

## Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Eesti Haigekassa, ruum 112

30.10.2019

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.45

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)  
Ann Paal (Eesti Puuetega Inimeste Koda)  
Eero Merilind (Eesti Perearstide Selts)  
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)  
Andres Lehtmets (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)  
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)  
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)  
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)  
Kaidi Usin (Terviseamet)  
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)  
Küllli Friedemann (Eesti Haigekassa)

Puudusid: Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)  
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)

Protokollija: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)

### Päevakord:

1. Taotlus 1378 „Laparoskoopiline sakrokolpopeksia ja lateraalne suspensioon“
2. Meditsiiniseadmete loetelu taotlus: Köhimisaparaat CoughAssist E70
3. Ravijuhendist „Jala veenilaiendite ja kroonilise venoosse puudulikkuse diagnoosimine ning ravi“ tulenev soovitus TTL-i rakendustingimuse kitsendamiseks
4. Insuldi juhtprojekti tutvustus
5. Siirdamiskeskuse rahastamise tutvustus
6. EMO-de tasustamise muutmise tutvustus
7. Muudatused perearstiabis

### 1. Taotlus 1378 „Laparoskoopiline sakrokolpopeksia ja lateraalne suspensioon“

*Taotleja:* Eesti Naistearstide Selts. Taotlus oli esmakordselt arutelul 21.08.2019.

*Taotlus, sihtrühm ja näidustus:* Taotluse eesmärk on lisada loetellu kaks uut operatsiooniteenust, laparoskoopiline sakrokolpopeksia (LSC) ja laparoskoopiline lateraalne suspensioon (LLS) ning operatsioonide läbiviimiseks vajalike võrkude ja kinnitusvahendite koodid. Teenused on näidustatud:

- tupe eesseina allavaje (II ja enam aste) koos emakaga/emakakaelakõndiga/tupekõndiga (ehk apikaalse allavajega);
- apikaalne allavaje;
- tupe tagaseina allavaje (II ja enam aste);
- mittetäielik/totaalne kõikide tupeseinte allavaje koos apikaalse allavajega.

Eestis on LSC osutatud alates 2012. a. ning LLS alates 2017. a. Eestis on teenust osutanud PERH, TÜK, LTKH, ITK ja Fertilitas.

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

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangus toodud andmetel on laparoskoopiliste operatsioonide arv kasvanud peamiselt võrguga teostatavate operatsioonide vähenemise arvelt. LSC meetodi lisakuluks kujuneb 307 eurot ning LLS meetodil 182 eurot patsiendi kohta (laparoskoopilisest meetodist tingituna eeldatakse, et voodipäevade kasutus väheneb sarnaselt LSC-le). Taotluses toodud prognoosi põhjal kujuneks aastaseks eelarvemõjuks LSC meetodil 45 patsiendi puhul 13 821 eurot ning LLS meetodil 270 patsiendi puhul 49 232 eurot. Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangus toodud prognoosi alusel (eelduselt et 12% operatsioonidest on LSC) vastavalt 9214 eurot ning 40 115 eurot ning igal aastal kasvaks eelarvemõju vastavalt 921 ja 4011 euro võrra.

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

LSC operatsiooni soovitusel sisalduvad NICE ja mitmete Euroopa günekoloogide organisatsioonide juhistes, on hea tõenduspõhisusega toetudes randomiseeritud uuringute ja metaanalüüside tulemustele. LLS kui uuem operatsioonitehnika ei ole juhendites kajastatud. Tulemuslikkuse ja ohutuse andmed põhinevad võrdlusgrupiga või ilma teostatud prospektiivsetel kohortuuringutel.

Metaanalüüsist järeldub, et LSC operatsiooni efektiivsuse ja ohutuse tulemused apikaalse allavaje korrigeerimisel on paremad kui alternatiivsetel vaginaalsetel meetoditel: madalam risk kordusprolapsi tekkeks, selle teadvustamiseks patsiendi poolt ja korduvaks operatsiooniks, stressinkontinentsiks ja düspareuniaks. Abdominaalne ASC ja laparoskoopiline LSC annavad võrdse anatoomilise tulemuse. Võrreldes abdominaalse meetodiga oli laparoskoopia grupis operatsiooni kestus oluliselt pikem, kuid haiglas viibimine jällegi oluliselt lühem.

LLS-i prospektiivsetest uuringutest võib järeldada, et aasta peale operatsiooni näitab uus tehnika tupe eesmise seina ja apikaalse allavaje korrigeerimisel >90%-list efektiivsust ja kujutab endast ohutut alternatiivi LSC-le. Emaka säilitamine operatsioonil annab kõrgema patsiendi subjektiivse lühiajalise rahulolu, madalama konstipatsiooni tekke võimaluse võrreldes tulemustega, mis saavutatakse emaka eemaldamisel.

### **Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)**

Esmasel arutelul 21. 08. 2019 leiti, et sakropeksia tõendus ja soovitusel piisavad, LLS tõendus ja ravijuhised vajavad taotleja poolt täpsustamist. Taotleja esitas LLS lisaandmed, mille alusel on tegemist LSC alternatiivmeetodiga, millel on vähem komplikatsioone. Kaugtulemused võrdluses LSC-ga avaldatakse 2024. Lisati ka täiendavad LLS uuringud:

1. Dubuisson 2008 ühekeskuseline prospektiivne kohort (n=73) laparoskoopilise LS (võrguga) efektiivsuse kohta vaagnapõhja organite allavaje (POP) ravis. 19-kuise jälgimisperioodi lõpuks 88% patsientidest rahuldavad anatoomilised tulemused. Tulemusnäitajaid ei täpsustatud. Suuri komplikatsioone, infektsioone ei esinenud, laparotoomiat vaja ei läinud. Järeldus: meetod on efektiivne. Uuringus ei saa välistada selektsiooni- ja mõõtmisnihet. Tõendus mõõdukas.
2. Malanowska 2019 prospektiivne ühekeskuseline kohort hüperaktiivse põie sündroomiga (HAP) POP haigete ravis LLS-ga. Hinnati 64 järjestikuse patsiendi anatoomilisi tulemusi ja HAP sümptomite leevenemist 1 aasta pärast. Anatoomilise edukuse määr 84%, HAP leevenes 76%-l. Üldine rahulolu 95%. Võrgu vaginaalset ekspositsiooni ei esinenud. Järeldus: efektiivne meetod, parandab elukvaliteeti. Ei saa välistada selektsiooni- ja mõõtmisnihet. Tõendus mõõdukas.
3. Mereu 2019: prospektiivne kohort, 35 järjestikust haiget, hinnati LLS (võrguga) operatsiooni edukust ja tüsistusi. Intraoperatiivseid komplikatsioone ei esinenud, laparoskoopiat ei kasutatud. Operatsioonijärgseid tüsistusi 9%. 18 kuu POP retsidiiv 8%. Järeldus: ohutu ja heade anatoomiliste tulemusnäitajatega operatsioon. Tõendus mõõdukas.

Kokkuvõttes on tõendus LSC osas tugev, LLS osas mõõdukas (RCT puuduvad, prospektiivsed kohordid näitavad efektiivsust ja ohutust).

Ekspertarvamus põhjalik, soovib LSC. LLS osas konservatiivsem, uuringutest toodi ära vaid Malanowska, et al 2017 aasta konverentsiabstract, mille originaal ei olnud otsingul leitav. Tegemist on LSC ja LLS võrdlusuuringuga (n=20+20), hinnati prolapsi esinemist 1 aasta hiljem, erinevust ei olnud (80% LSC vs 85% LLS), kuid suhteliselt kõrged osakaalud. Lisatud ka Saksa, Shveitsi ja Austria günekoloogide ravijuhend, mis soovib LSC-d (soovitus A / B). LLS juhendites kajastatud ei ole. Meetod Eestis kasutuses.

KTH: Vajadus 45 juhtu (LSC) ja 270 juhtu (LLS) aastas. Lisamaksumus patsiendi kohta mõlema variandi puhul 1200-1300 eurot (koos võrgu maksumusega kuni 1700 eurot, sääst 112 eurot esineb ainult LSC puhul lühema hospitaliseerimise tõttu). Eelarvemõju KTH alusel 60 000 eurot aastas, igal järjestikusel aastal lisandub 5000. See arvutus sisaldab ka olemasolevate teenusekoodide kasutuse vähenemist. Ei saa välistada ka suuremat kogumaksumust.

### **Diskussioon**

Komisjonil tõstus küsimus, kas kulutõhususe ja eelarvemõju hinnangus arvestati ka töövõimetushüvitisega. Haigekassa selgitas, et antud juhul töövõimetushüvitisega ei arvestatud. Komisjonis oli arutlusel, et kirurgilise meetodi valik peaks olema erialaspetsialisti otsus. Toodi esile, et väheminvasiivne meetod peaks alati olema eelistatum. Komisjon leidis, et meetodite osas on tõendus piisav. Komisjon tegi ettepaneku kahe meetodi jaoks luua üks ühine teenus ning arvestada teenuse hind vastavalt meetodite kasutamise osakaaludele.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab taotluse rahuldamist. Komisjon teeb ettepaneku luua kahe meetodi jaoks üks ühine teenus ning arvestada teenuse hind vastavalt meetodite kasutamise osakaaludele.

## **2. Meditsiiniseadmete loetelu taotlus: Köhimisaparaat CoughAssist E70**

*Taotleja:* OÜ Hansa Medical. Taotlus oli esmakordselt arutelul 09.10.2019.

*Taotlus, sihtrühm ja näidustus:* Köhimisaparaat on abiks patsientidele, kellel hingamislihased on nõrgad, köharefleks ebaefektiivne ja sekreedi väljutamine hingamisteedest raskendatud. Seade on näidustatud neurodegeneratiivne või neuromuskulaarne haiguse, püsiva neuroloogilise kahjustuse või tsüstiline fibroosi korral. Köhimisaparaadi järjepidev kasutamine võib aidata vähendada sekreedi kogunemisest ja seeläbi vähendada hingamisteede infektsiooni riski, bronhiitide ja kopsupõletike sagedust ning sellest tulenevaid hospitaliseerimisi, kuid aparadi efektiivsusandmed tuginevad väikesemahulistel lühiajalistel madala tõenduspõhisusega uuringutel. Seejuures rahvusvahelised ravijuhendid soovivad seadme kasutamist hoolimata vähesest tõendusest.

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

Seadme kulutõhusus tulenevalt vähestest efektiivsusandmetest on ebaselge. Rahastades seadet meditsiiniseadmete loetelu kaudu, tähendaks see 14 patsiendi korral eelarvemõju 74 844 €. Korraldades rahastust läbi tervishoiuteenuste loetelu kaudu kujunekse esimese aasta eelarvemõjaks 21 462 €.

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

Vaatamata vähesele teaduspõhisusele on antud aparaat kasutusel ebaefektiivse köhaga patsientidel. Rahvusvahelistes kliinilistes juhistes on soovitatud standardravina neuromuskulaarsete haiguste korral (Finkel et al 2018; Birnkrat et al 2018), mis oluliselt kergendab patsientide igapäevast toimetulekut. Ebaefektiivse köhaga on neuromuskulaarsed haiged (müopaatiad, lihasedüstroofiad, spinaalne lihastroofia), neurodegeneratiivsed patsiendid ning ka mõned raske ajukahjustusega patsiendid. Ilmselt on antud abivahendi vajadus mõistlik otsustada konsiiliumi korras.

Kuna standardravina on see enamasti kasutusel neuromuskulaarsetel haigetel, ei saa jätta kõrvale ka teisi ebaefektiivse kõhaga patsiente. Kliinilises praktikas on kasutatud aparati mujal maailmas ka muude raskete kesknärvi süsteemi haiguste ja tsüstilise fibroosi korral.

### **Erialaseltside arvamus**

Eesti Kopsuarstide Selts ja L. Puusepa Nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts toetavad köhimisaparaadi hüvitamist patsientidele iseseisvaks koduseks kasutamiseks haigekassa poolt väljapakutud rakendustingimustel.

### **Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)**

Tegemist on vahelduva mehaanilise positiivse ja negatiivse rõhu rakendamisega hingamisteede avatuse tagamiseks, kõha stimuleerimiseks ja hingamisteede puhastamiseks. Esmasel arutelul 9.10.2019 selgus, et seadme tõenduspõhisus on nõrk, samas kõik ravijuhendid alternatiivi puudumisel soovivad. Uuringud on näidanud, et seade ei ole efektiivsem, kuid ka mitte vähemefektiivsem kui alternatiivsed meetodid. Komisjon tegi haigekassale ettepaneku täpsustada Eestis kasutatavad alternatiivid ning köhimisaparaadi kasutamise eelised võrreldes nendega. Lisaks soovitas komisjon küsida taotleja arvamust, kas seade peaks olema rahastatud läbi meditsiiniseadmete loetelu või läbi tervishoiuteenuste loetelu ning kuidas on tagatud seadmete töökindlus (kas seadmeid tuleb teatud aja tagant kalibreerida, korralist hooldust teha). Tõstatus küsimus, et kui köhimisaparaati hakatakse rahastama teenusena, siis kes vastutab teenuse osutamise eest, kes teenust osutab ning kas raviasutustel on valmisolek tagada teenuse osutamine. Komisjon eelistaks vahendi rakendamist haigla poolt pakutava ambulatoorse teenusena ja esitas vastava päringu osapooltele.

Taotleja esitas lisaandmed ja soovitas pigem aparati müüki haigele koduseks kasutamiseks põhjusel, et sihtrühma patsient vajab aparati pidevalt. Teenuse pakkumisel tuleb arvestada aparadi olemasoluga raviasutuses ja võimaliku ooteajaga. Aparaat on hooldusvaba. Vajadusel tehakse remont tarnija poolt. Eksperti sõnul on haiglates vastava teenuse pakkumise valmisolek olemas. Köhimisaparaati kombineeritakse asendravi, füsioteraapia ja hingamisharjutustega. Haiget õpetab füsioterapeut ambulatoorselt, kontroll raviasutuses vastavalt vajadusele. Täna on alternatiiviks aspireerimine, mis on invasiivne.

Eesti Kopsuarstide Selts toetas köhimisaparaadi hüvitamist patsientidele iseseisvaks koduseks kasutamiseks vähemalt kaheliikmelise komisjoni otsusel (neuroloog, pediaater, pulmonoloog). Rakendustingimused on sobivad. Seltsi vastusest selgus, et meetodeid röga/sekreedi kättesaamiseks hingamisteedest on palju ja need ei asenda, vaid täiendavad üksteist. Haiglas rakendatakse aspireerimist, ambukotti, asendravi, rindkere füsioteraapiat, assisteeritud hingamisharjutusi, PEP raviseadmeid, manuaalseid tehnikaid. Kodus rakendatakse eelnimetatud tehnikaid võimalusel patsiendi omaste poolt.

Neuroloogide Selts kinnitas, et köhimisaparaat on eluliselt oluline hingamispuudulikkusega patsiendi kodus ravis tüsistuste vältimiseks nii ägeda kui kroonilise hingamispuudulikkuse korral. Täna on alternatiiviks mitteinvasiivne ventilatsioon ja asendravi, seega sisuline alternatiiv puudub. Haiglatel, kellel on kogemus mitteinvasiivse ventilatsiooniga, on valmisolek kodukasutuseks olemas, samuti süsteem näidustusega patsientide leidmiseks, aparatide soovitamiseks, nõustamiseks, kasutuse jälgimiseks. Patsienti õpetavad eriettevalmistusega öde ja füsioterapeut. Kasutus peaks toimuma ambulatoorse teenusena sarnaselt mitteinvasiivse ventilatsiooni teenusele. Kontroll vajalik kord kvartalis, vajadusel sagedamini. Võimalusel telemeditsiini rakenduste kasutus.

### **Diskussioon**

Komisjon toetab taotluse rahuldamist. Haigekassa esindaja selgitas, et kuna on välja arvatud teenuse hind, kooskõlastatud rakendustingimuste ettepanekud ning ka haiglatel on valmisolek teenust osutama hakata, siis tehakse haigekassa nõukogule ettepanek teenuse loetellu lisamiseks.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab taotluse rahuldamist.

### **3. Ravijuhendist „Jala veenilaiendite ja kroonilise venoosse puudulikkuse diagnoosimine ning ravi“ tulenev soovitus TTL-i rakendustingimuse kitsendamiseks**

2019. a. kevadel kinnitati ravijuhend „Jala veenilaiendite ja kroonilise venoosse puudulikkuse diagnoosimine ning ravi“, mille alusel on invasiivne ravi näidustatud raskematele veenilaienditele. Haigust tuleb klassifitseerida CEAP klassifikatsiooni järgi, mille kohaselt on invasiivne ravi näidustatud alates CEAP klassifikatsiooni C3 staadiumist. Veresoontekirurgide andmetel moodustavad suurema osa operatiivse ravi patsientidest C1-C2 staadiumi haiged. Ravijuhendi algoritmis on välja toodud, et haigekassa kosmeetilise varikoosi (CEAP alusel C1-C2) ravi eest ei tasu, vastava tegevuse eest tasub patsient ise. Hetkel veenilaiendi raskusastmest tulenevalt operatiivse ravi piirangud kehtestatud ei ole.

Eelnevast tulenevalt on vajalik teenustele „Varikektoomia safenektoomiaga“ (kood OP2103) ja „Varikektoomia safenektoomiaga“ (OP2104) lisada järgnev rakendustingimus: koodidega OP2103 ja OP2104 tähistatud tervishoiuteenuste eest võtab haigekassa tasu maksmise kohustuse üle juhul, kui tegemist on C3 ja kõrgemas staadiumis oleva varikoosi seisundiga.

#### **Diskussioon**

Komisjon nõustub ravijuhendi muudatusel põhineva ettepanekuga. Haigekassa esindaja tõstatab küsimuse, kuidas peaks edaspidi toimima, kui ravijuhendi soovitus põhjal on vajalik muuta tervishoiuteenuste loetelu. Arutlusel oli, et ravijuhendites soovitatud muudatused peaks komisjoni koosolekul arutlusele tulema.

#### **Komisjoni arvamus**

Komisjon on nõus ravijuhendi ettepanekuga. Komisjon teeb ettepaneku, et kõik ravijuhendite muutustest tulenevad loetelu muudatused vaadatakse komisjoni poolt läbi.

### **4. Insuldi juhtprojekti tutvustus**

Koos insuldiravi osapooltega on Eesti Haigekassa ellu kutsunud insuldiravi juhtprojekti. Juhtprojekti eesmärk on parandada inimese insuldijärgset elukvaliteeti läbi tervikliku raviteekonna arendamise ja tervisetulemi mõõtmise. Juhtprojekt viiakse läbi isheemilise insuldi ravis. Tegemist on olulise teemaga, kuna aasta jooksul haigestub isheemilisse insulti ligikaudu 3200 inimest, kellest ligikaudu 20% sureb esimese kuu jooksul (insult on surmapõhjustest 2. kohal) ning ellujäänutest 50% esineb aasta pärast funktsiooni piirang. Seega on insuldist põhjustatud haiguskoormus (suremus, elukvaliteedi langus, otsesed ja kaudsed kulud) ühiskonnale märkimisväärne.

Haigekassa esindaja selgitas, et tegemist on projektiga, mis hõlmab nii tervisetulemite mõõtmist, innovatsioonifondist täiendava rahastuse eraldamist kui ka tasustamise meetodi muutust, mis otseselt puudutab tervishoiuteenuste loetelu. Kuna tasustamise meetodi muudatus ilmselt mõjutab ka patsientide liikumist ja neile osutatavaid teenuseid, leidis haigekassa, et oleks asjakohane arutada teema üle ka komisjonis täiendavate ettepanekute ja soovitude saamiseks. Haigekassa esindaja andis komisjonile ülevaate juhtprojektist.

Insuldi akuutravi kvaliteet on hea - trombolüüsitud patsientide osakaal kõikidest isheemilise insuldiga patsientidest on 14,4% (Euroopa riikide keskmine on 7,3%). Samas vaadates kogu raviteekonda on see patsientide jaoks keeruline ja killustunud.

Põhilised probleemkohad olid järgnevad:

- a) ebapiisav tähelepanu ennetusele;
- b) probleemid info liikumise ja koostööga;
- c) teenuseosutajad ei arvesta raviteekonnal piisavalt patsiendi vajadustega;

- d) puuduvad teenused raviteekonnal;
- e) insuldipatsiendi vaimne tervis tagaplaanil;
- f) vähene arvestamine lähedastega;
- g) katmata infovajadus.

Ühekoos tuvastati ka arendusvajadused:

- h) patsiendikeskne lähenemine. Patsient ja tema lähedased peavad saama õigel ajahetkel neile arusaadavat ja asjakohast teavet ning olema võrdse partnerina kaasatud neid puudutavate otsuste tegemisse;
- i) ühtne raviplaan. Raviplaan peab olema kõigile raviteekonna osapooltele kättesaadav dokument, kus on kirjas patsiendiga koos seatud eesmärgid, raviskeem, riskitegurid, olulised kontaktid, visiidid ning muu vajalik teave. Raviplaan peab liikuma teekonnal koos patsiendiga ning andma igale järgmisele spetsialistile ülevaate senisest ravist ja tulemustest ning võimaldama raviplaani täiendada või muuta;
- j) koostöö ja rollijaotus. Raviteekonna osapooled peavad kokku leppima rollijaotuses ehk kes, kus, mida ja kuidas teeb ning kuidas patsient sujuvalt ühest teekonna etapist teise liigub;
- k) koordineeriva rolli loomine. Koordineerivat rolli täitev spetsialist peab olema patsiendile ja lähedastele kogu teekonna vältel esimeseks kontaktiks ning juhtima neid ühest etapist teise;
- l) kodu- ja kogukonnateenuste arendamine. Patsient peab saama teenuseid vastavalt oma individuaalsetele vajadustele ja eelistustele võimalikult kodu lähedal või kodus;
- m) patsiendi tulemuste mõõtmine. Kasutusele tuleb võtta ühtne patsiendi tulemuste mõõtmise süsteem, et tulemused oleksid võrreldavad ja võtaksid arvesse kõigile osapooltele olulisi aspekte.

Arendusvajaduste elluviimine peab toimuma raviasutustes. Haigekassa saab muutusi toetada kolmel viisil:

- a) insuldipatsiendi raviteekonna osapoolte koostöös elluviidavatele arendusprojektide toetamine;
- b) patsiendi tunnuste, tulemi- ja protsessinäitajate ning kulude mõõtmise ning võrdlemise praktika loomine;
- c) uue tasustamismeetodi katsetamine.

Insuldipatsiendi raviteekonna arendusvajaduste teostamiseks on haigekassa kinnitanud insuldi juhtprojekti arendusprojektide toetamise korra. Toetust saavad taotleda insuldi aktiivravi pakkuvad piirkondlikud ja keskhaiqlad.

Patsiendi tunnuste, tulemi- ja protsessinäitajate rakendumise ettepaneku väljatöötamiseks kogunes neuroloogidest, taastusraviarstidest ning haiglate ravikvaliteedijuhtidest koosnev töögrupp. Töögrupi ettepanekud olid järgmised:

- a) selleks, et teha relevantseid võrdlusi nii tervistulemite kui ka kulude osas, on vaja teada täiendavat informatsiooni patsientide kohta, näiteks insuldi raskusastet, toimetulekut enne insulti, sümptomite kestust jne;
- b) vajalik on hakata süsteemselt mõõtma nii patsientide kui ka klinitsistide poolt raporteeritud tuleminäitajaid (nt mRS, EQ-5D, PROMIS-10, Stroke Impact Scale), et teha järeldusi patsientide elukvaliteedi kohta;
- c) lisaks tuleminäitajatele on vaja koguda protsessinäitajaid, et tuleminäitajaid tõlgendada.

Tasustamise muutuse eesmärk on motiveerida asutuste ja süsteemide vahelist koostööd, anda ravitutest rohkem vabadust ning suunata insuldiravisse täiendavaid ressursse. Uut tasustamist nimetatakse raviteekonnapõhiseks tasustamiseks (ingl *bundled payment*), kuna see erinevalt kehtivatest tasustamismeetoditest (FFS, DRG) on tegemist kogu raviteekonna hõlmava hinnaga, mis koosneb järgmistest komponentidest:

- a) konkreetse haigusseisundi raviga seotud kulu;
- b) tüsistuste raviga seotud kulu.

Tasustamine hõlmab ainult aktiivravi, taastusravi, järelravi, õendusabi, kuna perearstiabis on kasutusel pearaha ning sotsiaalteenuste eest haigekassa ei tasu. Selleks, et tagada kodulähedane ambulatoorne taastusravi, on insuldi aktiivravi pakkuvatel asutustel võimalik tellida teenuseid teraapiafondi väliselt tervisekeskustelt.

Muudatused on plaanis rakendada 1. aprillist 2020 kuni 2021. aasta lõpuni (juhtprojekti lõpp) tervishoiuteenuste loetelus. Juhul, kui juhtprojekt õnnestub, laiendatakse muudatust kõikidele insuldi aktiivravi pakkuvatele asutustele.

### **Diskussioon**

Tõstatus küsimus, kui palju patsiente on projekti osalusse prognoositud. Haigekassa esindaja selgitas, et Eestis on isheemilise insuldi patsiente aastas kokku ligikaudu 3200. Kuna pilootprojekti on kaasatud pooled raviasutused, kaasatakse ca 1600 patsienti. Patsiente, kellega jõutakse läbida kogu projekti protsess, on arvatavasti vähem.

Tõstatus küsimus tasustamise tasaarvelduse osas, kas on arvestatud teatava kõikumise vahemikuga või konkreetse summaga. Haigekassa esindaja selgitas, et kuna on arvestatud keskmise tasuga, on hetkel arvestatud täpse summaga. Tasaarveldamist ei ole plaanis rakendada iga patsiendi kohta eraldi, vaid pikema perioodi seisuga. Plaanis on jooksvalt analüüsida nii arvete kaudu kui ka muul viisil laekuvaid andmeid.

Tõstatus küsimus, kuidas on kaasatud perearstid. Haigekassa esindaja selgitas, et arendusprojektide osas on arvestatud, et koostööpartneriteks on ka perearstid. Komisjon tõi esile, et projektis tuleks tähelepanu pöörata ka ennetusele ning perearste vastavalt kaasata. Lisaks tõstatus küsimus, kas ja millisel määral on projekti kaasatud sotsiaalhoolekanne. Haigekassa esindaja selgitas, et arendusprojektides on arvestatud, et koostööpartneriteks võiksid olla ka kohalikud omavalitused ning paralleelselt on käimas mitmed arendusprojektid, mis hõlmavad tervishoiu ja sotsiaalhoolekande süsteemide koostöö ja infovahetuse parendamist.

Tasustamise osas tõstatus küsimus, kuidas on välistatud patsientide ebavõrdne kohtlemine, kui pilootprojekti kaudu on rahastatud ainult kolm raviasutust kuuest ning nendel kolmel raviasutusel, kes pilootprojektis ei osale, on teenuse osutamine piiratud lepinguga. Lahendusena on otsustatud pilootprojektis mitteosalevate raviasutuste lepingumahtu taastusravi erialal suurendada. Samuti tõstatus küsimus, kas insuldipatsiendi raviteekonna projekti tõttu võib muude diagnoosidega patsientide ravijärjekord taastusravis pikeneda. Haigekassa esindaja selgitas, et haigekassa on planeerinud paralleelselt jälgida teiste patsiendigruppide järjekordi taastusravis, et vajadusel reageerida ning välistada ravijärjekordade pikenedamine.

Tõstatus küsimus, kuidas on planeeritud hinnata juhtprojekti edukust. Haigekassa esindaja selgitas, et hindamine toimub jooksvalt, vahekokkuvõtte tehakse esimese aasta lõpus ja lõplik hindamine teise aasta lõpus.

Komisjon võttis projektiga seonduva info teadmiseks ning toetab projekti läbiviimist. Komisjon rõhutas, et oluline on patsiendi tervisenäitajate ja rahulolu hindamine. Lisaraha on oluline, kuid ei tohi muutuda primaarseks. Samuti pööras komisjon tähelepanu, et juhtprojekti tuleks tutvustada kui innovatsiooniprojekti, et patsientidel ei tekiks tunnet, et kvaliteetset teenust osutavad vaid projektis osalevad raviasutused.

Komisjon palus, et haigekassa hoiaks komisjoni kursis projekti edasiste arengutega.

## **5. Siirdamiskeskuse rahastamise tutvustus**

Haigekassa esindaja selgitas, et alates 1. jaanuarist 2020. a hakkab siirdamisasutuse ülesandeid täitma haigekassa. Tegevus hõlmab teavitustööd, mitteannetamise põhjuste väljaselgitamist, ohutus- ja kvaliteedijuhiste väljatöötamise koordineerimist. Lisaks on haigekassa kohustuseks katta siirdamiskeskuse kulud. Eestis on siirdamiskeskuseks Tartu Ülikooli Kliinikum, kes korraldab elundite hankimise, käitlemise ja siirdamise jälgimist ja biovalvsust, peab ootelehti, korraldab elundite jaotamist ja vahetust, korraldab teabevahetust erinevate asutuste vahel. Vastavalt siirdamiskeskuse ülesannetele on haigekassa kokku pannud valmisolekutasu, mis hõlmab töötasusid ja transpordikulu. Siirdamiskeskuse eelarve on ca 700 000 eurot aastas.

### **Diskussioon**

Komisjon võttis siirdamiskeskuse rahastamise info teadmiseks. Tõstatus küsimus, kas Eestis on ainult üks siirdamiskeskus. Haigekassa esindaja selgitas, et jah, antud hetkel on siirdamiskeskus Tartus ning vajadusel tuleb vastav personal Tallinna.

Komisjon soovis täpsustada, kas elanikkonna teavitamise kulud on arvestatud siirdamiskeskuse kulude hulka. Haigekassa esindaja selgitas, et elanikkonna teavitamine on haigekassa ülesanne ning vastavaid kulusid ei ole siirdamiskeskuse valmisolekutasusse arvestatud.

## 6. EMO-de tasustamise muutmise tutvustus

### Esmatasandi korralduslikud muudatused

Seoses EMO-de rahastuse ülevaatamisega oli komisjoni varasem soov, et EMO tasustamise muutusega peaks kaasnema tervishoiusüsteemi korraldusliku poole lahendamine ja esmatasandi võimestamine. Haigekassa esindaja selgitas, milliseid esmatasandi korralduslikke muudatusi on tehtud või plaanis teha, et EMO koormust vähendada.

Kuna on näidatud seost esmatasandi kvaliteedi ja perearsti patsientide EMO külastatavuse vahel, on muudatuste eesmärk parandada ja ühtlustada esmatasandi kvaliteeti. Seetõttu on perearstidega sõlmitud lepingutesse kavas lisada baastaseme tagamise tingimus. Baastaseme saavutamise tingimusteks on muuhulgas perearsti kvaliteedisüsteemis 200 punkti saavutamine ja terviseandmete edastamine tervise infosüsteemi. Planeeritud on baastaseme tingimuste muutumine ajas. Juhul, kui perearst ei täida baastaseme tingimusi, rakendub mentorlusprogramm, mille raames toetavad perearsti administratiivsetes küsimustes haigekassa ja kliinilistes küsimustes Eesti Perearstide Selts. Mentorlusprogrammiga alustatakse kõige varem 2020. aasta lõpust. Lisaks mentorlusprogrammile on plaanis hakata rakendama riskipatsientide projekti, mille raames mitme kroonilise haigusega patsiendid saavad esmatasandil parema jälgimise. Enne tervishoiuteenuse loetellu lisamist on vajalik läbi viia pilootprojekt. Uuest aastast rakendub tingimus, mis lubab teist pereõde osalise tööajaga (seni oli lubatud vaid täistööajaga). Muudatus on oluline eelkõige maapiirkondades.

Arutlusel on kindlustamata isikute vastuvõtmine esmatasandil. Kuna teema on seni arutelu faasis ja käivad läbirääkimised sotsiaalministeeriumiga ja Eesti Perearstide Seltsiga, ei ole konkreetseid ettepanekuid veel tehtud.

Arutlusel on olnud ka saatekirja rakendamine kõikidele erialadele ning e-konsultatsiooni rakendamine kõikidel erialadel. Täpsemad arutelud on vajalik läbi viia vastavate erialaseltsidega.

### Haigekassa ettepanek EMO valmisoleku tasu osas

Hetkel ei ole EMO-de kulud ja haigekassa makstud tasu tasakaalus, EMO-de tasustamisel on puudujääk. Nii Riigikontroll kui ka Maailmapank on andnud soovitusi, et plaaniline ja erakorraline töö võiks lepinguliselt olla eristatud, kuna erakorralisele tööle võib kuluda plaanilise töö ressursid. Lisaks soovitas Maailmapank rakendada erakorralisele tööle valmisolekutasu, mis tagaks kulude katmise olenemata patsientide arvust. Samuti soovitas Maailmapank määratleda, millised teenused peaksid olema osutatud EMO-s. Oluline on ka kvaliteediindikaatorite süsteemne mõõtmine.

Valmisolekutasu koosneb kahest komponendist. Esimene komponent on EMO pinnal toimuv töö (sh valmisolekus arstide ja õdede arv, vajalik aparatuur, ruumi suurus, materjalid/ravimid). Teine komponent on EMOs määratud uuringud, mis on vajalikud raviotsuse tegemiseks ja edasiseks suunamiseks. Haigekassa näeb, et osa teenuseid võiks jääda eraldi kodeerimisega (nt kallid ravimiteenused, lisavahendid) ja teenusepõhise rahastusega.

Analüüsi läbiviimiseks koguti haiglavõrgu arengukava haiglatelt andmed EMO ressursside kohta. Saadud andmete alusel keskmistati optimaalne tase igale haiglale. Keskmistamisel lähtuti kolmest parameetrist –ravijuhtude arvust, triaazikategooriate jaotusest ning diagnoosigruppidest. Hindamisel arvestati maha isemaksjad (kindlustamata isikud, teiste riikide kodanikud jne). Analüüsis ja hinnas võeti arvesse ka valvetubades tehtavat tööd (nt osadel haiglatel on eraldi konkreetse eriala EMO).

Esmane ettepanek on rakendada valmisolekutasu 2020. aastast ja ajatada see kolmele aastale. Esimeses faasis arvestatakse EMO pinnal tehtava töö tasustamist ja jälgitakse, et ühegi haigla tasustamine ei väheneks. Paralleelselt on esimesel aastal kavas ühtlustada andmete kogumine ja edastamine. Samuti on plaanis kokku leppida, millised tegevused peavad EMO-s olema tehtud enne patsiendi



hospitaliseerimist, leppida kokku standardid (nt ruumid) ja alustada kliiniliste indikaatorite hindamisega. Haigekassa esindaja selgitas, et antud ettepanek ei ole haigekassa juhatuse poolt veel kinnitatud.

### **Diskussioon ja komisjoni arvamus**

Komisjon pööras tähelepanu, et kõikidele erialadele saatekirja nõude loomisel tuleb arvesse võtta, et eriarstiabi kättesaadavus ei halveneks.

Esmatasandi osas tõstatas küsimus, kuidas on hetkel korraldatud perearstide praksiste lahtiolekuajad. Haigekassa esindaja selgitas, et vastavalt seadusele peavad perearstid tagama vastuvõtte tööpäeviti vähemalt 4 tundi päevas. Tervisekeskustel on tingimus olla tööpäeviti avatud kell 8-18, mis tagab küll vajaliku abi, kuid mitte tingimata oma perearsti poolt.

Tõstatati küsimus, kuidas vähendada EMO-s kergemate ravijuhtude koormust ning suunata vastavaid patsiente perearsti juurde. Haigekassal on järgmisel aastal plaanis üle vaadata perearsti pearahasse kuuluvad tegevused ning analüüsida, kuidas oleks võimalik optimaalsemalt korraldada esmatasandi tööd. Ettepanekuid, mis võiks suunata patsiente pöörduma pigem perearsti juurde kui EMO-sse on olnud arutlusel mitmeid (saatekiri, walk-in keskused, mis võtavad patsiente vastu, kui teised tervisekeskused on suletud). Taolise lahenduse puhul tuleb aga arvestada, et need ei lahenda probleeme, vaid tekitavad ühe täiendava sisenemisekoha, samuti nõuab see patsientide teavitust, kuhu oma probleemiga pöörduma peab. Seetõttu on haigekassa otsustanud tegeleda eeskätt esmatasandi võimestamisega.

Komisjon leiab, et EMO rahastamise muutmine on vajalik ja oluline. Samas pöörab komisjon tähelepanu, et rahastamise muutmine ei muuda EMO-sse pöördujate arvu. Seetõttu on oluline esmatasandi võimestamine. Komisjoni hinnangul tuleks alustada esmatasandi võimestamisest, sh milliseid ressursse ja millisel määral on vajalik esmatasandile lisada.

## **7. Muudatused perearstiabis**

### a) Küberturvalisuse komponendi lisamine baasrahasse

Baasrahasse lisatakse küberturvalisuse komponent, mis tagab vajalike vahendite rahastuse. Muudatus tuleneb Euroopa Liidu isikuandmete kaitse üldmääruse nõuete tagamise vajadusest esmatasandil. Eelarvemõju on 440 000 eurot aastas.

### **Diskussioon**

Komisjon küsis täiendavalt, kas on plaanis ka küberturvalisuse õpet. Haigekassa esindaja selgitas, et vastav koolitus on plaanis. Haigekassa esindaja selgitas, et antud muudatus ei loo turvalist kanalit arsti ja patsiendi vaheliseks suhtluseks, vaid on eelkõige andmete turvalisuse tagamiseks.

### b) Tervisekeskuste koefitsientide kaotamine lisanduvatele põhiteenustele

Koefitsientide kehtestamine lisanduvatele põhiteenustele on liigne halduskoormus lepingu osapooltele, mistõttu lisanduvatele põhiteenustele koefitsiente edaspidi ei rakendata. Vastavaid koefitsiente rakendati näiteks juhtudel, kui tervisekeskus tegi koostööd iseseisva ämmaemandusabiteenuse osutajaga.

### c) Alla 1200 isiku suurusega nimistute baasraha koefitsiendi muutmine

Hetkel tasutakse alla 1200 isiku suurusega nimistute korral koefitsiendiga 0,8. Edaspidi makstakse koefitsiendiga 1,0. Muudatus puudutab eelkõige maapiirkonna perearste. Eelarvemõju on 245 000 eurot.

### d) Teenuste liikumine perearstiabi uuringufondist tegevusfondi

Käsitleti pikemalt komisjoni 9. oktoobri koosolekul, vt vastav protokoll. Süsteemile tervikuna lisakulu ei kaasne, kuid suurendab üldarstiabi eelarvet selle võrra, et uuringufondi täidetakse paremini.

e) E-konsultatsiooni rakendamine lastepsühhiaatrias

Lisatakse loetellu 1. jaanuarist 2020. a, kuid koheselt ei rakendu, kuna vajalikud on TEHIK-u arendused. Hetkel lisatakse eriala sarnastel tingimustel kui teised, va e-konsultatsioonile vastamise aeg, mis lastepsühhiaatrias on pikem. Antud erialal tehakse esialgu piloot kindlate raviasutustega, et välja selgitada kitsaskohad ja rakendustingimuste täpsustused.

f) Teise pereõe lubamine osalise koormusega

Muudatuse tegemise vajadus on tulnud maapiirkondadest, et lihtsustada uute õdede värbamist. Miinimumkoormust ette antud ei ole. Proportsionaalselt koormusega tuleb tagada õe iseseisev vastuvõtt.

g) Muudatused hambaravis

Teatud juhtudel on edaspidi lubatud hambaravis kodeerida biopsiat. Tuleb tagada anesteegas hambaravi isikutele, kellele ei ole võimalik lokaalanesteesias teenust osutada seoses väljendunud allergilise reaktsiooniga ravimile. Seni pidid inimesed anesteesia eest sellisel juhul ise tasuma.  
*Koosoleku väline täpsustus: Haigekassa arvestab hambaravi esmatasandi osaks.*

h) Kaugtasu maksmine

Hetkel on olemas kaks kaugusest tulenevat lisatasu (kui perearsti tegevuskoht asub lähimast haiglast 20-40 km kaugusel või kaugemal kui 40 km). Sotsiaalministeerium on teinud haigekassale ettepaneku kaugusetasu maksmise põhimõtted üle vaadata. Kaugtasu eesmärk on toetada maapiirkonnas töötavaid perearste.

i) Inkubatsiooniprogramm esmatasandil

Programmi eesmärk on võimaldada lisatasu süsteemist väljuvale perearstile, kelle nimistule lisandub noor arst. Programmi jooksul annab süsteemist väljuv perearst nimistu uuele arstile üle. Lisatasu koosneb lisanduva arsti palgakomponendist. Üleminekuaeg on üks aasta. Programmi elluviimise eest vastutab Terviseamet.

j) Metoodika määruse muudatused

Muudatused puudutavad jälgimisindikaatorite lisandumist, kompleksvaktsiinide koodide lisamist. Vastavad teemad olid arutlusel komisjoni 9. oktoobri koosolekul, vt vastav protokoll.