab ettepaneku kaalumisele.

Eriidete olemasolu võimaldab raviteekondade tekkimist ning tööjaotust raviarstidega. Toodi esile, et eriidet esmane vastuvõtt on 15 minutit pikem kui tavaline õe vastuvõtt. Samuti on eriidet teenuses töötaja minutihind kõrgem, mis tuleneb kollektiivlepingu kokkuleppest. Seega ravisutustel on juba kohustus eriidetedele kõrgemat tasu võimaldada, mis eeldaks vastavat muutust ka TTL-is.

*/Komisjoni arvamuse kujundamise aruteluks lahkuvad juhtprojektiga seotud küllalised koosolekud./*

Tervisekassa esindaja selgitas, et eriidet teenuste rakendamisel oleks tingimusteks, et tegemist on eriidet pädevusega spetsialistiga, kes täidab eriidet pädevust nõudvaid ülesandeid ning vastavas valdkonnas on TTOs ravimeeskonna omavaheline tööjaotus kokku lepitud. Arutelu koht on, kas peaks olema üleriigiline tegevusjuhend või piisab, et ravisutuse sees need rollid on ära jaotatud ja kokku lepitud.

Valdav enamus komisjoni liikmeid on toetaval seisukohal. Toodi esile, et psühhiaatrias eriidet tööpõhimõtte on pikalt praktikas kasutusel olnud ning ei ole põhjust, miks ei võiks see laieneda ka teistele erialadele. Arutlusel oli, et juhtprojektide põhjal on näha, et tehakse vajalikud kokkulepped ravimeeskonna tööjaotuses, kui meeskonnaga liitub eriidet. Samuti on ära defineeritud eriidet pädevus, mis saab määratletud ka vastavas määruses.

Arutlusel oli, et eriidetõiguste lisandumisel tuleks ilmselt õigused ära defineerida erialaspetsiifiliselt, nt millistele uuringutele saab eriidet suunata, milliseid ravimeid välja kirjutada jne. Arutlusel oli, et pädevuse hindamisel ja väljastamisel võiks olla määratletud, mis erialal pädevus kehtib.

Pöörati tähelepanu, et rakendumisel võiks eriidet õigused kanduda üle ka peremeditsiini, kuna ka seal on mitmeid eriidet pädevusega spetsialiste. Tervisekassa esindaja selgitas, et kuna perearstiabis on õe ressursid pearaha sees, siis on plaanis lahendada rahastus nii, et kui asutuses on tööl eriidet pädevusega pereõde, siis saab eraldi koodiga võimaldada palgalisa tasumist, kuna kollektiivlepinguga on eriidetedele kõrgem tasu ette nähtud.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab eriidet teenuste lisamist TTL-i põhiosasse.

### **3. Südamestimulaatorite implanteerimisele rakendustingimuse seadmine**

Eesti Kardioloogide Selts on teinud Tervisekassale ettepaneku luua rakendustingimus südamestimulaatorite implanteerimise protseduuride teostamiseks vaid piirkondlikes ja keskhaiglates. Antud rakendustingimuse eesmärk on eelkõige seotud patsiendi ohutusega, mis hõlmab protseduuriga seotud komplikatsioonide, komplikatsioonidega tegelemise võimekust ja sellest tulenevalt patsiendi pikaajalist ravitulemit. Soovitus põhineb asjaolul, et suurem kogemus ja paremad võimalused komplikatsioonidega tegelemiseks piirkondlikes ja keskhaiglates tagavad operatsioonide sooritamiseks turvalisema keskkonna. Kõnealune soovitus hõlmab järgmisi teenuseid:

- Ühekambriilise südamestimulaatori paigaldamine ja programmeerimine 7673
- Kahekambriilise südamestimulaatori paigaldamine ja programmeerimine 7674
- Südamestimulaatori elektroodide eemaldamine ja/või vahetus 7662

Tervisekassa viis koos erialaseltsiga läbi auditi, et analüüsida üldhaiglas vastavate protseduuride käigus tüsistuste arvu.

### **Diskussioon**

Tõstatus küsimus, millises mahus südamestimulaatoreid aastas paigaldatakse. 2023. aastal paigaldati ca 1500 stimulaatorit, millest üldhaiglas ca 30 stimulaatorit. Üldhaiglatest osutab hetkel antud teenust üks haigla. Toodi esile, et suurtes haiglates teostavad protseduure üksikud spetsialistid, seega on protseduuride läbiviimise kogemus nendes suurem. Toodi esile, et oluline on ka ülejäänud meeskonna kogemus antud patsientide käsitlemisel, nt tüsistuste äratundmine.

Tõstatus küsimus, kas läbi rakendustingimuste on korrektne antud olukorda lahendada, kus teenust osutab ainult üks üldhaigla. Arutlusel oli, et väiksemaid teenuse osutajaid võib aja jooksul veel lisanduda. Seega on oluline, et patsiendi ohutuse tagamiseks oleks baasnõuded ja kriteeriumid protseduuri läbiviimiseks kokku lepitud.

Tõstatus küsimus, kas tegemist on erakorraliste või plaaniliste protseduuridega. Toodi esile, et rakendustingimuse seadmisel ei tohiks piirata erakorralist abi. Tervisekassa esindaja selgitas, et tegemist on plaaniliste protseduuridega.

Patsiendi vaatest on positiivne, kui tal on võimalik saada vajalik protseduur kodu lähedal ja ei ole vaja sõita suuremasse keskusesse. Samas tuleb silmas pidada, et patsiendi ohutus on kaalukam kui patsiendi mugavus.

Arutlusel oli, et esitatud informatsiooni põhjal on keeruline arvamust anda. Puudub võrdlusmoment teiste haiglatega, millisel määral esineb tüsistusi kesk- ja piirkondlikes haiglates. Teenuse standard peaks olema kirjeldatud – kriteeriumid, baasnõuded ja -vahendid.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon teeb ettepaneku küsida erialaseltsilt täiendavaid andmeid – võrdlusandmed tüsistuste esinemise kohta kesk- ja piirkondlikes haiglates ning teenuse osutamiseks vajalike kriteeriumite ülevaade.

### **4. Psoriaasi kaugjälgimine**

Tervisekassa esindaja andis ülevaate psoriaasi kaugjälgimise teenusest. Psoriaasi näidisprojekti abil loodi uus kaugteenusmudel, kus tehnoloogilise võimaluse kaudu saab patsient distantsilt arstile jagada ajakohast jälgimisinfot oma terviseseisundi kohta (pildid koos haiguse raskusastme ja elukvaliteedi skooridega). See võimaldab arstil saada jooksvalt parem ülevaade patsientide tervislikust seisundist ning patsient saab haiguse ägenemise korral kiirelt kontakti raviasutusega. Piltide ja haiguse raskusastme-skooride põhjal saab arst otsustada raviskeemi muutusi või näiteks suunata patsiendi teistele eriarstidele (kaasuvate haiguste puhul) või perearsti jälgimisele (kergelt kulgeva haiguse puhul). Patsiendi edasi suunamisel liigub turvaliselt kaasa ka senine jälgimisinfo. Elukvaliteeti parandava uue teenusemudeli loomisel ja rakendamisel kasutati Dermtest Pildivaatur ja Pildivaatur+ tarkvara, millele tehti mõningased kohandused.

Näidisprojekti raames viidi läbi kvaasi-eksperimentaalne uuring. Uuringus kasutati kontrollgruppi ning taotluslikku valimit. Uuringu tulemustena leiti, et psoriaasi kaugjälgimise uus teenusmudel on Eesti kontekstis teostatav. Sekkumisrühma elukvaliteet paranes võrreldes kontrollrühmaga. Leiti, et mõõduka või raske psoriaasiga patsientide puhul on sekkumisrühma ravi kulud madalamad (ca 2500 eurot madalamad). Kuid madala psoriaasi raskusastmega olid ravikulud kõrgemad (ca 500 eurot kõrgemad) võrreldes kontrollrühmaga. Lisaks tõestas uuring, et rakendatav platvorm on kasutajasõbralik ning sobiv kasutamiseks nii patsientidele kui ka tervishoiutöötajatele.

Uuringu tulemustest tulenevalt teeb Tervisekassa ettepaneku lisada tervishoiuteenuste loetellu põhipeatükki tervishoiuteenused nimetusega „Kaugjälgimise teenuse alustamine (30 min)“ (TTL kood 4501A) ja „Psoriaasipatsiendi seisundi kaugjälgimine Dermtest Pildivaatur tarkvara abil (1 kuu)“ (TTL kood 4502A), koos rakendustingimustega, mis sätestavad, et ravi võib osutada mõõduka või kõrge psoriaasi raskusastmega patsientidele.

Eelarvemõju hindamine on raskendatud, kuna ei ole teada, kui kiirelt teenuse kasutamine laieneb ja kui paljud patsiendid teenuse koheselt kasutusele võtavad. Kui eeldada, et 1. aprillist 2024. a hakatakse teenust osutama kõikidele mõõduka või raske psoriaasiga patsiendile oleks mõju ravikindlustusele ca 500 000 eurot. Praktikast sellist stsenaariumit ilmselt ei juhtu ja patsiendid lisanduvad teenusele lineaarselt, mistõttu ka lisakulu jaguneb aastate peale.

## Diskussioon

Tõstatunud küsimustest lähtuvalt selgitas Tervisekassa esindaja täiendavalt, et teenus sai alguse Tervisekassa poolt korraldatud kaugteenuste näidisprojektide konkursil, mille raames otsiti kaugteenusmudeleid, mida rakendada, mis olid tervishoiuteenuseosutajate poolt välja pakutud ning mis sisaldaksid nii tehnoloogia, kliinilis- kui ka teaduskompetentsi. Konkursile esitatud 33-st ideest 4 läksid rakendama ja selle raames mõju uurima. Psoriaasi kaugjälgimise projekt oli üks nendest. Konkursi üheks tingimuseks oli, et kui uuringu tulemused on head ja näitavad positiivset mõju, siis rakendatakse teenust üle Eesti. Näidisprojektide hindamiskomisjon toetas teenuse laiemat rakendumist, kui tehakse täiendavad analüüsid.

Tõstatus küsimus, millist probleemi selle teenusega lahendatakse. Tervisekassa esindaja selgitas, et patsiendil on võimalik seisundi ägenemisel kiiresti arstiga ühendust võtta ja vastuvõtule saada. Tõstatus küsimus, miks antud olukorras ei sobiks kasutada e-konsultatsiooni. E-konsultatsioon toimub kahe arsti vahel, aga antud rakenduse puhul saab patsient ise oma raviarstiga ühendust võtta. Tõstatus küsimus, kas patsiendi ravi ja teenusele määramine algab perearsti või eriarsti vastuvõtul. Projektis oli võimalik patsiente jälgida nii perearstil kui eriarstil. Teekond, millisel juhul perearst suunas patsiendi edasi dermatoloogi juurde, oli kokku lepitud. Olulisim osa, mis eristab teenust e-konsultatsioonist, on see, et patsient ise täidab küsimustikke läbi kaugmonitooringu rakenduse ja teisalt saab tervishoiutöötaja patsienti kaugjälgida. Teenuse juurde oleks vajalik juhend nii perearstile kui eriarstile, et oleks selged kokkulepped, millisel juhul tegeleb patsiendiga perearst ja millisel juhul suunatakse patsient eriarstile. Tõstatus küsimus, kas nahaarstidel on valmisolek teenust kasutama hakata. Projektipartneritel oli valmisolek ja huvi teenus kasutusele võtta. Laiemalt erialaselt arvamust ei ole hetkel küsitud. Komisjon teeb ettepaneku täpsustada erialaselt, milline on valmisolek nahaarstide seas teenus laiemalt kasutusele võtta. Toodi esile, et nahaarstide kättesaadavus on piirkonniti erinev.

Toodi esile, et uuringu tõendatuse tase oli pigem nõrk – puudusid võimsusarvutus ja juhuslikustamine, sekkumisrühmas olid nooremad ja tervemad patsiendid. See võib piirata tulemuste valiidsust. Tõstatus küsimus, kas elukvaliteet paranes sekkumisrühmas rohkem ning kui jah, siis kui palju rohkem. Erinevused elukvaliteedi paranemise osas sekkumis- ja võrdlusgrupis olid väikesed. Toodi esile, et PASI skooris erinevusi ei esinenud, mis näitab, et kaugjälgimine on samaväärne.

Tõstatus küsimus, kas kulude erinevus mõõduka ja raske haiguse korral sekkumis- ja võrdlusgrupis oli statistiliselt oluline. Statistiliselt oluline ei olnud, kuid oli näha kulude erinevuse trendi. Komisjon pööras tähelepanu, et kuluefektiivsuse hinnang puudub.

Tõstatus küsimus, milline on hetkel teenuse rahastusmodel. Hetkel on teenus rahastatud läbi TTL juhtprojektide peatüki kahe teenusena – kaugjälgimisteenus alustamine ja kaugjälgimine (arvestatud 1 kuu jälgimise tasu). Kaugjälgimise puhul on seatud teenusele rakendustingimus, mille alusel maksmise kohustus võetakse üle juhul, kui patsient on vastanud sümptomeid, haiguse aktiivsust ja elukvaliteeti puudutavatele küsimustikele digitaalses rakenduses vähemalt ühel korral kalendrikuu kohta.

Toodi esile, et psoriaasi patsiendid olid teenusega rahul ja leidsid, et antud projekt oli patsienti toetav. Komisjon tõi esile, et tõendus on ebapiisav – olemas vaid üks uuring, mille tõendatuse tase on madal. On võimalik, et teenus on tavapraktikaga võrreldava efektiivsusega, kuid ilmselt kallim, kuna kerge psoriaasi grupis olid kulud tavapraktikaga võrreldes suuremad ning mõõduka ja raske haigusega uuritavate rühmas ei ole näidatud statistiliselt olulist kulude vähenemist. Vajalik oleks läbi viia kuluefektiivsuse hindamine. Arutlusel oli, et antud hetkel ei ole algandmed piisavad, et kulutõhususe analüüsi läbi viia. Tervisekassa esindaja tegi ettepaneku, et projekti rahastamist jätkatakse TTL juhtprojektide peatüki alt, et koguda täiendavalt andmeid uue efektiivsuse hindamise analüüsi jaoks, mille alusel saaks läbi viia ka kuluefektiivsuse analüüsi. Komisjon nõustus ettepanekuga. Arutlusel oli, et pilootprojekti võiks kaasata ainult mõõduka ja raske haigusega patsiendid. Toodi esile, et pilootprojekti plaani raames uurida nahaarstidelt, kas patsiendi teekonnal on veel mingeid probleemkohti, mida pilootprojekti raames käsitleda.

## **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab, et rahastus jätkub pilootprojektina, et koguda täiendavaid andmeid efektiivsuse ja kuluefektiivsuse hindamise läbiviimiseks. Komisjon teeb ettepaneku küsida erialaseltsi valmisolekut teenust laiemalt kasutusele võtta.

## **5. Taotluste arutelu**

### **Taotlus nr 1640 – Diafragma stimulaatori saatja**

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Tervisekassa

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärgiks on tervishoiuteenuste loetellu lisada diafragma stimulatsiooniks vajalik transmitter ehk saatja. Tegu on diafragma stimulaatori süsteemi ühe komponendiga. Diafragma stimulatsiooniks implanteeritakse patsiendi kesknärvile elektrood, mis on ühendatud nahaaluse vastuvõtjaga. Lisaks paigaldatakse nahale saatja ja antennid, mis on samuti vajalikud stimulaatori tööks. Saatja kiirgab energiat, mis konverteeritakse implanteeritud vastuvõtja poolt elektrivooluks, mis stimuleerib närvi ja viib diafragma kokkutõmmeteni. Diafragma kokkutõmbel täituvad kopsud õhuga, seejärel toimub signaalis paus, mille vältel diafragma lõõgastub – seeläbi toetab süsteem sisse- ja väljahingamisega normaalset hingamisrütmi.

Tsentraalse hüpoventilatsiooni sündroomiga patsiendid on elusõltuvad kas kodusest ventilaatorravist ja/või diafragma stimulaatorist. Diafragma stimulaatori süsteem on näidustatud patsientidele, kelle diafragma, kopsud ja kesknärv omavad residuaalset funktsiooni. Diafragma stimulaator võimaldab vabaneda osaliselt või täielikult koduse ventilaatorravi vajalikkusest. Vajadus seadme ja lisatarvikute (saatja, antennid) järgi on elukestev.

Tervisekassa on välisravi raames rahastanud kahe patsiendi diafragma stimulaatorite paigaldamist. Diafragma stimulaatori antennid on rahastatud meditsiiniseadme loetelu kaudu. Arvestades, et saatja on süsteemi üks osa ilma milleta süsteem ei toimi, on põhjendatud ka nende rahastuse ülevõtmine patsientidelt.

#### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa analüüs)**

Kättesaadavaid rahvusvahelisiulutõhususe hinnanguid ei leitud. Kulutõhusust Eesti tingimustes ei ole võimalik hinnata, kuna uuringutest ei selgu teenuse mõõdetavat lisakasu tervisetulemitele, mida saaks võtta täiendkulu tõhususe määra arvutamise aluseks. Lisaks on taotlus esitatud vaid ühele süsteemi komponendile, mitte kogu süsteemile.

Taotleja ja ekspertide andmetel on hetkel Eestis kaks patsienti, kellel on diagnoositud CCHS ja kellele on paigaldatud diafragma stimulaator. Teadaolevalt vajab uut saatjat hetkel üks patsient, kellel on diafragma stimulaator elu alalhoidva seadme põhimõttega. Saatjate rahastamisega (1–4 seadet järgmise nelja aasta jooksul) seotud ravikindlustuse lisakulu 2024. aastal on ca [redacted] eurot ning potentsiaalselt lähiaastatel lisaks veel ca [redacted] eurot aastas. Sellele lisandub vajadusel saatja vahetamisega seotud ambulatoorse vastuvõtu kulu, mis on marginaalse lisamõjuga.

#### **Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)**

Diafragma stimulaator on meditsiiniseade, mis stimuleerib diafragma kokkutõmmet ja võimaldab hingamisfunktsiooni diafragma denervatsiooni korral. Kasutatakse nii n. phrenicuse kui ka otsest diafragma stimulatsiooni. Süsteem on näidustatud täiskasvanutele ja lastele, kes vajavad pidevat ventilatsiooni toetamist kaasündinud tsentraalse hüpoventilatsiooni sündroomi (CCHS), kaasündinud tsentraalne uneapnoe, KNS trauma korral, kuid on kasutusel ka näiteks epilepsia, amüotroofilise lateraalskleroosi ja kroonilise kopsuhaiguse ravis. Tegemist on elu alalhoidva seadmega.

Tervisekassa on välisravi raames rahastanud kahe CCHS patsiendi diafragma stimulaatori paigaldamist (DP, diaphragm pacing) koostöös Uppsala ülikooli haiglaga. Diafragma stimulaatori antennid on



rahastatud meditsiiniseadme loetelu kaudu. Saatjat välisravi rahastus ei kata ja soovitakse seda rahastada TTL kaudu, kuna meditsiiniseadmete loetelu kaudu lisanduks patsiendi omaosalus 3500 eurot (10% seadme hinnast), mis ei ole kõigile jõukohane. Arvestades, et saatja on süsteemi üks osa, ilma milleta süsteem ei toimi, on põhjendatud nende rahastuse ülevõtmine patsientidelt. Tervisekassa taotleb rahastamist kaasasündinud hüpoventilatsiooni sündroomiga haigetele, mis on harvikaigus, kuid ei saa edaspidi välistada ka kasutust teiste etioloogiate korral. Kirjanduse ülevaade on seetõttu laiem ja kaasab ka teisi diagnoose.

Uuringud.

1. Hirschfeld, et al 2008 ühekeskuseline retrospektiivne kohort (n=64 lüüsisamba kaelaosa traumaga patsienti), kus võrreldi n. phrenicuse stimulatsiooni (n=32, keskmine vanus 29 a) mehaanilise ventilatsiooniga (n=32, keskmine vanus 53 a). Rehabilitatsiooni kestus oli võrreldav, 249 vs 290 päeva. Kõik patsiendid eelistasid stimulatsiooni, aga pooltel ei saanud seda rakendada phrenicuse või diafragma vigastuse tõttu. Jälgimisperiod oli 3,4 aastat (kas surma või uuringu lõpu kuupäevani). Elulemuskõverates oli statistiline erinevus stimulatsiooni kasuks, Coxi regressioonil erinevus kadus. Pikaajaliselt (1 a) esines sekkumisrühmas oluliselt vähem respiratoorseid infektsioone. Nii patsiendid kui arstid hindasid stimulatsiooniga patsientide elukvaliteeti paremaks, aga see jäi ainult arvamuse tasemele. Järeldati, et phrenicuse stimulatsioon võrreldes mehaanilise ventilatsiooniga vähendab respiratoorsete infektsioonide riski ja võimalik, et parandab ka elukvaliteeti ja pikendab eluiga. Tõendatuse tase väga madal.
2. Romero, et al 2012 retrospektiivne kohort (n=126), kus hinnati n. phrenicuse stimulatsiooni efektiivsust elukvaliteedile ja suremusele võrdluses mehaanilise ventilatsiooniga lüüsisamba kaelaosa vigastusega patsientidel. 38 raviti stimulatsiooni ja 88 mehaanilise ventilatsiooni abil. Diafragma stimulatsiooniga haiged olid nooremad (17 vs 46 aastat), muude näitajate osas olid grupid võrreldavad. Elulemus 22 vs 7 aastat, mis oli eeskätt mõjutatud erineva vanuse poolt, pärast kohandamist kõigile faktoritele (sh vanus) oli elulemus mõlemas rühmas võrreldav või stimulatsiooni rühmas pisut pikem (OR 0,98, p=0,04). 44 uuritavat täitis ka SF-36 elukvaliteedi küsimustiku, mis oli rühmade lõikes võrreldav, pisut parem sotsiaalse funktsiooni osas, kuid arvulisi näitajaid ei avaldatud. Järeldati, et phrenicuse stimulatsioon on efektiivne, ohutu ja mugav. Tõendatuse tase väga madal.
3. Diep, et al 2015 juhuanalüüs (n=18), kus uuriti kongenitaalse tsentraalse hüpoventilatsiooni sündroomiga (CCHS) ilma trahheostoomita patsientide (keskmine vanus 19,5 a), keda stimuleeriti ainult une ajal, erinevaid tervisenäitajaid. Leiti, et 14 kasutasid enne stimulatsiooni kodust portaabelset positiivset ventilatsiooni trahheostoomi ja 1 endotrahheaalse toru kaudu, 3 kasutasid mitteinvasiivset positiivse rõhu aparati. Stimulatsioon võimaldas 11 patsienti dekanüleerida. 18-st uuritavast 13-l piisas ventilatsiooniks stimulatsioonist. Järeldati, et CCHS haigetel on võimalik stimulatsiooniga ja ilma trahheostoomiata tagada piisav ventilatsioon. Tõendatuse tase väga madal.
4. Gonzalez-Bermejo, et al 2016 (Lancet) mitmekeskuseline randomiseeritud kontrollitud pimendatud uuring (n=74) diafragma pacingust ALS haigetel. Kontrolliks kasutati sham-meetodit. Stimulatsiooni rühmas leiti liigsuremus (üldsuremus) ja uuring lõpetati ennetähtaegselt. Ventilatsioonivaba elulemus oli 6 kuud (95%CI 3,6-8,7) vs 8,8 kuud (HR 1,96, 1,08-3,56, p=0,02). Järeldati, et ALS haigetel meetod ei lükka edasi mehaanilist ventilatsiooni ja on seoses suureneud üldsuremusega. ALS haigetele ei ole meetod soovitatav. Tõendus mõõdukas-tugev.
5. Woo, et al 2020 süstemaatiline ülevaade diafragma stimulatsiooni kasutusest ALS ja KNS trauma korral (n=2 RCT, 2 juhtkontrolluuringut ja 1 juhukirjeldus ALS-I kohta, 1 kohort, 1 juhtkontroll ja 2 juhukirjeldust KNS trauma kohta). Hinnati ohutust (tüsistused) ja efektiivsust (elulemus ja une paranemine). Leiti, et mõlema haiguse korral oli tüsistusi rohkem stimulatsiooni rühmas, efektiivsuse näitajad varieerusid. Järeldati, et antud diagnoosidega ei saa stimulatsiooni soovitada. Tõendatuse tase mõõdukas-nõrk.
6. Onders, et al 2022 prospektiivne kontrollrühmata kohortuuring (n=53 lüüsisamba kaelaosa vigastusega mehaanilisest ventilatsioonist sõltuvat patsienti), et hinnata võimalust asendada mehaaniline ventilatsioon stimulatsiooniga a. kuni 4 ja b. kuni 24 tunniks, tagades piisava

ventilatsiooni rahuolekus (400-500 ml ühe hingamistsükliga). 77% mehed, traumast möödas keskmiselt 28 kuud. Leiti, et 4-tunnine asendus toimis 96% (95% CI 87-99) ja 24-tunnine 59% (44-75) uuritavatest. Teostati ka metaanalüüs, liites oma kohordi andmed kirjanduse andmetega (n=196), tulemused olid võrreldavad (92% (83-97), 53% (36-69)). Ühtlasi selgus, et stimulatsiooni võimsus ületas rahuloleku ventilatsiooni baasvajaduse 48% võrra. Järeldati, et enamusel ventilaatorsõltuvatest patsientidest võimaldab phrenicuse stimulatsioon kas osaliselt või täielikult asendada mehaanilise ventilatsiooni, tagades ainehatuse baasvajaduse. Tõendus nõrk.

7. Tsolakakis, et al 2022 retrospektiivne CCHS 9-aastaste (vahemikus 3-31) kohort (n=23 aastast 1980-2020), keda raviti Uppsala ülikooli haiglas eesmärgiga vahetada trahheostoomiga mehaaniline ventilatsioon DP vastu. DP paigaldatakse Uppsalas 3-4 aastastele CCHSiga lastele, kui nende ülemised hingamisteed on muutunud küpsemaks ja stabiilsemaks. Uuriti retrospektiivselt 23 lapse haiguslugu, sh 12 mujalt riikidest suunatud last (ilmselt ka Eestist). CCHS diagnoositi kui tsentraalne hüpoventilatsioon koos puuduliku hingamiskontrolliga, eriti öösi. Diagnoos kinnitati geenitestiga. Edukas DP defineeriti kui täielik üleminek mehaaniliselt ventilatsioonilt öösi. 23-st 18 kasutas mehaanilist ventilatsiooni DP paigaldamisel. 5 patsienti olid trahheostomeeritud, kellest kõik dekanüleeriti peale operatsiooni. 20/23 viidi edukalt üle DP-le, 3 jätkas mehaanilise ventilatsiooniga. Nooremad adapteerusid paremini. Jälgimine algul 3 kuu ja hiljem aasta pärast. Tänapäevaks on mõned patsiendid DP-l juba 30 aastat ja ei ole vajanud elektrodide ega saatja vahetust. Piiranguna toodi välja, et uurijad ei saanud jälgida teiste riikide (overseas) patsiente, kuid kohalikud keskused on saatnud regulaarselt andmeid ja patsientidel läheb hästi. See on teadaolevalt esimene uurimus, kus kirjeldatakse, et lapsed CCHSiga on võimalik juba varases eas edukalt mehaaniliselt ventilatsioonilt DP-le üle viia. Tõendus nõrk.

Ühtegi ravijuhendit ei leidnud, küll aga on erinevaid tehnilisi juhiseid DP läbiviimiseks.

KTH. Ühe saatja soetusmaksumus on [redacted] eurot (sh käibemaks 9%). Lisandub eriarsti ambulatoorse vastuvõtu kulu 37 eurot. Kuluefektiivsuse hinnanguid DP kohta ei leidu, kuna efektiivsust raske hinnata, lisaks on taotlus vaid ühele osale aparaadist. Eestis on täna 2 CCHS patsienti, kes seda vajavad, eelarvemõju on ca [redacted] eurot aastas. Võimalik, et summa edaspidi suureneb.

Kokkuvõttes väga nõrga tõendatuse tasemega meetod, mida on üksikutes keskustes kasutatud juba 30-40 aastat. CCHS patsientidel on empiirilised tulemused head, teiste diagnooside korral varieeruvad või negatiivsed (ALS). CCHS DP patsientidel on saatja rahastamine põhjendatud, et ravi saaks jätkuda.

### **Diskussioon**

Arutlusel oli, et seadme rahastamine on põhjendatud antud näidustusel (kaasasündinud tsentraalne hüpoventilatsiooni sündroom). Toodi esile, et seade on kasutusel elulisel näidustusel.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab taotluse rahuldamist antud näidustustel.

### **Taotlus nr 1598 – Lapse arengu hindamine**

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Lastearstide Selts

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärgiks on uue koodiga teenuse lisamine tervishoiuteenuste loetellu. Teenuseks on eelkooliealise (0-7a) lapse pediatriline ambulatoorsel vastuvõtul toimuv laste arengu hindamine, mis sisaldab lapse füüsilise, vaimse ja kognitiivse arengu ning tervise ja sotsiaalsete riskitegurite kompleksset hindamist. Hetkel kehtivas tervishoiuteenuste loetelus sisaldub pediatriline ambulatoorne vastuvõtt teenuse “Eriarsti vastuvõtt” koosseisus – esmane ja korduv eriarsti vastuvõtt

(teenuse koodid vastavalt 3002 ja 3004). Uue teenuse lisamise vajadus on tingitud pediatría eriala spetsiifikast, mida hetkel kehtivad teenused koodidega 3002 ja 3004 piisavalt ei kajasta.

### **Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)**

Eesti Lastearstide Selts soovib TTL lisada uut teenust „Lapse arengu hindamine“. Teenust teostatakse pediatría esmase või korduva ambulatoorse vastuvõtu (koodid 3002 ja 3004) koosseisus, aga vastuvõtu koodile lisatakse ka uue teenuse aeg ja hind ehk teenust pakutaks olemasoleva eriarsti vastuvõtu raames, mis oleks pikem ja kallim. Teenus on erialaspetsiifiline ehk üldisele eriarsti vastuvõtu koodile lisandub pediatría poolt pakutav teenus. Taustana peab välja tooma, et Lastearstide Selts on kahel korral taotlenud pediatría vastuvõtu aja pikendamist ja hinna tõusu, kuid taotlused on jäetud rahuldamata.

Pediatríaline populatsioon on heterogeenne patsientide rühm, kus erinevates eagruppides (0-19 aastat) tuleb lisaks tavapärasele arstlikule patsientide hindamisele arvestada ka ealiste iseärasustega ning hinnata nende dünaamilisi muutusi ja kõrvalekaldeid. Vastuvõtu jooksul peab arst tegelema nii patsiendi kui ka tema vanemate/hooldajatega ning arvestama nii lapse enda kui ka vanema/hooldaja küsitlemise ja nõustamisega. Kogu nõustamine peab toimuma n.ö. topelt-mahus: lapsele ja tema vanemale/hooldajale vastavas vormis ja mahus. Ka Riigikontrolli 2016. aasta audit sedastas, et terve laps arsti juurde ei jõua: pooled 3- kuni 6-aastased lapsed ei jõua kolme aasta jooksul kordagi perearsti juurde tervisekontrollile. See suurendab tõenäosust, et haigused jäävad varaselt avastamata. Esitatud kirjanduse alusel võib järeldada, et vastuvõtu ajast tõesti ei piisa. Samas puuduvad võrdlusuuringud teiste erialadega ja võib eeldada, et sarnaseid põhjendusi oleks ka muudel erialadel.

Uue teenuse lisandumine annab võimaluse pediatría kui eriarsti ambulatoorse vastuvõtu raames viia läbi lisaks nn klassikalisele haige uurimisele, mis on seotud konkreetse haigusega või selle kahtlusega, ka lapse arengu hindamine. Teenus hõlmaks nii lapse füüsilise kui ka vaimse arengu hindamist. Selline hindamine ja võimalike arengust kõrvalekallete varane avastamine aitab lahendada esmatasandil eksisteerivat kitsaskohta laste tervise jälgimisel. Nimetatud teenus oleks suunatud eeskätt eelkooliealistele lastele (0-7a), kelle areng on kõige kiirem ja haavatavam, ning selle hindamine vajab spetsiifilisi erialateadmisi, mille tagab pediatría kvalifikatsioon.

Arsti lisanduva aja hinnaarvestuseks pakuti mediaanaega 13 minutit. Uue teenuse lisamine eriarsti vastuvõtule võiks toimuda kord aastas kuni 7-aastaseks saamiseni, kusjuures peale pediatría vastuvõtule suunamist peaks arvestama 1,75 pediatría visiidiga, kuna 75% lastest kutsutakse tagasi korduvale visiidile.

Taotluses toodud uuringutest on allpool toodud vaid need, mis kirjeldavad tervete laste arstivisiitide arvu ja/või kestust.

1. Riigikontrolli audit Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel 2016. Riigikontroll leidis, et perearsti juures kontrollis käimine sõltub vanusest: kuni 2aastastest käis juhendijärgsetes tervisekontrollides 85–93%; eelkooliealistest 3–6 aastastest lastest käis 3 aasta jooksul ettenähtud tihedusega tervisekontrollis ca 4%. Kaks korda käis kontrollis 12% ning ühe korra 32% lastest. Koolieas käisid lastest kontrollis olenevalt vanusest 8-20%. Riigikontroll soovitas töötada välja integreeritud teenuste kontseptsiooni, kus ühendatakse toimivaks ja koordineeritud võrgustikuks perearstiteenus, koolitervishoiuteenus, eriarstiabi, õppenõustamise tugiteenused ning lastekaitse. Lisaks määrata kindlaks osapool, kellele oleks kohustus jälgida, et laps saaks kõiki vajalikke teenuseid ning vajaduse korral teavitaks ja nõustaks lapsevanemat.
2. Freed, et al 2013 põhineb Austraalia Medicare raviarvete analüüsil 1996-2010, kus hinnati perearsti poolt tehtud pikemate laste vastuvõttude osakaalu ja muutust ajas. Muuhulgas hinnati krooniliste haigustega laste osakaalu ja nende visiitide kestuse muutust ajas. Leiti, et vaatamata laste arvu suurenemisele ja krooniliste haigustega laste arvu suurenemisele Austraalias pikemate konsultatsioonide absoluutarv ja osakaal ajas vähenes. Pikemate konsultatsioonide kestus ajas ei muutunud. Järeldati, et muutus ei pruugi olla positiivne ja laste vastuvõttudeks

(nii kroonilised haigused kui ennetus) tuleb tagada piisav aeg. Tegemist oli agregeeritud andmete analüüsiga, kus ei hinnatud muutuste põhjusi. Tõendus nõrk.

3. LeBaron, et al 1999 prospektiivne kohort (n=164), kus hinnati pediatriline terve <2-aastase lapse vastuvõtu kestust ja sisu seitsmes pediatriline praksises (sh 5 erapraksist) Rochesteris USA-s. Soovitatud on 6 alla 2-aastase lapse visiiti, tehakse keskmiselt 3. Leiti, et 1. eluaastal kulub terve lapse vastuvõtuks kokku 45-90 minutit aastas ja edasi vähem kui 30 minutit aastas. Ühe visiidi mediaankestus oli pediatril 16,3 minutit (füüsiline läbivaatus 5 min, vaksineerimise nõustamine 2 min, muud terviseprobleemid 10 min), õel 6 min (läbivaatus 4 min, vaksineerimine 2 min). Ainult 5% vanematest luges vaksineerimisega seotud infomaterjale. Järeldati, et uuringu tulemused on masendavad ja tervete laste läbivaatuseks, sh vaksineerimise vajalikkuse selgitamiseks kulub aeg ei ole piisav. Tõendus nõrk.

Kokkuvõttes võib öelda, et uuringuid on vähe, enamus on aegunud, tõendatuse tase on nõrk ja üldistatavus eesti populatsioonile piiratud. Teadusuuringute ülevaade antud küsimust ei lahenda, tegemist on tervisepoliitilise otsusega.

### **Diskussioon**

Toodi esile, et taotluses kirjeldatud tegevused, mille osas küsitakse täiendavat vastuvõtu aega, on suures osas perearstide vastutusvaldkonna tegevused. Laste arengu ja tervisekontrolli probleemi ei peaks lahendama eriarsti tasemel, vaid see on perearstide ja -õdede töö.

Toodi esile, et Riigikontrolli 2016. a audit on tänaseks päevaks aegunud. Pärast auditi avaldumist, on lisatud 3-aastaste ja 5. klassi laste tervisekontroll perearsti kvaliteedisüsteemi jälgimisindikaatorina. Vanemate laste tervisekontrolli jõudmine on oluliselt muutunud võrreldes 2016. aastaga. Üldine lapse tervisekontroll (kaalumine, pikkuse mõõtmine jne) viiakse tihtipeale läbi ka muul põhjusel perearsti poole pöördumisel, nt viirusinfektsiooni korral perearstile pöördumine. Sellisel juhul võivad jääda raviarvele profülaktilised koodid kodeerimata, mis mõjutab tervisekontrollide statistika kajastumist raviarvetel.

Arutlusel oli, et probleemkohaks on, kuidas saada lapsevanemad oma lapsi arsti juurde kontrolli tooma, olenemata, kas kontroll toimub perearsti või eriarsti vastuvõtul. Hetkel puuduvad selleks kontrolli meetmed.

Arutlusel oli, et sarnaseid taotlusi on varasemalt olnud. Ka siis on arutletud, et erialasid tuleks kohelda võrdselt. Antud otsuse tegemine on pretsedendi loomine, ei saa teha ühele erialale erandit. Toodi esile, et kõikide vastuvõttude pikendamisel vähendame kättesaadavust.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon ei toeta taotluse rahuldamist.