

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

19.10.2022

Algus kell 14.00, lõpp kell 16:00

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)

Kirjalik arvamus: Kristi Rekand (Eesti Puuetega Inimeste Koda)

Puudusid: Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)
Ragnar Vaiknemets (Terviseamet)
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)

Kutsutud: Mari Kalbin (Eesti Haigekassa)
Külli Friedemann (Eesti Haigekassa)
Elisabeth Kelner (Eesti Haigekassa)
Anu Kivi (Eesti Haigekassa)
Hanna-Mari Luide (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Kadri Popilenkov (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. Taotluste arutelu

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1519	Anaalmanomeetria

- Alkoholarvitamise häire ennetus ja ravi
- Erialade vaheline e-konsultatsioon
- Muudatused esmatasandil al 01.01.2023
2022. aastal menetluses olnud taotluste kokkuvõte

1. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1519 – Anaalmanomeetria

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 27.04.2022.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Tallinna Kirurgide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on uue uuringuteenuse „Anaalmanomeetria“ lisamine loetellu. Anaalmanomeetria on näidustatud pärasoole sulgurlihaste anatoomiliste või funktsionaalsete häirete puhul, samuti ravi efektiivsuse hindamisel. Uuring võimaldab objektiivselt mõõta rõhkusid sulgurlihastes vastavalt protokollile. Objektiivsetele näitajatele toetudes saab parandada diagnostikat ning ravi efektiivsust. Peamisteks näidustusteks on:

- sulgurlihase puudulikkus, fekaalinkontinents;
- sulgurlihase sünnitusjärgne või muu etioloogiaga trauma (nt operatsioonijärgne);
- sulgurlihase spasm;
- sulgurlihase funktsionaalsed häired (nt paradoksaalne kontraktsioon);
- pärasoole tundlikkuse häired.

Tegemist on ambulatoorse uuringuga, mida teostab proktoloogiale spetsialiseerunud arst ja uuringuks kulub ca 30 minutit. Uuringuks kasutatakse THD Anopressi aparati ja ühekordset Anopressi otsikut. Uuringu tulemust kuvatakse arvutiekraanile ning tulemust interpreteeritakse kas vahetult uuringu järgselt patsiendi juuresolekul või hiljem uue ambulatoorse konsultatsiooni ajal. Seni Eestis uuringut teostatud ei ole, kuid täisvalmidus on olemas Lääne-Tallinna Keskhaiglal.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Teenus oli esmakordselt arutlusel 27.04.2022. Leiti, et tegemist on väheuuritud, madala prognostilise väärtusega uuringuga, mille kliiniline lisakas on väike. Lisaks oli taotluse kvaliteet madal, toodud vaid viited ning teenuse väga üldine kirjeldus, ja see vajas täiendamist tõenduse osas.

Toodi esile, et proktoloogia on väga spetsiifiline haru ning spetsialiste on vähe (ainuke spetsialiseerunud proktoloogia osakond on Lääne-Tallinna Keskhaiglas). Teenuse eesmärk paistab olevat hinnangu objektiviseerimine. Samas kogunud spetsialist on võimeline ka sõrmega rõhu hindamise puhul andma täpse tulemuse. Leiti, et uuringul võib olla efekt pigem siis, kui seda tehakse ühel patsiendil enne ja pärast ravi, et objektiivselt hinnata ravi tulemuslikkust.

Leiti, et jääb arusaamatuks, mis olukorras, näidustustel ja eesmärgil teenus ikkagi põhjendatud on. Kliiniline tõendus on pigem arusaamatu – kasutatakse praktikas palju, aga mida selle uuringu tulemustega peale hakatakse. Lisaks ei soovitata uuringut isoleerituna kasutada, vaid teiste funktsionaalsete testidega koos. Problemaatiline on ka see, et normid ei ole kokkulepitud ning tervetel ja haigetel inimestel võib uuring anda sama tulemuse. Operatsioonieelne ja -järgne manomeetria tulemus võib olla sama, kuigi tegelikult inkontinents kaob. Taotlusele annaks kaalu, kui oleks tõestatud, et see tõstab patsientide elukvaliteeti, kuid ka seda ei olnud võimalik uuringutest välja lugeda.

Komisjon tegi haigekassale ettepaneku küsida taotlejalt lisainfot – mis on teenuse eesmärk, teenusest tulenev kasu, millistel patsientidel kasutatakse, kas kasutatakse isoleeritult või koos teiste testidega.

Tänaseks on taotleja saatnud täiendatud tõenduse ülevaate. Leitud uus ravijuhis aastast 2022, mille seisukohad põhinevad IAPWG konsensusdokumendil (Carrington, et al 2018, hinnatud eelmisel korral).

1. Assmann, et al 2022 United European Gastroenterology (UEG), European Society of Coloproctology (ESCP), European Society of Neurogastroenterology and Motility (ESNM) and the European Society for Primary Care Gastroenterology (ESPCG) fekaalinkontinentsi ravijuhised. Esiteks on leitud, et fekaalinkontinentsi diagnostika ja ravi alal on vajalikud hästi disainitud suured randomiseeritud

uuringud, kuna tõendatuse tase hetkel mõõdukas. Diagnostiliste testide kohta öeldi, et tuleb lähtuda International Anorectal Physiology Working Groupi (IAPWG) konsensusdokumendist, et otsustada, millist meetodit ja millal kasutada. Nimetatud meetodid: anorektaalmanomeetria ja sensoorne testimine, endoanaalne ultraheli, defekograafia ja vaagnapiirkonna MRT. Anaalmanomeetriat, mida jagatakse ka lihtsaks, kõrgresolutsiooni- ja 3D meetodiks, oli Assmanni artiklis 5-palli skaalal hinnatud nelja palliga (ekspertarvamus).

Toodud ka järgnevad uuringud:

1. Mandaliya, et al 2015 retrospektiivne uuring FI haigetel (n=162 järjestikust haiget), kellele tehti anaalmanomeetria. 74% leiti manomeetrial sfinkteri düsfunktsioon (N>M), sh 62% sisemise sfinkteri ja 44% välimise sfinkteri düsfunktsioon. Autorid leidsid, et anaalmanomeetria võib olla oluline uuring FI diagnoosimisel enne ravi alustamist. Tõendus väga nõrk.

2. Leo, et al 2018, mis hindas väljatöötatava anaalmanomeetri Anopress normnäite asümptoomsetel tervetel vabatahtlikel (n=153): rahuoleku rõhk 40-103 mmHg, pressingul lisandub 30-140 mmHg. Ebamugavustunnet hinnati nulliga. Mingeid järeldusi patoloogia osas sellest uuringust ei selgunud.

3. Leo, et al 2018 samade autorite järgnev uuring, kus hinnati samu näitajaid FI haigetel (n=60). Tavaolekus oli rõhk 25(N)-30(M) (0-60) mmHg, pressingul lisandus 27(N)-42(M) (6-106) mmHg. Leiti, et kõik keskmised olid võrreldes tervetega statistiliselt oluliselt madalamad ja aparaadiga on võimalik hinnata anaalsfinkteri düsfunktsiooni. Tulemuste hindamisel selgus, et võrdlustes oli küll keskmised näitajad erinevad, kuid vahemikud kattusid suurel määral. Kuna artikkel avaldati 10 päeva pärast esitamist, võib eeldada, et retsenseerimist ei toimunud. Tõendus väga madal.

4. Godbole, et al 2021 retrospektiivses uuringus (n=72 naist) hinnati Anopressi näitajaid sünnitusabis anaalsfinkteri kahjustusega naistel 3-6 kuud pärast sünnitust. Tulemuste alusel koostati uus FI skoor ja jaotati patsiendid kaheks, vastavalt < 5 palli (sfinkteri defekt) ja > 5 palli (defekti ei esine). Rahuoleku ja pressingu rõhud olid sfinkteri defektiga naistel madalamad (st oluline erinevus). Järeldati, et tegemist on lootustandva uue meetodiga. Tõendus väga nõrk.

5. Leo, et al 2020 võrdlesid prospektiivses uuringus (n=60) omavahel standardmanomeetriat (kateeter) ja uut Anopressi. Kõigil uuritavatel tehti mõlemad uuringud, kusjuures uuringute järjestus oli juhuslikustatud. Anopressi vastus tuli 12 sekundiga, tavameetodil 100 sekundiga (p<0,001). Mõlema meetodi tulemused olid tugevalt korrelatsioonis, korrelatsioonikoefitsient 0,84-0,96. Mõlemad meetodid olid hästi talutavad. Leiti, et uus meetod korreleerub vanaga, kuid hoiab kokku raviaega ja on hästi talutav ja kasutajasõbralik. Tõendus nõrk.

6. D'Amico et al 2020 süstemaatiline ülevaade (n=328 uuringut) FI diagnostiliste meetodite kasutusest põletikulise soolehaiguse korral. Selgus, et põhiliselt diagnoositakse FI erinevate küsimustike ja elukvaliteedi skooride ja indeksite abil, anaalmanomeetriat oli kasutatud 41% ja analultraheli 34% uuringutest. Autorid järeldasid, et anaalmanomeetriat võiks kasutada lisauuringuna, kui skoorid on positiivsed. Tõendus mõõdukas.

7. Carrington, et al 2019 jätkuartikkel IAPWG soovitude kohta, milles rõhutatakse vajadust jälgida standardiseeritud testimise protokolle. Tegemist on ekspertarvamusel, kus antakse põhjalik kirjeldus anorektaalse düsfunktsiooni diagnostikaks, sh anaalmanomeetria teel. Lisaks toodi ära anorektaalsete düsfunktsioonide klassifikatsioon.

Kokkuvõttes järeldus muutunud ei ole. Tegemist nõrga tõenduse tasemega madala prognostilise väärtusega uuringuga, mille kliiniline lisakas on väike. Haigete ja tervete näitajates on lai kattuvus, elukvaliteedi hinnanguid ei leitud. Absoluutsete rõhkude hindamise osas vähese valiidsusega ja tulemuste interpreteerimine raskendatud, võimalik, et on kasutatav seisundi dünaamika jälgimiseks. Uuringud ja ravisoovitused on valdavalt ühelt uuringurühmalt. Samas on meetod jõudmas ravijuhistesse. Võiks küsida ekspertarvamusel. KTH-d ilmselt teha ei saa, kuna puuduvad võrdlusuuringud.

Diskussioon

Toodi välja taotlusest tulenev vastuolu, kus ühelt poolt öeldakse, et teenuse kvaliteedi tagamiseks on vajalik 100 testi tegemine aastas, kuid teisalt võib testi kasutamise selgeks õppida igaüks testi kirjaliku juhendi alusel.

Leiti, et taotlus on võrreldes esimese versiooniga täpsem ja põhjalikum. Komisjon leidis lisaks ülevaated testi kasutamise kohta, mis ei anna küll tõendust juurde, kuid neist peegeldub erialaspetsialistide toetav suhtumine testi kasutuselevõttu. Näha on lisakasu võrreldes alternatiivse meetodi ehk sõrmega mõõtmisega, kuna aparaat võimaldab mõõta nii sisemise kui välise sfinkteri rõhku ning annab ka viiteid nende omavahelistele düssünergiatele. Leiti, et igasugune täiendav objektiviseerimine diagnostikas on vajalik. Normi piirid on küll varieeruvad ja neid tuleb tõlgendada kogemusele toetudes. Positiivne on see, et Lääne-Tallinna Keskhaiglas on olemas proktoloogia kompetentsikeskus, kus vastavad spetsialistid teenust osutama hakkaksid. Spetsialistide sõnul on tegemist ühega esimese rea uuringutest. Majandusliku mõju analüüs on hetkel puudu, kuid ilmselt kulutõhusust hinnata on keeruline, kuna selleks vajalikke uuringuid ei ole. Küsimus taandub tõenäoliselt teenuse hinnale. Leiti, et vajalik on ekspertarvamuse küsimine meditsiinilise efektiivsuse kohta, misjärel tuleks proovida kuluefektiivsust hinnata.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi haigekassale ettepaneku:

- tellida eksperthinnang;
- koostada kulutõhususe ja eelarvemõju hinnang.

Seejärel tuua taotlus uuesti komisjoni.

2. Alkoholarvitamise häire ennetus ja ravi

Haigekassa tegi päevakorrapunktist ülevaate alustades alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenustega. Tegemist on efektiivse ja tõenduspõhise sekkumisega inimeste puhul, kes tarvitavad alkoholi tervist ohustaval või kahjustaval määral, kuid kellel ei ole välja kujunenud alkoholisõltuvust. Programmi on välja töötanud „Kainem ja tervem Eesti“ programmi raames TAI koos koostööpartneritega ja see on kasutusel olnud 2016. aastast. Selle perioodi jooksul on teenust osutanud 31 perearstikeskust või üksikpraksist ja 2022. aastal on teenuse osutajaid üle Eesti 13. Teenuse rahastamine tuleb al 01.01.2023 üle haigekassasse. Metoodikas võrreldes TAI teenustega muudatusi ei planeerita. Teenuse osutamise eeldus: TAI alkoholi liigtarvitamise nõustamise alase koolituse läbimine. Teenuse osutamiseks vajaliku koolituse läbinud perearste on 212 ja pereõdesid 393. TAI jätkab koolituste läbiviimist ka järgnevatel aastatel. Teenused saavad kasutatavaks nii üldarstiabis, koolitervishoius kui ka ravikindlustusega hõlmamata isikutele. Teenus algab alkoholi tarvitamise teema tõstatamisega tervishoiutöötaja või patsiendi poolt. AUDIT-testi skoor lisatakse raviarvele, et oleks võimalik analüüsida probleemi ulatust.

Ettepanek tervishoiuteenuse loetelu täiendamiseks:

„AUDIT test koos tagasisidestamisega (10 minutit)“ (kood 3127)

„Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühinõustamine (15 minutit)“ (kood 3122)

„Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja laiendatud nõustamine (50 minutit)“ (kood 3123)

Kõik teenused tagatakse ka video- ja kaugvastuvõttuna.

Alkoholarvitamise häire ravi.

Tuleb suures osas muutmata kujul TAI-lt üle. Osutatakse nii ambulatoorselt kui statsionaaris. Hetkel osutab raviteenust 11 tervishoiuteenuse osutajat. Soov on ambulatoorsete teenuseosutajate ringi laiendada (liitumine taotluse alusel ja eelduseks on ambulatoorne psühhiaatria tegevusluba ja vastavate TAI koolituste läbimine). Teenusele sisenetakse läbi isikliku initsiatiivi, lähedaste, perearsti jne soovitusel või prokuratuuri kaudu suunamisel. Oluline on, et patsient oleks ise motiveeritud, teenuse saamise ajal kaine ning oma probleemi tunnistama ja olema valmis sellega tegelema. Teenust osutatakse alates 18. eluaastast ning ka ravikindlustusega hõlmamata isikutele. Esmase hindamise võib läbi viia

õde, psühholoog, sotsiaaltöötaja, õde-nõustaja, psühholoog-nõustaja ja selle käigus koostatakse anamnees ning tehakse erinevad testid (sh AUDIT-test). Hindamise tulemusel selgub, kas patsient vajab edasist ravi. Esmasel vastuvõtul teostatud AUDIT-testi skoor lisatakse raviarvele.

Ettepanek tervishoiuteenuste loetelu täiendamiseks:

„Alkoholarvitamise häirega patsiendi juhtumikorraldus (üks kuu)“ (kood 3126)

„Alkoholarvitamise häirega patsiendi nõustamine“ (kood 3124)

„Alkoholarvitamise häirega teenuseid saava patsiendi lähedase nõustamine“ (kood 3125)

Mõju ravikindlustuse eelarvele on 4,83 mln eurot (sh varajane avastamine ja nõustamine 1,99 mln eurot ja raviteenus 2,84 mln eurot).

Diskussioon

Tõstatus küsimus suure eelarvemõju kohta – kas seda põhjustab pigem teenuse kõrge hind või teenuse saajate suur maht. Haigekassa selgitas, et mõju tuleb peamiselt kasutajate arvust, kuna prognoosis on arvestatud ka teenuse kättesaadavuse suurendamisega, et teenus ei oleks niivõrd keskuste ja suuremate linnade keskne, vaid kättesaadav üle Eesti. Samas toodi komisjoni poolt välja, et alkoholi liigtarvitamise tõttu tekkivad kogukulud ühiskonnale on oluliselt suuremad.

Tõstatus küsimus, miks osutatakse teenust alates 18. eluaastast, kui on teada, et probleem tekib sageli palju varasemas eas. Kooliõdedel on võimalik sellised lapsed varajases staadiumis kätte saada juba 14-15. aastast. Haigekassa selgitas, et ALVAL teenust saab osutada ka koolitervishoiu lepinguga ja seal vanuselist piirangut ei ole. Tõstatus küsimus, kuhu liigub see laps siis, kui kooliõde on probleemi tuvastanud. Haigekassa selgitas, et laste puhul ei ole selget teekorda veel välja töötatud, kuna TAI koolitustest on hetkel puudu (kuid tulevikus lisamisel) laste ja noorte nõustamise osa. Kui see lisandub, on võimalik edasine protsess paika panna. Komisjoni poolt toodi välja, et alaealise lapse puhul on kooliõde kohustus teavitada probleemist lapse vanemat, mistõttu on vajalik lapsevanemate suunaline kommunikatsioon, et alkoholarvitamise teema on kooliõdede pädevuses.

Sooviti täpsustust, kas teenus tuleb TAI-st üle koos rahalise ressursiga või tuleb kate leida ravikindlustuse eelarvest. Haigekassa selgitas, et kuna TAI rahastus tuli sotsiaaltoetuste fondidest, siis teenus koos rahalise ressursiga üle ei tule. Lisaks tõstatus küsimus arveldamise kohta ehk kas selles osas raviasutuste jaoks midagi muutub. Haigekassa selgitas, et ka seni käisid arved läbi haigekassa, mistõttu raviasutuste jaoks selles osas midagi ei muutu.

Tõstatus küsimus komisjonile esitatud memos välja toodud juhtumikorralduse teenuse eest koefitsiendiga tasumise kohta. Haigekassa selgitas, et see põhimõte muutus ja koefitsiendi alusel tasumine ei ole enam plaanis. Selle asemel lisab iga raviasutus juhtumikorralduse teenuse arvele vastavalt tegelikule patsientide arvule. Haigekassa selgitas lisaks, et juhtumikorralduse teenuse eest makstakse ühe patsiendi kohta üks kord kuus, kui patsient on selle kuu jooksul saanud vähemalt ühe alkoholarvitamise häire raviteenuse.

Tekkis arutelu, et kui teenuse nimetuses on „avastamine“ ja „nõustamine“, kas siis nende teenuste puhul on õige kasutada sõna „sekkumine“. Lisaks tekkis arutelu, kas kõnealuseid teenuseid võiks rahastada alkoholiaktsiisist.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis info teadmiseks ja oli ettepanekutega nõus.

3. Erialade vaheline e-konsultatsioon

Haigekassa tegi teemast ülevaate. 2013. aastal loodi perearstidele võimalus tervise infosüsteemi vahendusel konsulteerida eriarstidega patsiendi diagnoosi täpsustamiseks ning ravi määramiseks ehk loodi e-konsultatsiooni teenus (hetkel võimalik 32 erialal). E-konsultatsiooni teenuse raames perearsti ja eriarsti vahel on tekkinud vajadus ka eriarstil konsulteerida teise eriala spetsialistiga. 2021. aasta 1. jaanuarist kuni 2023. aasta 1. jaanuarini lisati erialade vaheline e-konsultatsioon tervise infosüsteemi

vahendusel (kood 3029) tervishoiuteenuste loetelu 11. peatükki „Juhtprojektid tervishoiusüsteemi arendamiseks“.

Erialade vahelise e-konsultatsiooni teenuse eesmärk on tagada patsientide kvaliteetne ravi ja optimaalne liikumine ning ressursikasutus haiglates. Erialade vahelise e-konsultatsiooni tulemusena on patsiendi ravikäsitlus sujuvam ning patsiendi tervisejälgimine terviklikum. Kahe aasta jooksul on tehtud 1123 erialade vahelist e-konsultatsiooni (2021. aastal 220 ja 2022. aastal 903). Kõige enam e-konsultatsioone koostanud erialad on neuroloogia, ortopeedia, neurokirurgia, gastroenteroloogia, endokrinoloogia ja uroloogia. Kõige enam e-konsultatsiooni saatekirju koostanud asutused on AS Arstikeskus Confido, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla, SA Ida-Tallinna Keskhaigla, SA Ida-Viru Keskhaigla ja SA Hiiumaa Haigla. Kõige enam erialade vahelisi e-konsultatsioone vastanud asutused on SA Tartu Ülikooli Kliinikum, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla ja SA Ida-Tallinna Keskhaigla.

Tänaseks on enamik raviastutusi, kes soovivad e-konsultatsiooni saatekirju koostada, endale vastava IT-arenduse hankinud. Erialade vahelise e-konsultatsiooni nõuete väljatöötamise aluseks on perearst-eriarst e-konsultatsiooni nõuded. Erialade vahelise e-konsultatsiooni puhul on ambulatoorne (sh päevaravi) e-konsultatsioon võimalik nii raviastutuse siseselt kui raviastutuste vahel. Statsionaarsel ravil on see võimalik vaid raviastutuste vahel (raviastutuse siseselt mitte). Sama eriala siseselt on e-konsultatsioon lubatud juhul, kui tegemist on eriala spetsiifilise pädevusega (nt kardioloog küsib konsultatsiooni rütmoloogilt). E-konsultatsiooni ei saa rakendada erakorraliste patsientide puhul ja korralduslike küsimuste lahendamiseks.

Haigekassa teeb ettepaneku rakendada erialade vaheline e-konsultatsioon (kood 3029) tervishoiuteenuste loetelus tavateenusena.

Diskussioon

Toodi välja, et teenus on kasulik ja juba mitmes kohas toimiv ning ennast õigustanud, aga kindlasti võtab teenuse juurutamine ja arendamine veel aega. Leiti, et lahendus aitab kulusid tarbetute visiitide arvelt kokku hoida. Lisaks toodi välja, et praktikas on teatud juhtudel siiski vajalik kasutada e-konsultatsiooni ka korralduslike küsimuste lahendamiseks (kui patsient on vaja saada tema ravi osas rajale tagasi). Toodi välja raviastutuste teavitamise olulisus, et sellist võimalust saab kasutada.

Tõstatus küsimus, kas teenusele lisatakse ka rakendustingimused. Haigekassa selgitas, et erialade vahelise e-konsultatsiooni nõuded lähevad sarnaselt seniste e-konsultatsiooni teenustega metoodika määruse lisasse.

Sooviti täpsustust, kas erialasiselt saab lisapädevusega arstilt küsida e-konsultatsiooni ka sama raviastutuse sees. Haigekassa kinnitas, et ambulatoorses ravis saab nii raviastutuse siseselt kui ka raviastutuste vahel küsida e-konsultatsiooni erialasiselt lisapädevusega arstilt.

Toodi välja vajadus eriarstidel küsida e-konsultatsiooni radioloogidelt kõige otstarbekama uuringu väljaselgitamiseks (arvestades sh nt patsiendi kiirguskoormuse küsimust). Haigekassa selgitas, et radioloogidega on juba pikemat aega käinud läbirääkimised e-konsultatsiooni vajalikkuse osas – osa radiolooge näevad vajadust ja osa mitte ning need arutelud jätkuvad.

Leiti, et tegemist on väga olulise teenusega nii raviastutuste kui ka patsientide vaatest.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis info teadmiseks ja toetas teenuse liikumist loetelus tavateenusena.

4. Muudatused esmatasandil al 01.01.2023

Haigekassa tegi ülevaate, millised muudatused tehakse tervishoiuteenuste loetelus alates jaanuarist 2023. a:

- tagatakse 0-nimistuga tööd alustavale meeskonnale (arst ja õde) töötasu kate kuni 1200-se nimistu kasvatamiseni või kuni ühe aasta täitumiseni 0-nimistu moodustamisest, samuti uuringufondi maht. See motiveerib ja lihtsustab alustavatel perearstidel oma nimistuga tööle hakkamist;

- lisatakse juurde gripivaktsineerimise sihtrühm 60-64 a (ettepanek immunoprofülaktika komisjonist);
- lisatakse põhimõtted tervisekeskuse kvaliteediindikaatorite hindamiseks;
- lisatakse alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenus (päevakorras eraldi punktina);
- ortodontias nüüdisajastatakse teenuste hindasid;
- lisatakse kaks uut teenust õenduses (juhtprojektide hulka), mis on vajalikud projekti tegevuste jätkamiseks üld- ja erihooldekodudes:
 - suuõõne hindamine õendusteenusel läbi videokonsultatsiooni;
 - suusisese skänneri lisamine.

Tervisekeskuste kvaliteediindikaatorid.

Eestis on praegu 60 esmatasandi tervisekeskust, mis haldavad 340 nimistut. Tervisekeskus on hetkel rahastusmudel/-vorm (eraldi tervisekeskuse lepingut ei ole). Tervisekeskus on ühtses taristus, vähemalt kolme nimistuga, teenindab vähemalt 4500 isikut ja olemas on tugiteenused (ämmaemand, füsioterapeut, koduõde). Esmatasandi tervisekeskustele kehtivad nõuded rahastuse taotlemisel, samas puuduvad kokkuleppelised tervisekeskuste kvaliteediindikaatorid.

Põhiline väljakutse on see, et tervisekeskused on väga erinevad (erinev nimistute arv, üks vs mitu juriidilist isikut, juhtimine, meeskond, ennetustöö jne). Projekti eesmärk on välja töötada esmatasandi tervisekeskuse kvaliteediindikaatorid ja need on rakendamiseks valmis 2023. aastal. Tegevused: välisriikide praktika kaardistus, infomaterjalide läbitöötamine, kokkulepete tegemine, mida tuleks paremaks muuta, indikaatorite väljatöötamine (haigekassa + Eesti Perearstide Selts (EPS)). Lepiti kokku, et eraldi perearstide kvaliteedisüsteemi sarnast süsteemi ei looda. EPS-i ettepanek oli läheneda läbi auditeerimise süsteemi: kriteeriumid saavad auditeerimise küsimustiku osaks (millele peab vastama ka üksikpraksis). Muudatus alates 2024. aastast: hakatakse auditeerima tervisekeskust tervikuna ja tulemus arvutatakse kõige madalama tulemuse saanud tervishoiuteenuse osutaja järgi (vastavad täiendused viiakse metoodika määrusesse).

Ortodontia teenuste hindade nüüdisajastamine.

1. jaan 2023. a muudatused puudutavad laboriteenustega seotud teenuste hindasid (esialgu 6 laboris valmistatavat ortodontia vahendit, nüüdisajastamine jätkub aprillis). Hindade muutmise lisakulu on ligi 26 000 eurot.

Suuõõne hindamine õendusteenusel läbi videokonsultatsiooni ja suusisese skänneri lisamine.

Hoolekandeaasutustes on üle 20 000 inimese, kellest osal on suuõõne olukord väga kehv ja ravimata. Hooldekodu õendusteenuse hulka ei kuulu hetkel suuõõne olukorra ja suuhügieeni jälgimine ja sellele järgnevad tegevused. Selleks, et olukord paraneks, on vaja teenust, mis toetab erivajadusega hooldekodus olevate inimeste hambaravi haiglatiingimustes ja samas ei jooksuta inimest asjata. Projekti eesmärk on luua toimiv teenus üld- ja erihooldekodus elavate inimeste suutervise tagamiseks ja hambahaiguste ennetuseks ning suuõõne seisukorra eelhindamiseks, kasutades selleks kaasaegseid tehnoloogilisi vahendeid. Pilotprojekt aitab tõsta õendusteenuse osutajate ja hambaarstide vahelist koostööd ja suurendab teadlikkust mõlema eriala kohta. Protsess: õendusteenuse osutaja broneerib hambaarstile hambaarsti vastuvõtu haiglaravi tingimustes (teenus on loetelus juba olemas), toimub videovastuvõtt läbi vastava instrumendi, hambaarst saab teha suuõõne olukorra eelhindamise, hambaarst annab soovitusi edasiseks raviks.

Loetellu lisatakse uued teenused (esialgu juhtprojektide peatükki):

„Suuõõne hindamine õendusteenusel läbi videokonsultatsiooni“ (kood 3191), hind 30,76 eurot, patsiente aastas ca 5000, lisakulu 153 800 eurot;

„Suusisene skänner koos otsikutega“ (kood 3192), hind 1000 eurot, 10-le juhtprojektis nimetatud lepingupartnerile, lisakulu 10 000 eurot.

Teenuse tulemusena hinnatakse hoolekodus oleva patsiendi suuõõne olukord hoolekandeesutuses kohapeal. Hoolekodu teenindav personal saab rohkem teadlikuks oma patsientide hammaste olukorrast ja saab patsiendi vajadusel suunata haiglatingimustes hambaravile. Patsientidel on tagatud korras suuõõs koos tervete hammastega.

Diskussioon

Tõstatus küsimus, kuidas arvestatakse tervisekeskuse auditeerimise tulemusi juhul, kui tervisekeskuse moodustab üks juriidiline isik, kuna ka nimistud saavad erinevaid tulemusi. Haigekassa selgitas, et plaanitud muudatus ei puuduta perearstide kvaliteedisüsteemi (vaktsineerimised, laste läbivaatused, erialased pädevused jne) ja nimistupõhist hindamist. Antud muudatus puudutab EPS-i poolt läbiviidavat auditeerimist (auditeerimise küsimustiku baasilt), kus tervisekeskust hinnatakse ühtsena olenemata sellest, mitmest juriidilisest isikust see koosneb. Näiteks hinnatakse registratuuri töökohta jne.

Leiti, et tegemist on hea lähenemisega, kuna suurendab õdede ja arstide vahelist koostööd ühes tervisekeskuses. Toodi välja, et tervisekeskuste loomisega käis kaasas ootus, et see annab lisandväärtust, kuid see ei ole igal juhul nii läinud – koostöö ei ole sujunud ja toimetatakse eraldiseisvalt ühe katuse all. Seega tuleb püüda seda sünergia tekitada kohtades, kus see vabatahtlikult tekkinud ei ole.

Leiti, et on positiivne, et eakate suutervis on haigekassa fookuses. Tekkis küsimus, kas 2023. aastal on eesmärk hõlmata teenusega 5000 inimest kasutades kümnet öendusteenuse osutajat, kellel on vastav valmisolek olemas. Lisaks, kas teenuse hind sisaldab ka transpordikulu, kui spetsialist peab liikuma erinevate hoolekodude vahel. Haigekassa selgitas, et lootus on saada 2023. aastal kümme teenuseosutajat pilootprojekti, kes hakkaksid teenust osutama kas piirkondlikult või üle Eesti ning transpordikuluga on teenuse hinnas arvestatud.

Tõstati, et kuna teenusega on hõlmatud ka erihoolekodud, mida teenindavad üksikud öendusteenuse pakkujad, kas siis nemad on ka kõik kaasatud. Haigekassa selgitas, et juba senised katsetused on toimunud nii üld- kui ka erihoolekandeesutustes. Arvatavasti hakkab oluline osa patsientidest tulema just erihoolekandest, kus patsientide hambad on eriti halvas seisus, ning hooldusteenuse pakkujad on nende osas kaasatud. Täiendavalt tõi haigekassa välja, et erihoolekande puhul võib õe ressursi vajadus olla suurem, kuna kontakti saamine patsiendiga võtab rohkem aega. Seda saab hiljem tegeliku statistika pealt vaadata ja vajadusel teenuses korrigeerida.

Toodi välja, et keerulisemate erihoolekande patsientide puhul ei pruugi teenuse osutamine ilma narkoosita olla võimalik. Haigekassa nõustus, aga tõi välja, et selliste patsientide arv ei ole väga suur.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis info teadmiseks.

5. 2022. aastal menetluses olnud taotluste kokkuvõte

Haigekassa tegi ülevaate 2022. aastal komisjonis arutelul olnud taotlustest kahes lõikes: 1. taotlused, mida komisjon toetas, 2. taotlused, mis vajavad täiendavat täpsustamist. Komisjoni poolt mittetoetatud taotlusi 2022. aastal ei olnud.

Toetatud taotlused:

- Endoskoobipealse klipsi (OVESCO klipsi) asetamine (Eesti Gastrointestinaalse Endoskoopia Ühing) – plaan lisada klipsisüsteem lisavahendite loetellu;
- Sakraalne neuromodulatsioon fekaalinkontinentsi ravis (Tallinna Kirurgide Selts) – ICER õnnestus saada 40 000 euro juurde, kuna leiti uuring, kus raviefekt QALY-des oli suurem, plaan lisada loetellu nelja teenusena (proovikomplekt ja püsikomplekt ning mõlema paigaldamise teenus);
- Stressinkontinentsi ravi polüakrüülamiid hüdrogeeliga (Eesti Naistearstide Selts) – plaan lisada hüdrogeel lisavahendite loetellu;

- Peajaararterite embolisatsiooni vältimise seade (Eesti Kardioloogide Selts) – plaan lisada seade lisavahendite loetellu tingimusega, et kasutatakse koos TAVI protseduuriga;
- Soolise ebakõlaga patsiendi arstliku ekspertiisikomisjoni konsiilium (AEK) (Eesti Psühhiaatrite Selts) – plaan panna loetellu konsiiliumipõhine hind, mis katab nii koosoleku ettevalmistuse, kohtumise isikuga kui ka järeltöö ja kogu asjaajamise (arvestusega keskmiselt 6 inimest ühes konsiiliumis) kulud;
- Rinnavähi koe geeniekspressioonanalüüs adjuvantse keemiaravi raviotsuseks (Eesti Onkoterapia Ühing) – testi hinnaläbirääkimiste tulemusel on maaletooja valmis hinda langetama, mis kõigi eelduste täitumisel tähendaks säästu, kuid ca 200 eurot/test suurune eksimisruum on arvutustes sees;
- Pehme kudede laserkoagulatsioon operatsioonitoas (Eesti Lastekirurgide Selts) – olemasolevad neli pehme kudede laserteenuse koodi asendatakse kahega (lühem teenus väiksemate lokaliseerimiste arvuga vs kombineeritud meetod kahe laseriga või siis üle viie lokaliseerimise). Sama loogikaga lisatakse operatsioonide peatükki eraldi kaks laste teenust - lastearstide argumentid on, et nad vajavad operatsioonivalgustust ja -lauda, samuti soojendusmadratsit, et lastele teenust narkoosis osutada. Lisaks ütlevad nad, et nende aparaat on kasutusel ~170 korda aastas, mis tähendab ühe kasutuskorra kohta ~60-70 eurot amortisatsioonikulu ja nad kinnitavad, et seda aparaati muuks ei kasutata;
- Suukaudsed täisväärtuslikud ja modulaarsed toitmisravi preparaadid (oral nutritional supplements) (Eesti Kliinilise Toitmise Selts) – lahendatud läbi kliinilise toitmisravi päevakorrapunkti, preparaadid lisanduvad loetellu piiratud sihtrühmale;
- Toitumisterapeudi nõustamine pärilike haiguste korral eriarsti suunamisel (Eesti Meditsiinigeneetika Selts) - lahendatud läbi kliinilise toitmisravi päevakorrapunkti, teenused lisanduvad loetellu (nõustamine ja konsiilium), järgmises etapis on plaanis konsiiliumiteenused loetelu üleselt ühtlustada;
- Kõnni- ja vertikaliseerimise tehnoloogia taastusravis (Eesti Taastusarstide Selts) – lisatud loetellu juba 01.04.2022;
- Ülajäsemete funktsiooni taastamist toetavad vahendid (Eesti Taastusarstide Selts) – lisatud loetellu juba 01.04.2022.

Täpsustamist vajavad taotlused:

- Alalõualigese unilateraalne endoprotees (Eesti Näo-lõualuudekirurgia Selts, Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts, Eesti Ortopeedia Selts) – komisjoni ettepanek tükeldada taotlus seltside vahel vastavalt erinevatele paikmetele ja esitada eraldi taotlused;
- Grupiloovertaapia (Eesti Loovertaapiate Ühing, Eesti Muusikateraapia Ühing, Eesti Psühhiaatrite Selts) – komisjon soovis kitsendatud sihtrühma, mis teraapiad teenuse alla kuuluvad, kes on teenuse osutaja (kutsestandardi küsimus), kuid seni pole vajalikku infot õnnestunud kätte saada, taotleja soovi korral jätkub menetlus järgmisel aastal;
- Individuaalne loovteraapia (Eesti Loovertaapiate Ühing, Eesti Muusikateraapia Ühing, Eesti Psühhiaatrite Selts) – komisjon soovis kitsendatud sihtrühma, mis teraapiad teenuse alla kuuluvad, kes on teenuse osutaja (kutsestandardi küsimus), kuid seni pole vajalikku infot õnnestunud kätte saada, taotleja soovi korral jätkub menetlus järgmisel aastal;
- Fotodünaamiline teraapia verteporfiiniga (Eesti Oftalmoloogide Selts) – haiglaravimite komisjoni arvamus: liiga palju teadmatust - väga selget raviefekti ei ole ühelgi näidustusel, majandusanalüüsi ei ole esitatud, on suur risk, et ravimi hind kõigub suurtes piirides (tuuakse maale müügilooma ravimit ja kunagi ei tea, mis hinnaga seda on võimalik saada), seetõttu taotlust uuesti TTL komisjoni ei toodud;
- Anaalmanomeetria (Tallinna Kirurgide Selts) – komisjon andis suunised tellida eksperthinnang ning koostada kulutõhususe ja eelarvemõju hinnang.

Infona ka 2021. aastast täpsustamist ootavad taotlused, mis 2022. aastal uuesti komisjon ei tulnud:

- PD-L1 biomarkeri määramine VENTANA SP142 klooniga (Eesti Patoloogide Selts);

- Immunohistokeemiline uuring - ALK biomarkeri määramine VENTANA D5F3 klooniga (Eesti Patoloogide Selts);
 - Immunohistokeemiline uuring - PD-L1 ekspressiooni määramine (Eesti Patoloogide Selts).
- Hetkel ei ole loetelus ühtki ravimit, mis vajaks testi, mida loetelu kaudu ei rahastata, lisaks ootavad järgmisel aastal toimuvat laborimediitsiini eriala nüüdisajastamist;
- Geeninõustaja vastuvõtt (Eesti Meditsiinigeneetika Selts) – ootab tervishoiupoliitilisi otsuseid, mistõttu ei ole menetlus edasi liikunud.

Lisaks täpsustas haigekassa, et käesoleval aastal ei ole vajalik komisjonipoolne taotluste prioriseerimine, kuna haigekassa juhatus on taotluste lisakuludega tutvunud ja suure tõenäosusega ei ole vaja eelarvemõju tõttu prioriteetsushinnangu alusel ühtki taotlust välja jätta.

Diskussioon

Tehti ettepanek vaadata uuesti üle verteporfiini taotlus hoolimata haiglaravimite komisjoni hinnangust, kuna peamine huvitatud osapool on patsient. Lepiti kokku, et haigekassa saadab komisjoni esimehele ja sisemediitsiini erialade nõunikule verteprofiini taotluse materjalid, kes vaatavad need uuesti üle, vajadusel suheldes silmaarstidega ning võimalusel tuues taotlus uuesti komisjoni arutelule.

Tõstatus küsimus, kas taotlejaga sai kokku lepitud sakraalse neuromodulatsiooni teenuse täpsem nimetus, mille vajadusele komisjon varasemalt on viidanud. Haigekassa selgitas, et teenuse nimetusena lepiti kokku lumbo-sakraalnärvide elektrilise modulatsiooni komplekt, mis oli ka komisjoni hinnangul parem nimetus.

Toodi välja tähelepanek, et taotluste maht on sel aastal vähenenud, mis võib olla põhjustatud sellest, et enne taotluse esitamist mõeldakse põhjalikumalt läbi, kas teenus on esitamiseks valmis. Seda tõestab ka see, et komisjoni poolt mittetoetatud taotlusi ei ole sel aastal praktiliselt üldse. Taotluste kvaliteet on tõusnud.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis info teadmiseks.