

## Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

19.04.2023

Algus kell 14.00, lõpp kell 15.27

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Kristi Rekand (Eesti Puuetega Inimeste Koda)  
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)  
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)  
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)  
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)  
Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)  
Timo Täht (Terviseamet)  
Tiina Sats (Tervisekassa)  
Le Vallikivi (Eesti Perearstide Selts)

Kirjalik arvamus: Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)  
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

Puudusid: Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)  
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)

Kutsutud: Malle Avarsoo (Tervisekassa)  
Karen Kirss (Tervisekassa)  
Kadi Reintam (Sotsiaalministeerium)

Protokollija: Kadri Popilenkov (Tervisekassa)

### Päevakord:

#### 1. Taotluste arutelu

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1549	Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)
1558	Toitumisterapeudi individuaalkonsultatsioon
1553	Gestatsioondiabeedi nõustamine (ämmaemand)
1554	Vastsündinu ja imiku toitmisnõustamine
1555	Vaimse tervise nõustamine perinataalperioodis

#### 2. Eriõe pilootprojekti ülevaade

#### 3. Muud teemad

## 1. Taotluste arutelu

### Taotlus nr 1549 – Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Füsioterapeutide Liit, Eesti Taastusarstide Selts

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärk on loetelus olemasoleva teenuse „Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)“ (kood 7050) osutamise laiendamine erakorralise meditsiini valdkonnas kergema triaazikategooriaga stabiilse üldseisundiga trauma patsientidele (nt pehmekoe vigastused, isoleeritud jäsemete või nende osade luumurrud ja dislokatsioonid, valu) koos füsioteraapia teenuse kandmisega erakorralise meditsiini osakonna (EMO) raviarsti arvele. Füsioterapeut aitab kaasa traumajärgsete tüsistuste ennetamisele, nõustades konservatiivsete ravimeetodite, traumajärgselt iseseisva toimetuleku, liikumisabivahendite ja sobivate kehaliste harjutuste osas. Eesmärk on tänu akuutses faasis füsioterapeudi teenusele jõudmisele ravikvaliteedi tõstmine, patsiendi ja personali rahulolu tõstmine ning potentsiaalselt esmatasandi tervishoiu koormuse vähendamine.

Taotluse alusel võib füsioteraapia teenuse lisandumine EMO-s vähendada patsientide viibimise aega osakonnas, tõsta patsientide rahulolu, personali rahulolu (läbi teenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse kasvu). Efekt tuleb välja peamiselt siis, kui füsioterapeut töötab esmase (iseseisva) vastuvõtjana ning paralleelselt nii iseseisva kui teisese (arsti suunamisel) vastuvõtjana EMO-s.

Teenuse vajadus on taotluse andmetel ca 1800 teenust aastas.

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

Taotleja soovib füsioteraapia individuaalse teenuse laiendamist EMOsse. Füsioterapeut aitab kaasa traumajärgsete tüsistuste ennetamisele, nõustades konservatiivsete ravimeetodite, traumajärgselt iseseisva toimetuleku, liikumisabivahendite ja sobivate kehaliste harjutuste osas. Tänu akuutses faasis füsioterapeudi teenusele jõudmisele paraneb ravikvaliteet, patsiendi ja personali rahulolu ja potentsiaalselt väheneb esmatasandi tervishoiu koormus. Teenust pakutakse kergema triaazikategooriaga stabiilse üldseisundiga trauma patsientidele, nt pehmekoe vigastused, luumurrud, dislokatsioonid, valu. Teenuse lisandumine EMO-s võib vähendada patsientide viibimise aega osakonnas, tõsta patsientide rahulolu, personali rahulolu (läbi teenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse kasvu). Efekt tuleb välja peamiselt siis, kui füsioterapeut töötab esmase (iseseisva) vastuvõtjana ning paralleelselt nii iseseisva kui teisese (arsti suunamisel) vastuvõtjana EMO-s.

Teenuse vajadus: 1600-1700 patsienti, 1800-1900 teenust aastas. Teenuse hind 15,6 eurot. Suureneb tööjõu vajadus.

FT roll EMOs on uus ja tõendus selle kasust ja efektiivsusest piiratud.

Uuringud.

1. Alkhouri, et al 2019 prospektiivne jälgimisuuring (n=19 EMO Austraalias), milles hinnati füsioterapeudi iseseisva vastuvõtu mõju luu- ja lihaskonna vigastusega patsientide teenuse kvaliteedile, külastusajale, patsiendi ja EMO töörühma rahulolule. FT töökogemus EMOs oli keskmiselt 9 a. FT konsulteeris pehmete kudede vigastuse, dislokatsiooni, perifeerse fraktuuri, seljavalu korral. Raskemad juhud uuringus ei osalenud. Leiti, et võrreldes tavaraviga lühenes füsioterapeudi esmase kontakti korral EMO külastusaeg oluliselt (108 minutit), ooteaeg ravini 10 minutit, aeg esimese analgeesia 18 min. Juhul kui füsioterapeudi konsultatsioon järgnes arsti omale (teisene kontakt), külastusaeg pikenes. FT esmase kontaktiga kaasnes patsiendi ja EMO töötajate rahulolu kasv, 95% konsulteeritud patsientidest jäid teenusega rahule, said soovitud aru ja nende küsimustele vastamise aeg oli piisav. Toodi palju erinevaid võrdlusi, osad erinevused olid statistiliselt olulised, kuid statistiline analüüs oli raskesti jälgitav. Patsiendi rahulolu FTga võrreldes õe või arstiga oli läbivalt oluliselt kõrgem, kuid küsimused olid valdavalt FT kesksed, näit milliseid harjutusi ma kodus tegema pean. Tõendus nõrk.

2. Juneja, et al 2019 juhuanalüüs FT rollist EMOs kahe Taani haigla näitel. Mõlemas haiglas kaasati füsioterapeudid EMO meeskonda ootuses, et tõuseb patsiendi rahulolu, arstidel jääb enam aega keerulisematele juhtumitele ning kiiremini kirjutatakse osakonnast välja patsiendid, kes vajasid vaid kõnnitreeningut või valuravi. Lisaks assisteerisid FTd meeskonda liigeste repondeerimisel ja kipsi paigaldamisel. Leiti, et füsioterapeudid koostöös erakorralise ravi tiimiga võivad tõsta erakorralise meditsiini teenuse kvaliteeti ja taset. Mõlema Taani haigla näitel on EMOs alustatud füsioterapeudi kui teise vastuvõtjaga ning liigunud füsioterapeudi iseseisva vastuvõtu poole. Tõendus väga nõrk.

Ravijuhiseid toodud ei ole. Kokkuvõttes on tõendus FT rollist EMOs nõrk, kuid võib eeldada, et teenus suurendab patsiendi rahulolu. Oluline on eristada esmast ja teisest vastuvõttu.

### **Diskussioon**

Toodi välja, et teenuse rakendamise seoses on rahulolu kasv patsiendi vaatest väga tõenäoline ja ka oluline, eriti arvestades personaliresursi puudust EMO-des. Samas tõstatus küsimus, kas füsioterapeute on piisavalt, et neid EMO-desse suunata ning samas mujalt ära võtta. Tekib küsimus, kas see muudatus annab tervikuna lisandväärtust.

Toodi välja võimalus, et teenuse pakkumisel EMO-s võib juhtuda, et hakatakse nõ ära kasutama võimalust saada füsioteraapia/taastusravi teenust EMO kaudu kiiremini. Muudatus võib seega senisest veelgi enam suurendada rohelise triaazikategooria patsientide mahtu EMO-s. Toodi välja, et füsioteraapiasse saab praegu patsiendi suunata nii EMO-st kui ka perearsti kaudu ning füsioterapeut ei pea ilmtingimata olema EMO-s kohapeal.

Leiti, et ole mõeldav, et füsioterapeut on EMO-s olemas 24/7, mistõttu tekib olukord, kus teatud juhtudel on teenus tagatud ja teatud juhtudel mitte. Väiksemate EMO-de puhul on füsioterapeut suure osa ajast vastava vajadusega patsientide ootel. Leiti, et on arusaamatu, mis probleemi täpsemalt soovitakse lahendada. Arutleti, kas asi võib olla ka erinevate riikide erinevas EMO süsteemis. Taotluses toodud näited olid Austraalia ja Taani kohta. Võimalik, et probleem on seotud pigem süsteemidega, kus EMO järjekorrad on väga pikad ja süsteem väga ülekoormatud ning soovitakse leida sellele lahendusi. Eesti kontekstis on raske aru saada, mis on muudatusest tulenev kasu.

Toodi välja, et tõenäoliselt on peamine eesmärk võimalikult varane füsioterapeudi sekkumine ja patsiendi kiirem taastumine. Pakuti välja küsida taotlejalt täpsustust muudatuse eesmärgi kohta ja kas oleks võimalik hinnata ka arstide ja õdede töökoormuse vähenemist sellest muudatusest tulenevalt.

Leiti, et oleks vaja ka erakorralise meditsiini arstidega läbi arutada, millisenä näevad nemad füsioterapeudi rolli EMO-s (hetkel EMO arste taotluse esitajate hulgas ei ole). Tegu on korraldusliku küsimusega ja teises etapis võiks kaasata ka Eesti Haiglate Liidu (leiti, et arvamus on võimalik saada ka läbi komisjoni).

Lisaks toodi välja, et EMO rahastus käib läbi valmisolekutasu, mis tähendab, et kogu EMO personalikulu on tasusse sisse arvestatud. Tekib küsimus, kuidas oleks füsioterapeut EMO-s rahastatud, kui ta on osa ajast sobivate patsientide ootel ja mujal teda rakendada ei ole võimalik.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku küsida taotluse kohta täiendav arvamus Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsilt – milline on nägemus füsioterapeutide kaasamise vajaduse ja rolli osas EMO-s. Lisaks täpsustada taotluse esitajaga, kas muudatuse rakendamiseks on piisavalt füsioterapeutide ressursi. Pärast täpsustusi tuua taotlus uuesti komisjoni.

### **Taotlus nr 1558 – Toitumisterapeudi individuaalkonsultatsioon**

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Toitumisteraapia Assotsiatsioon

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärk on uue teenuse „Toitumisterapeudi individuaalkonsultatsioon“ lisamine tervishoiuteenuste loetellu. Taotluses on toodud, et toitumismustri tervislikuks muutmine aitab märkimisväärselt leevendada tänapäeval üha rohkem levinud terviseprobleeme. Toitumisteraapia teenuse rakendamine aitaks tervishoius parandada tervist kõigi krooniliste nn elustiilihaiguste puhul, ennetada paljusid haiguseid ja bariaatrilist kirurgiat ning parandada klientide elukvaliteeti haigusseisundite puhul, millel on tõendus põhisel abi toitumisteraapiast. Teenust taotletakse rakendamiseks nii esmatasandi meditsiinis kui vajadusel hospitaliseeritud patsientidele (näiteks haiglast väljakirjutamise eelselt või teatud osakondades).

Toitumisterapeut on koolitatud andma klientidele tervisliku, toitainete mõttes tasakaalus toitumise soovitusi kaalu langetamiseks ja tänapäevaste nn elustiilihaiguste ennetamiseks. Toitumisterapeut ei lähtu kaalulangetamisel ainult kaloraažist, vaid tasakaalustab kliendi menüüd ning aitab muuta selle toitaineterikkaks. Selline toitumine on jätkusuutlik ja tagab kaalu langetamise tervislikult ja tasakaalustatult toitudes.

Taotluse alusel on toitumisterapeudi teenus näidustatud järgmistel juhtudel:

- metaboolne sündroom;
- seedeelundkonnaga seotud terviseprobleemid;
- bariaatriline kirurgia;
- neerupuudulikkus;
- podagra;
- vaimse tervisega seotud terviseprobleemid (sh autismspektri häire, depressioon, tähelepanupuudulikkus ja käitumishäire, aga ka skisofreenia);
- migreen;
- söömishäired;
- alatoitumus;
- toiduallergiad ja -talumatused (sh tsöliaakia jt);
- erinevad enesepiiratud välistamisdieetid;
- epilepsia;
- toitumisterapeudi nõustamine pärilike haiguste korral eriarsti suunamisel (toitumisterapeut töötab geneetikute meeskonnas ja vajab spetsiaalset lisaväljaõpet).

Toitumisterapeudi poolt antavad tervislikud tasakaalustatud toitumisnõuanded on taotluse alusel lisaks ülal nimetatutele kasulikud ka hormonaalsete probleemide, autoimmuunsuse jt immuunsusega seotud terviseprobleemide korral.

Toitumisterapeut on kõrgharidusega toitumisteraapia täiendkoolituse läbinud isik. Eestis tegutsevad toitumisterapeutid toitumisterapeudi kutsestandardi (tase 6) alusel. Eestis tegutses 2022. a lõpus u 60 koolitatud toitumisterapeuti.

**Sotsiaalministeerium** tegi lisaks kokkuvõtte käimasolevast Kantar Emori uuringust „Toitumisnõustamise integreerimine esmatasandi tervishoiusüsteemi“, mille peamised eesmärgid on:

- kvaliteetse toitumisnõustamise teenuse pakkumine Eesti elanikele;
- töötada välja toitumisnõustamise paindlik ja terviklik mudel esmatasandil;
- hetkeolukorra kaardistus, eeldused ja vajadused, kitsaskohad;
- teiste riikide praktikad sarnase eesmärgi rakendamisel.

Käesolevaks hetkeks on saadud uuringu esimene vaheraport, kus on toodud välja kolme riigi praktikad, elanike ootuste kvantitatiivuuringu ja tervishoiutöötajate kvalitatiivuuringu esmased tulemused. Teist vaheraportit oodatakse juuni lõpuks, kus esitatakse uurimisülesande lõplikud tulemused ja mudeli ning kuluprognosi ülevaade. Lõppraport valmib augustis, kust edasi tuleb tulemuste tutvustamine ja arutelud mudeli rakendamise ja edasise tegevuskava osas. Tulemusena valmib toitumisnõustamise teenuse mudel, mida saab rakendada esmatasandi tervishoiusüsteemis.

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

Soovitakse toitumisteraapia (*nutrition therapy*) individuaalkonsultatsiooni (*nutrition intervention*) lisamist loetellu. Eesti Toitumisteraapia Assotsiatsioon ETTA on seisukohal, et meditsiinisüsteemis, sh perearsti praksises, peaksid tegutsema toitumisterapeutid, sest nende pädevusse kuulub haiguspuhune toitumishõustamine. Teenust osutatakse nii esmatasandi meditsiinis kui vajadusel hospitaliseeritud patsientidele (näiteks haiglast väljakirjutamise eelselt või teatud osakondades). Toitumisteraapia teenuse rakendamine esmatasandi tervishoius aitaks parandada tervist kõigi krooniliste nn elustiilihaiguste puhul, ennetada paljusid haigusi ja bariaatrilist kirurgiat ning parandada klientide elukvaliteeti haigusseisundite puhul, millel on tõenduspõhiselt abi toitumisteraapiast. Näidustused: metaboolne sündroom, SVH ennetus, seedeelundkonna probleemid (gastrit, haavandtõbi), diabeet, neerupuudulikkus, podagra, rasvumus, vaimse tervise probleemid (autism, depressioon, tähelepanuhäire, söömishäired), skisofreenia, migreen, alatoitumus, toiduallergia ja -alumatus (laktoositalumatus, tsöliaakia), epilepsia.

**Toitumisterapeut** (mujal ka dietoloog, dietist, dietologist, medical nutrition therapist, registered dietitian nutritionist) on kõrgharidusega toitumisteraapia täiendkoolituse läbinud isik, kes on koolitatud andma tõenduspõhiseid haiguspuhuseid toitumisjuhiseid ravijuhistes ja erialaühingute poolt koostatud toitumisteraapia juhistes olevate toitumissoovituste alusel. Eestis tegutsevad toitumisterapeutid toitumisterapeudi kutsestandardi (tase 6) alusel. Meditsiinitöötaja saab töötada toitumisterapeudina vaid vastava koolituse läbimise järgselt või kui on omandanud toitumisterapeudi kutse. Toitumisteraapia Eestis hõlmab ka toitumishõustamist. **Toitumishõustaja** (dietary advice, dietary counselling, kutsestandardi tase 5) ei ole saanud koolitust haiguspuhuse toitumise osas, nende pädevuses on soovitada üksnes tervislikku tasakaalustatud toitumist. Toitumishõustajal ei ole kõrghariduse nõuet.

Hetkel koolitatakse toitumisterapeute eelneva kõrghariduse baasil kahes erakoolis (Tervisekool ja Rahvatervise Akadeemia), kus peetakse oluliseks eelneva toitumishõustajahariduse olemasolu. Toitumisteraapiaalast täiendkoolitust on andnud ka aastatel 2017-2021 Tartu Tervishoiu Kõrgkool meditsiinitöötajatele täiendkoolitusena ilma toitumishõustaja baashariduseta. Toitumishõustaja õpet pakub Eestis peale eelpoolnimetatud erakoolide ka Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledž tervisejuhi õppe osana. UK ja USA tegelevad toitumisterapeutid (nutritional therapist) on erineva väljaõppega ja neid käesolev taotlus ei käsitle.

Uuringud käsitlevad toitumisteraapia kui sekkumise efektiivsust erinevate haigusseisundite ravis. Samas ei ole täiesti selge, kes sekkumist läbi viib: üldjuhul on see registreeritud toitumisterapeut, mis ilmselt kaasab ka eeltoodud UK või USA toitumisterapeute.

1. Möller, et al 2016 süstemaatiline ülevaade ja metanalüüs (n=5 RCT, 912 patsienti) individuaalse toitumisteraapia (registered dietitian) efektiivsusest võrreldes toitumishõustamisega (dietary advice) arstidelt või õdedelt 2. tüüpi diabeediga haigetel. Hinnati glükoehemoglobiini, kaalu, KMI ja LDL-C taset 6-12 kuud pärast sekkumist. Leiti, et HbA1c langes 0,45%, KMI langes 0,55, kehakaal 2,1 kg, LDL 0,17 mmol/l (kõik stat olulised erinevused). Pikemaajalisi tulemusi ei leitud. Uuringute tõendatuse tase oli madal. Järeldati, et registreeritud toitumisterapeudi sekkumine on võrreldes arsti või õe nõustamisega efektiivsem, kuid kuna tõendatuse tase oli piiratud, on soovitatavad uued RCTd.
2. Rigby, et al 2016 SÜ (n=19 RCT, 5200 uuritavat) hindab käitumispsühholoogia mõju toitumisterapeudi töö efektiivsuses. 13 uuringus (68%) näidati psühholoogilise sekkumise efektiivsust eesmärkide saavutamisel, probleemide lahendamisel, enesejälgimisel ja tulemusnäitajate saavutamisel. Uuringute tõendatuse tase oli valdavalt madal, mistõttu soovitati läbi viia parema kvaliteediga uuringuid.
3. Mitchell, et al 2017 SÜ (n=26 RCT, 5500 isikut) dietoloogi (dietitian) individuaalkonsultatsiooni) efektiivsuse hindamisest täiskasvanutel ambulatoorses ravis. Dietoloog toetas täiskasvanud patsiente toitumisharjumuste muutmisel. 18 RCT näitasid statistiliselt olulisi erinevusi: paastuglühkoosi või glükoehemoglobiini tasemes (4 RCT), dieedi muutuses (4 RCT), kolesteroolitasemes (2 uuringut 8st), triglütseriidide tasemes (1 uuring 5st), kaalulangetusel. Vererõhu tasemes muutust ei näidatud. Järeldati, et dietoloogi konsultatsioon

võib olla efektiivne dieedi kvaliteedi parandamisel, diabeedi ennetusel, kaalu langetusel (nõrk-mõõdukas tõendus). Leiti nõrk tõendatus mõju osas kolesteroolile ja vererõhule. Soovitati uusi sekkumisuuringuid dietoloogi konsultatsiooni mõjust.

4. Sikand, et al 2018 metaanalüüs (n=34 RCT, 5700 uuritavat) meditsiinilise toitumisteraapia (registreeritud dietitian nutritionist) kasust düslipideemia ravis. Toitumisterapeudi korduvad kontaktkonsultatsioonid olid stat oluliselt efektiivsed LDL- ja üldkolesterooli taseme, triglütseriidide, paastuglükoosi, glükohemoglobiini ja KMI langetamisel. Täistekst ei olnud kättesaadav.
5. Ross, et al 2019 metaanalüüs (10 RCT, 1530 patsienti) dietoloogi konsultatsiooni (defineeritud kui üks kontaktkonsultatsioon) mõjust kolesteroolitasemele haigusrisiki vähendamiseks kõrge SVH riskiga isikutel. Võrreldi sekkumise puudumise või arsti/õe tavanõustamisega. 9 uuringus leiti üldkolesterooli ja LDL taseme alanemine, 5 uuringus näidati mõju triglütseriidide tasemele. Statistiline analüüs oli ebapiisav, p-väärtus toodi ära vaid 4 uuringus, kõigis <0,05. Metaanalüüsis selgus, et erinevus üldkolesterooli ja LDL osas puudus (p>0,05), triglütseriidide osas näidati stat olulist erinevust. Leiti, et kõrge SVH riskiga isikutel mõjutab dietoloogi konsultatsioon triglütseriidide taset ja muus osas on sama efektiivne kui tavapraktika. Uuringute kvaliteet hinnati madalaks.
6. McMaster, et al 2021 süstemaatiline analüüs (n=9 RCT) dieedisekkumise efektiivsusest söömishäirega (anorexia nervosa, buliimia, binge eating) täiskasvanutel. Leiti väga madala tõendatuse astmega uuringud, kus hinnati isoleeritud dieedisekkumise mõju kehakaalule, söömiskäitumisele, ja vaid 1 mõõduka tõendatuse tasemega uuring, kus dieedisekkumist kombineeriti psühholoogilise nõustamisega ja kus näidati stat olulist efektiivsust söömiskäitumise ja toidukordade arvu mõjutamisel. Järeldati, et tõendus dieedisekkumise efektiivsusest söömishäirega täiskasvanute ambulatoorses ravis on ebapiisav. Lisaks järeldati, et dieedisekkumist ei tuleks rakendada isoleeritult. Vajalikud on suuremad kõrgekvaliteedilised uuringud sekkumise rakendamiseks multidistsiplinaarse ravi osana.
7. Mohr, et al 2022 metaanalüüs (n=7 RCT, 840 patsienti) meditsiinilise toitumisravi efektiivsusest düslipideemia ravis täiskasvanutel. Sekkumist pakkusid registreeritud toitumisterapeudid (dietitian nutritionist või vastav rahvusvaheline ekvivalent), võrreldi tavaraviga või sekkumise puudumisega. Leiti, et sekkumine oli efektiivne: üldkolesterooli tase langes 0,5 mmol/l (stat ebaoluline), LDL 0,3 mmol/l (stat ebaoluline), triglütseriidid 0,36 mmol/l (stat oluline), vererõhk 8,8 mmHg (stat oluline). HDL-kolesterool ja diastoolne RR ei muutunud. Järeldati, et düslipideemia haigetel aitab dieedisekkumine kontrollida seerumi lipiidide taset ja süstoolset vererõhku. Tõendatuse tase mõõdukas-madal.

Ravijuhised annavad põhjaliku ülevaate erinevate dieetide efektiivsusest, osades soovitatakse ka dietoloogi konsultatsiooni. Näited:

1. Lichtenstein, et al 2021 American Heart Association juhised dieetravi kohta SVH ennetuses soovivad hoida kehakaalu normis, süüs piisavalt puu- ja juurvilja, valida täisteratooteid, taimset valku, kala ja mereande, vähese rasvasisaldusega piimatooteid, väikestes kogustes töötlemata liha, eelistada taimeõli, vähetöödeldud toiduaineid, vähendada lisatud suhkruga joogi ja söögi tarbimist, vähendada soolasisaldust toidus, mitte juua alkoholi. Dietoloogi konsultatsioonidest ei räägitud.
2. Raynor, et al 2016 US Academy of Nutrition and Dietetics positsioonidokument ülekaalu ja rasvumise ravist täiskasvanutel nimetab efektiivsete sekkumiste seas ka registreeritud dietitian nutritionist kaasamist multidistsiplinaarsesse meeskonda.

Dietoloogide organisatsioonide kodulehed annavad ülevaate nende töö sisust. Näide BDA (The Association of UK dietitians) kodulehelt (<https://www.bda.uk.com/about-dietetics/what-is-dietitian.html>): Toitumisterapeudid on kvalifitseeritud ja registreeritud tervishoiuspetsialistid, kes hindavad, diagnoosivad ja ravivad dieedi ja toitumisega seotud probleeme. Nad kasutavad oma töös teadusuuringute tulemusi, mille nad tõlgivad praktilisteks toitumis- ja tervisekäitumise nõuanneteks.

Oluline aspekt on toitumisterapeutide pädevuse hindamine ja litsentseerimine. Ainult Health & Care Professions Council (HCPC) poolt registreeritud toitumisterapeutid saavad kasutada toitumisterapeuti ametinimetust. HCPC on UK sõltumatu terviseamet, kes haldab toitumisterapeutide registrit ja rakendab kontrolli nende töö kvaliteedi üle (erialase taseme hindamine, atesteerimine).

Kokkuvõttes on tegemist sekkumisega, millel võib olla mõju teatud tervisenäitajate paranemisele erinevate haigusseisundite korral, kuid tõendus selle efektiivsuse kohta on piiratud. Kindlasti on vajalik pädevuse hindamise ja litsentseerimise süsteemi olemasolu.

### **Diskussioon**

Toodi välja, et haiguspuhune toitumishõustamine on vajalik, kuid väljendati kahtlust teenuse kvaliteedi tagamise ja kutsestandardi andmise kvaliteedi osas. Toitumisterapeutid ei ole registreeritud tervishoiutöötajate registris. Tõstatus küsimus, milline kõrgharidus peab olema, et taotleda kutsestandardit tase 6. Kui see ei pea olema meditsiinialane, on piisavate teadmiste olemasolu kaheldav. Haigete inimeste nõustamisel võib tulemus olla tervist kahjustav, kui toitumisterapeutil ei ole piisavalt teadmisi patsiendi diagnoosiga seotult. Komisjon leidis, et komisjoni roll on hinnata, kas praegune süsteem on piisav, mitte teha ettepanekuid, kuidas kutse andmine peaks olema korraldatud. Hetkel ei ole komisjonil kindlust ütlema, et süsteem on piisav ning ka taotluses ei olnud teenuse kvaliteedi tagamise kohta piisavalt informatsiooni. Vajalik on välja selgitada, kes kontrollib pädevuse andmist ja selle säilitamist. Leiti, et taotluse esitajalt oleks vaja saada täiendavat infot kutse andmise protseduuri ja nõuete kohta, et hinnata selle sobivust meditsiinisüsteemis.

Sotsiaalministeerium tegi ettepaneku tulla teemaga komisjoni tagasi pärast seda, kui käimasolev uuring on läbi viidud ja selle alusel mudel välja töötatud (eelduslikult võiks komisjon uuesti arutada 2024. a alguses, kuid see sõltub ka valmiva uuringu tulemustest). Komisjonil tekkis kahtlusi selles osas, et taotlus on esitatud haiguspuhuse toitumishõustamise jaoks toitumisterapeuti poolt, kui ministeeriumi tellitud analüüs keskendub rasvumisele ja pigem tervisliku toitumise nõuannete andmisele (toitumishõustaja tegevus), mis on taotluses esitatust lihtsam tegevus ja mõjutab tervishoidu vähem. Kuna toitumishõustaja ja toitumisterapeuti tegevus on erinev, siis leiti, et taotletavat teenust ja ministeeriumi uuringut ei ole suures osas võimalik kokku viia.

Patsientide esindaja tõi välja, et patsientide vaatest on teenus oluline (nt diabeetikutele on hetkel Eestis vaid 35 diabeediõde, kes praegu seda teenust osutavad), kuid vajalik on läbi mõelda, kes vastavat teenust osutama peaks.

Viidati suukaudsete preparaatide rahastamise küsimuse raames tellitud TTH raportile, mis käsitles ka laiemalt toitmisraviga seotud nõustamist ning leiti, et ka seda dokumenti tuleks Sotsiaalministeeriumi tellitud uuringus arvesse võtta. Seoses toitmisravi preparaatide rahastamisega on tervishoiuteenuste loetelus olemas ka toitmisravi konsultatsioonid, kus on tingimuseks, et arst, õde või toitumisterapeut peab olema läbinud kliinilise toitumise koolitused. Antud taotluse raames peaks konsulteerima ka Eesti Kliinilise Toitumise Seltsiga, kuna me räägime patsientidest, kellel on juba tekkinud terviseprobleem(id).

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku küsida taotlejalt, milline on toitumisterapeuti kutsestandardi andmise protseduur ja nõuded – sh nõutud baasharidus ja kuidas see suhestub vajadusse osata patsienti nõustada tema haigusest tulenevalt.

**Taotlus nr 1553 – Gestatsioonidiabeedi nõustamine (ämmaemand)**

**Taotlus nr 1554 – Vastsündinu ja imiku toitumishõustamine**

**Taotlus nr 1555 – Vaimse tervise nõustamine perinataalperioodis**

### **Taotluste kokkuvõte**

*Taotleja: Eesti Ämmaemandate Ühing*

### *Taotluste sisu:*

#### Taotlus 1553:

Taotletakse uue koodi lisamist tervishoiuteenuste loetellu gestatsioondiabeedi nõustamise teenuse osutamiseks. Hetkel kasutavad ämmaemandad gestatsioondiabeedi nõustamise visiitidel teenusekoode 3111, 3112, 3208 (peamiselt 3112 ja 3208). Ämmaemandad planeerivad gestatsioondiabeedi diagnoosiga (O24.4) naiste rasedusaegse jälgimise ning nõustavad GDM diagnoosiga dieetravil olevaid rasedaid iseseisvalt. Ravi vajavad patsiendid suunavad ämmaemandad arstile raviplaani koostamiseks ning nende patsientide jälgimine toimub arsti ja ämmaemanda koostöös. GDM nõustamist ei ole võimalik eristada teistest rasedusaegsetest visiitidest, sest kõik ämmaemanda vastuvõtnud kodeeritakse teenuskoodidega 3111, 3112 või 3208. Taotluse eesmärgiks on eristada GDM nõustamine ämmaemanda teistest (eeskätt raseduse jälgimise) visiitidest, sest see võimaldaks saada ülevaadet, millises mahus ämmaemandad GDM nõustamist teevad ning hinnata ämmaemandate väljaõppe vajadust, planeerida töökoormust ja töökorraldust.

#### Taotlus 1554:

Ämmaemandad kasutavad kontaktvastuvõttude kodeerimisel teenuskoode 3111 ja 3112, mis hõlmavad väga erinevaid tegevusi ja toiminguid, millest üks on imetamisnõustamine. Taotletakse vastsündinu ja imiku toitmisnõustamise teenuse eristamist, sest see võimaldaks koguda statistikat ja uurida, mil määral ja mahus teenust osutatakse, kuidas on tagatud teenuse kättesaadavus esmatasandil ja piirkondlikult ning teha väljaõppe ja töökoormuse alaseid otsuseid.

#### Taotlus 1555:

Taotletakse uue koodi lisamist tervishoiuteenuste loetellu vaimse tervise nõustamise perinataalperioodis teenuse osutamiseks. Taotluse eesmärk on eristada ämmaemandate pädevusse kuuluvad tegevused ja koguda statistikat ämmaemandate poolt osutatavate vaimse tervise nõustamise teenuste mahu kohta erinevatel tervishoiu tasanditel. Lisaks on vajalik eristada teenused ämmaemandusabiteenuste jätkusuutlikkuse tagamiseks, piisava ämmaemandate vajaduse prognoosimiseks, väljaõppe ja töökoormuse alaste otsuste tegemiseks. Kasutusel oleva koodiga 3111 „Ämmaemanda vastuvõtt (60 min)“ tähistatud ämmaemandusabiteenus ei võimalda seda eesmärki saavutada. Lisaks, kuna patsiendikäsitlus vaimse tervise nõustamisel on aeganõudev, siis teenuse ajaline kestus peaks taotleja hinnangul olema 1,5 tundi. Tervishoiuteenuste loetelus on hetkel olemas kood 3015 „Vaimse tervise õe vastuvõtt“, milles sisalduv psühhiaatriaõe ajaline ressurss on 60 minutit. Teenuse 3118 „Vaimse tervise õe vastuvõtt (alla 19-aastasele isikule)“ puhul on psühhiaatriaõe ajaline ressurss 90 minutit.

### **Tervisekassa arvamus**

#### Taotlus 1553

##### a) Taust

Taotletakse uue koodi lisamist tervishoiuteenuste loetellu gestatsioondiabeedi nõustamise teenuse osutamiseks. Hetkel kasutavad ämmaemandad gestatsioondiabeedi nõustamise visiitidel teenusekoode 3111, 3112, 3208 (peamiselt 3112 ja 3208). Ämmaemandad planeerivad gestatsioondiabeedi diagnoosiga (O24.4) naiste rasedusaegse jälgimise ning nõustavad GDM diagnoosiga dieetravil olevaid rasedaid iseseisvalt. Ravi vajavad patsiendid suunavad ämmaemandad arstile raviplaani koostamiseks ning nende patsientide jälgimine toimub arsti ja ämmaemanda koostöös. GDM nõustamist ei ole võimalik eristada teistest rasedusaegsetest visiitidest, sest kõik ämmaemanda vastuvõtnud kodeeritakse teenuskoodidega 3111, 3112 või 3208. Taotluse eesmärgiks on eristada GDM nõustamine ämmaemanda teistest (eeskätt raseduse jälgimise) visiitidest, sest see võimaldaks saada ülevaadet, millises mahus ämmaemandad GDM nõustamist teevad ning hinnata ämmaemandate väljaõppe vajadust, planeerida töökoormust ja töökorraldust.

##### b) Ettepanekud



Mitte lisada tervishoiuteenuste loetellu eraldi gestatsioondiabeedi nõustamise teenust, et tagada tervishoiuteenuste loetelu ühtlane käsitlus. Võimaldada väljaõppe vajaduse hindamiseks ning töökoormuse ja töökorralduse planeerimise jaoks muu viis, näiteks kindlaks määratud diagnoosikoodide märkimine hetkel kasutatavate teenuskoodide juurde.

#### Taotlus 1554

##### a) Taust

Ämmaemandad kasutavad kontaktvastuvõtude kodeerimisel teenuskoodi 3111 ja 3112, mis hõlmavad väga erinevaid tegevusi ja toiminguid, millest üks on imetamisnõustamine. Taotletakse vastsündinu ja imiku toitmisnõustamise teenuse eristamist, sest see võimaldaks koguda statistikat ja uurida, mil määral ja mahus teenust osutatakse, kuidas on tagatud teenuse kättesaadavus esmatasandil ja piirkondlikult ning teha väljaõppe ja töökoormuse alaseid otsuseid.

##### b) Ettepanekud

Mitte lisada tervishoiuteenuste loetellu eraldi vastsündinu ja imiku toitmisnõustamise teenust, et tagada tervishoiuteenuste loetelu ühtlane käsitlus. Võimaldada väljaõppe vajaduse hindamiseks ning töökoormuse ja töökorralduse planeerimise jaoks muu viis, näiteks kindlaks määratud diagnoosikoodide märkimine hetkel kasutatavate teenuskoodide juurde.

#### Taotlus 1555

##### a) Taust

Taotletakse uue koodi lisamist tervishoiuteenuste loetellu vaimse tervise nõustamise perinataalperioodis teenuse osutamiseks. Taotluse eesmärk on eristada ämmaemandate pädevusse kuuluvad tegevused ja koguda statistikat ämmaemandate poolt osutatavate vaimse tervise nõustamise teenuste mahu kohta erinevatel tervishoiu tasanditel. Lisaks on vajalik eristada teenused ämmaemandusabiteenuste jätkusuutlikkuse tagamiseks, piisava ämmaemandate vajaduse prognoosimiseks, väljaõppe ja töökoormuse alaste otsuste tegemiseks. Kasutusel oleva koodiga 3111 „Ämmaemanda vastuvõtt (60 min)“ tähistatud ämmaemandusabiteenus ei võimalda seda eesmärki saavutada. Lisaks, kuna patsiendikäsitlus vaimse tervise nõustamisel on aeganõudev, siis teenuse ajaline kestus peaks taotleja hinnangul olema 1,5 tundi.

Tervishoiuteenuste loetelus on hetkel olemas kood 3015 „Vaimse tervise õe vastuvõtt“, milles sisalduv psühhiaatriaõe ajaline ressurss on 60 minutit. Teenuse 3118 „Vaimse tervise õe vastuvõtt (alla 19-aastasele isikule)“ puhul on psühhiaatriaõe ajaline ressurss 90 minutit.

##### b) Ettepanekud

Kuivõrd vaimse tervise nõustamise perinataalperioodis eraldi teenusena taotlemise peamiseks eesmärgiks on statistika kogumine ja tervishoiu planeerimine ning arvestades asjaolu, et ka tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva teenuse „Vaimse tervise õe vastuvõtt“ (kood 3015) puhul on psühhiaatriaõe ajaline ressurss 60 minutit, mitte 90 minutit, on ettepanek eraldi vaimse tervise nõustamise perinataalperioodis teenust tervishoiuteenuste loetellu mitte lisada. Võimaldada väljaõppe vajaduse hindamiseks ning töökoormuse ja töökorralduse planeerimise jaoks muu viis, näiteks kindlaks määratud diagnoosikoodide märkimine hetkel kasutatavate teenuskoodide juurde.

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

Taotletakse uue koodi lisamist loetellu gestatsioondiabeedi nõustamise teenuse osutamiseks ämmaemanda poolt. See tuleks lisaks ämmaemanda tavanõustamise teenusele 3111 (ämmaemanda vastuvõtt 60 min, 3112 vastuvõtt 30 min, 3208 kaugvastuvõtt 30 min). Teenuse 3111 sisse kuulub muuhulgas ka gestatsioonidiabeedi nõustamine. Taotluse eesmärk on eristada GDM nõustamine ämmaemanda teistest (eeskätt raseduse jälgimise) visiitidest. See võimaldab saada ülevaadet, millises mahus ämmaemandad GDM nõustamist teevad ning hinnata ämmaemandate väljaõppe vajadust, planeerida töökoormust ja töökorraldust. GDM nõustamisega ämmaemanda poolt saab pakkuda patsientidele turvalist ja tänapäevast tervishoiuteenust.

Kuna vastav teenus juba toimub, ei ole tõenduse hindamine asjakohane. Pigem on küsimus, kas GD nõustamine eraldiseisva tervishoiuteenusena on põhjendatud. Peab arvestama, et on ka palju teisi haigusseisundeid, mis vajavad nõustamist, kuid igale seisundile ei ole mõttekas eraldiseisvat nõustamisteenust luua.

Ettepanek lähtuda Tervisekassa memost ja mitte lisada tervishoiuteenuste loetellu eraldi gestatsiooni diabeedi nõustamise teenust, et tagada tervishoiuteenuste loetelu ühtlane käsitlus. Võimaldada väljaõppe vajaduse hindamiseks ning töökoormuse ja töökorralduse planeerimise jaoks muu viis, näiteks kindlaks määratud diagnoosikoodide märkimine hetkel kasutatavate teenuskoodide juurde.

Uuringuid on vähe.

1. Behmoudi-Gandevani, et al 2021 süstemaatiline ülevaade (n=10 RCT, 7700 patsienti) kergekujulise GD ravi (dieedinõustamine, vajadusel insuliinravi) efektiivsusest võrreldes ravi puudumisega. Riskid vähenesid statistiliselt makrosoomiale (OR=0,3), suurele sünnikaalule (OR=0,4), öla düstookiale (OR=0,3), keisrilõikele (OR=0,8), preeklampsiale (OR=0,4) ja respiratoorsele distresssündroomile (OR=0,7). Samas ei vähenenud enneaegsuse, väikese sünnikaalu, sünnitrauma ja intensiivravi risk. Eraldiseisva ämmaemanda nõustamisteenuse mõju ei hinnatud. Tõendus tugev-mõõdukas.

## Diskussioon

Tervisekassa hinnangul ei annaks muudatused patsientide vaatest lisandväärtust, kuna kõik kirjeldatud tegevused on praeguste teenuste raames kaetud. Taotleja soov on tehtud tööd täpsemalt dokumenteerida ja selles tulenevalt planeerida, kuid statistika kogumiseks on ka muid võimalusi – nt kasutades diagnoosikoode või vajadusel luues statistilisi koode.

Komisjon leidis samuti, et statistika kogumiseks on adekvaatsemad võimalusi kui tervishoiuteenuste loetelu koodide juurde loomine. Sellisel juhul võiksid ka arstid ja õed soovida loetelu koode näiteks diagnoosipõhiselt hakata tükeldama. Eesmärk on pigem olnud sarnaseid teenuseid võimalikult palju kokku koondada (vajadusel kasutades hinna kujundamisel kaalutud keskmist hinda). Haiglate infosüsteemid on tänaseks piisavalt võimekad, et statistika eesmärgil infot kätte saada.

## Komisjoni arvamus

Komisjon ei toetanud eraldi teenuste lisamist loetellu.

## 2. Eriõe pilootprojekti ülevaade

Tervisekassa tegi eriõe pilootprojekti arengutest ülevaate. Esimene eriõe pilootprojekt lõppes märtsis 2022, mille järel komisjon toetas projektiga jätkamist piiratud erialadel defineerides eelnevalt piloodi sisu ja eesmärgid (sh mõõdetavad tulemused) ning tagades võrdlusgrupiga võrdlemise võimalused. Oktoobrist 2022. aastal lisati tervishoiuteenuste loetelu juhtprojektide hulka neli eriõe teenust: 3018 Eriõe vastuvõtt (45 min), 3019 Eriõe vastuvõtt (30 min), 3219 Eriõe kaugvastuvõtt ja 3231 Eriõe videovastuvõtt ning planeeritud on läbi viia eriõe teenuse jätkupiloot. Uue pilootprojekti eesmärgid on järgmised:

1. jõuda arusaamisele, millised võiksid olla eriõdede õigused (sh suunamised õigused, meditsiiniseadme kaardi väljastamine, töövoimetuslehe avamine jne) erinevatel raviteekondadel ja millised võiksid olla võimalikud töökorralduslikud muudatused (sh anda sisendit vastavasisuliselt määrusesse);
2. selgitada välja eriõdede rakendamiseks saadav kasu raviteekondadel.

Piloodis osalevad samad raviasutused, kes osalesid esimeses pilootprojekti. Võrreldes esimese eriõe pilootprojekti, lisandusid juhtprojekti järgmised erialad: 1) SA Tartu Ülikooli Kliinikum – oftamoloogia (katarakt), ortopeedia (endoproteesimine), endokrinoloogia (diabeet);

- 2) SA Lõuna-Eesti Haigla - kardioloogia (südamepuudulikkus);
- 3) AS Ida-Tallinna Keskhaigla – endokrinoloogia (I ja II tüüpi diabeet ja GDM), oftamoloogia (ealise maakuli degeneratsioon);
- 4) SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla – vasoloogia, haavaravi;
- 5) SA Viljandi Haigla – pulmonoloogia, sisehaigused.

Võrreldavuse tagamiseks on loodud kaks gruppi:

1. raviteekonnad (erialad) perioodil 6 kuu jooksul enne eriõe tööle asumist;
2. raviteekonnad (erialad) perioodil 6 kuu jooksul pärast eriõe tööle asumist.

### Mõõdikud

Kvalitatiivsed tulemusnäitajad on järgmised:

- 1) raviteekonnal olevate vastuvõttude sisu (arsti, õe ja eriõe vastuvõtu tegevuste kirjeldus),
- 2) patsiendi käsitluse standard (ja eriõe roll selles).

Kvantitatiivsed tulemusnäitajad on järgmised:

	<b>Kvantitatiivne tulemusnäitaja</b>	<b>Andmeallikas</b>	<b>Täpsustamise vajadus</b>
<b>Kvaliteet</b>	Erialaspetsiifilised (täpsustamisel)	TTO või Tervisekassa	Andmeallikas, Tervisekassa puhul diagnoosid.
	Patsiendi rahulolu (PREM)	küsimustik RedCap keskkonnas	Küsimustiku sisu
	Personali kogemus ja koostöö	küsimustik RedCap keskkonnas	Küsimustiku sisu
	Osakaal raviteekondadest, mille puhul toimub 30 päeva jooksul pärast esimest vastuvõttu või protseduuri: 1) EMO külastus, 2) rehospitalseerimine, 3) perearsti/pereõe vastuvõtt	Tervisekassa raviarvete andmebaas	Põhidiagnoosid, mis lähevad arvesse. Millest 30 päeva loetakse.
<b>Käite-saadavus</b>	Tegelik keskmine ooteaeg esimesele vastuvõtule	projektis osalevate haiglate andmebaasid	Kas aeg peegeldab õigeaegsust või standardit?
	Raviteekonna viimase ja esimese vastuvõtu vahe	Tervisekassa raviarvete andmebaas	Kas aeg peegeldab õigeaegsust või standardit?
<b>Efektiivsus</b>	Keskmine vastuvõtu kestus	projektis osalevad haiglad	Kas küsimus personali kogemuse ja koostöö küsimustikust?
	Keskmine vastuvõttude arv raviteekonna kohta	Tervisekassa raviarvete andmebaas	Raviteekonna kestus (30 päeva)? Lähevad arvesse sama leingueriala vastuvõttud?
	Raviteekonna maksumus	Tervisekassa raviarvete andmebaas	Raviteekonna kestus (30 päeva)? Lähevad arvesse sama leingueriala vastuvõttud?
	Vastuvõttude maksumus	Tervisekassa raviarvete andmebaas	Raviteekonna kestus (30 päeva)? Lähevad arvesse sama leingueriala vastuvõttud?

### Projekti aja- ja tegevuskava

Projekti periood ehk periood, millal piloteerivates haiglates toimub projekti tegevuste ellu viimine ning uutel erialadel vastavate juhtprojekti peatükis olevate eriõe teenuskoodide kasutamine, on juuni–november 2023. Pärast seda toimub kokkuvõtete tegemine ning 2024. aasta alguses saab juba rääkida järgmistest võimalikest sammudest.

### Projekti oodatav tulem

1. olemas on sisend õigusaktidesse ja õigusaktidesse on sisse viidud vajalikud muudatused;
2. eriõdede lisaõigused on rakendunud;
3. projekti erialadel on kokku lepitud patsiendi käsitluse standardid;

4. eriõe vastuvõtuteenuste lisamine tervishoiuteenuste loetelu põhiossa alates 01.04.2024.

### **Diskussioon**

Leiti, et teise pilootprojektiga liigutakse õiges suunas, kuna on esimese projektiga võrreldes oluliselt täpsem ja selgema eesmärgiga. Tõstatus küsimus, kas kvantitatiivsete tulemusnäitajate osas toimub vajalike täpsustuste tegemine projekti käigus või soovitakse selles osas komisjoni arvamust. Tervisekassa selgitas, et Tervisekassa teeb need täpsustused ise piloteerivate erialade ja raviastutustega (järgmine arutelu toimub 5. mail).

Toodi välja, et pereõdede puhul on eriõe ülesannete täitmine tänaseks igapäevane, mistõttu jääb arusaamatuks, miks esmatasand on pilootprojektist välja jäetud (tehtud on ka taotlus eriõe rakendamiseks esmatasandil). Tervisekassa selgitas, et pereõdede ja perearstide esindaja on olemas ka pilootprojekti juhtrühmas, kuid sealt ei ole tulnud ettepanekut pereõdede kaasamiseks pilootprojekti. Samas tekkis küsimus, et kui eriõe rakendamine esmatasandil täna juba töötab, kas seda on vaja üldse piloteerida. Kui kollektiivleping sätestab eriõele kõrgema töötasu al aprill 2024.a, siis rakendatakse seda ka esmatasandile. Paralleelina toodi vaimse tervise õed, kes tegutsevad eriõdedena juba aastaid ja nende osas täiendavat tõendust koguda ei ole vaja. Praeguse piloodi eesmärk on püüda eriõe teenus ka teistel erialadel, kus see hetkel veel ei ole standardiseeritud, ühtsetel põhimõtetel tööle panna.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetas pilootprojektiga jätkamist.

## **3. Muud teemad**

Tervisekassa informeeris komisjoni, et tervishoiuteenuste loetelu muutub ka 1. juulist 2023. Planeeritavad muudatused on järgmised:

1. eriarstiasis tõstetakse kollektiivlepingust tulenevalt täiendavalt üldkulusid;
2. TAI-st võetakse üle tuberkuloosi otseselt kontrollitava ravi rahastamine;
3. loetellu lisatakse COVID-19 voodipäevad, mida eelnevalt rahastati eraldise arvelt;
4. perearstiasis tõstetakse pearahasid;
5. perearstiasis tõstetakse kliiniline assistent eraldirahastatavaks teenuseks.

Koosoleku väliselt täiendab Tervisekassa järgmiste muudatuste osas:

1. innovatsioonifondist rahastatud riskipõhise ravijuhtimise teenused tõstetakse arendusprojektide peatükki;
2. võimaldatakse kooliõe juhendamist vaimse tervise õe poolt;
3. lastepsühhiaatria voodipäevale lisatakse tegevusjuhendaja/noorsootõtaja ressurss, mida tasuti eelnevalt Tallinna Lastehaiglate eraldi lepingu alusel (SoM-lt üle võetud teenus).

Sooviti täpsustust, kas juuli muudatuste hulgas on ka valmisolekutasude ülevaatamine seoses kollektiivlepingust tuleneva valve üleandmise aja rahastamisega. Tervisekassa selgitas, et sellist muudatust hinnamudelisse viidud ei ole ja seda ei ole hetkel ka Eesti Haiglate Liiduga arutatud.