

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Microsoft Teams videokonverents

19.06.2024

Algus kell 14.00, lõpp kell 15.56

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Monica Kirspuu-Uik (Eesti Haiglate Liit)
Kristi Rekand (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)
Liis Kruus (Tervisekassa)
Katrín Roosipuu (Terviseamet)

Kirjalik arvamus:

Heli Paluste (Sotsiaalministeerium)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

Puudusid: Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)

Kutsutud: Kristin Kuusk (Tervisekassa)
Elina Määrsepp (Tervisekassa)
Malle Avarsoo (Tervisekassa)
Mariliis Pöld (Tartu Ülikooli tervisetehnoloogiate hindamise keskuse vanemmajandusanalüütik)
Katrín Lutsar (Tartu Ülikooli tervisetehnoloogiate hindamise keskuse vanemmajandusanalüütik)

Protokollija: Merje Metsoja (Tervisekassa)

Päevakord:

1. Taotluste arutelu:

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1492	Grupiloovteraapia
1493	Individuaalne loovteraapia
1590	Operatsiooniaegne neurofüsioloogiline monitooring
1619	Lisatasu tervisekeskuses töötava täistööajaga õe või vaimse tervise õe eest
1620	Lisatasu tervisekeskuses töötava täistööajaga kliinilise psühholoogi ja tervishoiu tugispetsialisti eest
1627	Psühholoog-nõustaja vastuvõtt eriarsti suunamisel
1628	Vaimse tervise õe vastuvõtt

2. Innovatsioonitoetuse protsessi ja tervishoiuteenuse loetelu komisjoni protsesside ühildamine näidisprojektide konkursi näitel

1. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1492 – Grupiloovteraapia

Taotlus nr 1493 – Individuaalne loovteraapia

Taotlused on olnud varasemalt TTL komisjoni arutelul 26.01.2022

Taotluste kokkuvõte

Taotleja: Eesti Loovteraapiate Ühing

Taotluste sisu: Taotluste eesmärk on lisada uued teenused „Grupiloovteraapia“ ja „Individuaalne loovteraapia“ tervishoiuteenuste loetellu. Loovteraapiat defineeritakse kui loovus- ja loomingupõhiste meetodite ja tehnikate psühhoterapeutilist rakendamist tervist toetava muutuse ja heaolu soodustamiseks vastava erialase ettevalmistuse saanud spetsialisti (loovterapeudi) poolt. Eestis on kutsestandardiga (Loovterapeut, tase 7) reguleeritud kolm loovteraapia spetsialiseerumist: muusikateraapia, kunstiteraapia ning tantsu- ja liikumisteraapia. Loovteraapia tunnuseks on loomingulise komponendi lisamine verbaalsele, mis teeb selle ravimeetodi eriti oluliseks sellistel juhtudel, kus verbaalne eneseväljendus on takistatud või mitte soovitud. Loovteraapiat on võimalik osutada nii psühhoterapeutilise kui ka vajadusel rekreatiivse, funktsionaalse või palliatiivse sekkumisena. Loovteraapia on maailmas psühhiaatrias laialt kasutusel nii laste täiskasvanute kui eakatega. Loovteraapiat saab rakendada individuaalselt või grupiga.

Grupiloovteraapia sobib psüühikahäirete integratiivravi komponendiks ja on leidnud rakendamist ka psühhiaatrilises esmaabis. Grupiloovteraapia on eelistatud kui ravieesmärk sisaldab sotsialiseerumist ja kommunikatsiooni arendamist. Grupiloovteraapia võib olla kombineeritud individuaalse loovteraapiaga personaalsete teemade põhjalikumaks läbitöötamiseks.

Individuaalne loovteraapia võimaldab fookuseeritud tähelepanu patsiendi seisundile, vaimsest tervisest lähtuvatele vajadustele ja spetsiifilistele ravieesmärkidele. Üks-ühele teraapia sobib patsiendile, kes vajab rahulikku ja turvalist keskkonda usaldussuhte tekkimiseks ja kellele sobib oma teemadega edasi liikuda omas tempos. Individuaalteraapia võib olla ka sissejuhatuseks või järgneda rühmateraapiale või toimuda paralleelselt rühmateraapiaga personaalsete teemade põhjalikumaks loominguliseks läbitöötamiseks.

Tervistehnoloogiate hindamise (TTH) raporti kokkuvõte

Komisjoni ettepanekul tellis Tervisekassa Tartu Ülikoolilt TTH raporti, mille kokkuvõte on välja toodud järgnevalt. Loovteraapiad on psühhoterapeutilises sekkumises rakendatavad tõendus põhised loovus- ja kunstipõhised meetodid ja tehnikad. Loovteraapia täiendab vaimse tervise häirete ravi, kirjanduse andmetel on see potentsiaalselt tervisekasu suurendav ja kulutõhus teenus. Loovteraapiate hulka kuuluvad kunstiteraapia, muusikateraapia, tantsu- ja liikumisteraapia ning draamateraapia. Loovteraapiaid võidakse läbi viia individuaalse või rühmateenusena. Raportis käsitleti kunsti-, muusika- ning tantsu- ja liikumisteraapiat psüühikahäirete ravis kuni 19-aastastel lastel ja noorukitel. Eesti ja rahvusvahelistes ravijuhendites loovteraapiate rakendamist laste ja noorukite psüühikahäirete ravis ei käsitleta. Teadusuuringuid loovteraapia rakendamise kohta laste ja noorukite psüühikahäirete ravis on vähe. Enim on uuritud muusikateraapia rakendamist, sihtrühmana on enim kaasatud autismispektri häirega lapsi. Väga madala kvaliteediga tõendusele tuginedes saab öelda, et muusikateraapia võib

autismispektri häirega lastel olla efektiivne suhtlusoskuste arendamisel. Avaldatud uuringute põhjal on tõendus kunstiteraapia ning tantsu- ja liikumisteraapia tervisekasust ebapiisav. Loovteraapiate kulutõhusust käsitleva teaduskirjanduse hulk on väga piiratud: süstemaatilise teaduskirjanduse otsingu tulemusena leiti vaid üks kunstiteraapia ning üks tantsu- ja liikumisteraapia kulutõhusust hinnanud uuring. Rühma kunstiteraapia kulutõhusust on võrreldud mittepühhooviliste vaimse tervise häirete ravis ravi puudumise ja psühhodünaamilise rühmateraapiaga. Ravi puudumisega võrreldes andis rühma kunstiteraapia suuremate kulude juures rohkem kvaliteetseid eluaastaid. Kuna täiendkulu tõhususe määr oli väiksem kui kulutõhususe piirmäär, leiti uuringus, et võrreldes ravi puudumisega on rühma kunstiteraapia kulutõhus. Võrreldes psühhodünaamilise rühmateraapiaga võimaldas rühma kunstiteraapia suuremate kuludega saavutada vähem kvaliteetseid eluaastaid, seega oli kunstiteraapia psühhodünaamilise teraapiaga võrreldes domineeritud. Rühma tantsuteraapiat internaliseeritud probleemidega teismelistel ravi puudumisega võrrelnud uuringus leiti, et tantsuteraapia on seotud suuremate kulude ja pikema kvaliteetse elueaga. Rühma tantsuteraapia hinnati uuringus kulutõhusaks, kuna täiendkulu tõhususe määr jäi alla kulutõhususe piirmäära. Muusikateraapia kulutõhusust käsitlevaid uuringuid ei leitud. Tõendus loovteraapiate tervisekasu kohta on ebapiisav ja madala kvaliteediga, mistõttu ei tehtud Eesti oludele vastavat kulutõhususe ja eelarvemõju analüüsi.

Diskussioon

Tartu Ülikooli vanemmajandusanalüütik Mariliis Põld esitles komisjoni koosolekul tervisetehnoloogiate hindamise raportit TTH69 „Loovteraapiad laste ja noorukite psüühikahäirete ravis“. Ekspert täiendas, et rohkem leiti loovteraapiate teadusuuringuid, mis käsitlesid rühmateraapiaid. Kokkuvõttes saadi teada, et tegemist on teenusega, millel on nõrk tõendatuse tase, autismispektriga lastele võib olla loovteraapia kasutamine efektiivne, kuid kõikidele vaimse tervise probleemidega lastele ja noorukitele seda määrata ei saa. Täiskasvanud patsientide loovteraapia kasutamist ei uuritud, kuna seda otsustati taotluste eelnevas arutelus, et TTH raporti sihtrühma on mõistlik kitsendada ja uurida loovteraapiaid laste ja noorukite näitel.

Komisjonis tõstati probleem, et kliiniliste psühholoogide ressursid vaimse tervise häiretega patsientide ravimiseks on piiratud ja psühhiaatrilise abi kättesaadavus võib ajas väheneda. Komisjon lisis, et uuringute tulemused on ootuspärased, tõendust pole piisavalt ega tule ajas juurde, arvestades metodoloogilisi raskusi. Tegemist on madala tõenduse tasemega sekkumisega ja on õigustatud küsimus, kas taotletav teenus peaks olema tervishoiu aktiivravitasemel. Mitteaktiivravi meetodite toimivust tuleks hinnata aktiivravi etapis (statsionaaris või ambulatoorselt), et oleks olemas piisavalt nõuandeid ja andmeid, mida anda madalama taseme toetajatele ja rehabilitatsioonile. Kui taotluseid arutati eelmisel korral, siis leiti, et teenuse toetamisel pigem lisada grupiloovteraapia ambulatoorse teenusena ja piirata kasutamist statsionaaris, kuna grupi- ja individuaalse loovteraapia käsitletud statsionaaris ja ambulatooriumis on erinevad. Autismispektrit arvesse võttes on tegemist elukestva seisundiga, sealjuures pole vahet, kas patsient on laps või täiskasvanud, sest käitumismuster ja vajadused ei erine märkimisväärselt. Toodi veel välja, et kui arvestada aspekti, et arstide ressursid on piiratud ja kui kasutada madalama intensiivsusega sekkumisi/alternatiivseid teenuseid, siis on taotletava teenuse toetamine kaalumist väärt. Arvestades asjaolu, et loovteraapiad on hetkel Eestis kasutusel. Uue teenuse loetellu lisamise kriteeriumeid vaadates peab teenusel olema tõendatud ja reaalne tulem, kasu ja efektiivsus, kuid taotletavate teenuste puhul on tõendus ebapiisav, et loetellu lisada. Lisati, et tõenäoliselt on loovteraapiatel efektiivsus ja tulemusnäitajad olemas ka tervetel inimestel, kuid seda ei saa tõestada.

Komisjonis tekkis arutelu madala tõendusega teenuste hindamise üle, kus komisjonil on raske anda teenusele heakskiitu Tervisekassa rahastuseks. Ebapiisava tõendusega teenusele ei saa anda samade kriteeriumite alusel hinnangut. Tervisekassa tõi välja, et Sotsiaalministeeriumil on ettevalmistamisel eelnõu madala intensiivsusega sekkumiste hindamiseks ja rahastamiseks. Aasta lõpus on plaan

tutvustada komisjonile sekkumist, mida osutatakse MTÜ Peaasjade poolt ja mida hinnatakse käesoleval aastal Tervise Arengu Instituudi juures koguneva ennetuse teadusnõukogu poolt. Plaan on tutvustada kas ja mis võimalused on sedalaadi vähese tõendusega sekkumiste hindamiseks ja toetamiseks. Komisjon tõi veel välja, et teatud juhtudel võib antud sekkumine (loovteraapia) aidata ja järjest liigutakse sinna suunas, kus arstide ressursi puudumisel otsitakse alternatiive. Näitena toodi esmatasandi arengukava, kus meditsiinist on liigutud muudele sekkumistele ja on laiendatud võimalusi abi kättesaamiseks.

Komisjon täpsustas, et kuigi loovteraapia on Eestis kasutusel, siis need teenused pole Tervisekassa hinnakirjas ja praktikas tegelevad loovteraapiaga napi väljaõppe saanud tegevusjuhendajad. Kuid kui teenust ei lisata loetellu, siis ei saa ka asutused seda endale lubada. Lisati veel, et hetkel on ambulatoorne loovteraapia kogukonna teenusena olemas ja seda on võimalus rahastada KOV eelarvest.

Komisjoni arvamus

Komisjon ootab Sotsiaalministeeriumi ettepanekut madala intensiivsusega sekkumiste hindamise ja rahastuse osas, kuid antud hetkel komisjon ei toeta taotlust olemasoleva info põhjal.

Taotlus nr 1590 – Operatsiooniaegne neurofüsioloogiline monitooring

Taotlus on olnud varasemalt TTL komisjoni arutelul 14.02.2024 ja 22.05.2024

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Kõrva-Nina-Kurguarstide ja Pea- ja Kaelakirurgide Selts, Eesti Kirurgilise Onkoloogia Ühing

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva teenuse „Operatsiooniaegne neurofüsioloogiline monitooring (ONM)“ (kood 6265) kasutusnäidustusi laiendada kilpnäärme ja söögitoru operatsioonidele ning operatsioonidele, mis vajavad perifeersete närvide vabastamist ümbritsevast koest. Operatsiooniaegse neurofüsioloogilise monitooringu teostamise eesmärgiks on vältida operatsiooniväljas paiknevate närvide vigastamist. Monitooring võimaldab vähendada operatsioonist tingitud tüsistuste arvu ja sellega tagada paljudele patsientidele parem elukvaliteet.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus on olnud arutelul kahel korral. Tegemist vähese tõendatud efektiivsusega, kuid praktilises kasutuses oleva areneva meetodiga, mida kasutatakse kilpnäärme, ja kõrvalkilpnäärme operatsioonidel. Meetod on kasutusel ka teistel operatsioonidel (parootis, söögitoru, lülisambakirurgia ja seljaaju operatsioonid (skolioosi või küfoosi korrigeerimine, seljaaju dekompressioon, spina bifida, tuumori, tsüsti või aneurüsmi resektsioon), aju ja ajutüve kirurgia (tuumor, aneurüsm), stereotaktiline kirurgia, aordi aneurüsmi kirurgia, tserebrovaskulaarne kirurgia (intrakraniaalsed aneurüsmid, interventsionaalne neuroradioloogia), vaagnapõhja murru kirurgia, aordi koarktatsioon, lumbosakraalse plexuse kirurgia, perifeersete närvide kirurgia, karotiidendarerektoomia, kuid antud taotlus ja hindamine piirdub kilpnäärme operatsioonidega. Ravijuhendites ei ole veel kohta leidnud, aga tehnilisi juhiseid on välja antud. Kuluefektiivsust on raske hinnata, kuna meetodist lisanduv tervisekasu on väike (närvivigastuse absoluutne risk võrreldes visualiseerimisega <1%). Teenuse hind 363 eurot, mis prognoositava mahu (400 teenust aastas) juures ning arvestades ka tüsistuste vältimisest tulenevat kulude kokkuhoidu, annab prognoositavaks aastaseks lisakuluks ca 135 000 eurot.

Maikuu koosolekul selget otsust ei sündinud, kuna lisakasu on äärmiselt väike (närvikahjustuse absoluutne risk erinevus metaanalüüsis umbes 1%) ja kuluefektiivsus teada ei ole. Paluti neurofüsioloogide ekspertarvamust sh täpsustavaid andmeid aparatuuri kohta. Neurofüsioloogid toetavad taotlust, kuid tõendust efektiivsuse kohta ei lisa. TÜKis ja PERHis on kättesaadav intraoperatiivset neurofüsioloogi tugi.

Ebapiisavate andmete tõttu tehtud ka täiendav tõenduse kiirülevaade. Leitud kaks uut metaanalüüsi.

1. Cirocci, et al 2019 Cochrane süstemaatiline ülevaade ja metaanalüüs (n=5 RCT, 1560 patsienti) üleneva kõrinärvi kahjustuse vältimise kohta kilpnäärme kirurgias võrreldes närvi visualiseerimisega. Keskmine vanus 42-52 aastat, keskmine jälgimisaeg 6-12 kuud. Analüüsis ei leitud IONM erinevust visuaalsest avastamisest üleneva kõrinärvi kahjustuse osas nii lühiaegselt (RR 0.62, 95% CI 0.35 - 1.08; p = 0.09; 4 RCT; 2895 riskinärvi; väga madala kvaliteediga tõendus) ega pikemaajaliselt (RR 0.77, 95% CI 0.33 - 1.77; p = 0.54; 4 RCT; 2895 riskinärvi; väga madala kvaliteediga tõendus). Üheski uuringus ei hinnatud elukvaliteeti. Operatsiooniaeg oli võrreldav (keskmine erinevus 5,5 minutit, 95% CI -0.7 to 11.8; p = 0.08; 3 RCT; 1251 uuritavat; väga madala kvaliteediga tõendus). Järeldati, et hetkel puudub piisav tõendus IONM paremuse või halvemuse kohta võrreldes närvi visualiseerimisega. Vajalikud suured heakvaliteetsed RCTd, kus on kasutatud uusimat tehnoloogiat.
2. Davey, et al 2022 Am J Surg süstemaatiline ülevaade ja metaanalüüs (n=8 RCT, 2520 patsienti, 4980 riskinärvi) intraoperatiivse üleneva kõrinärvi monitooringu efektiivsusest võrreldes visualiseerimisega türeoidektoomial. Üleneva kõrinärvi kahjustuse risk oli statistiliselt ebaoluliselt suurem visualiseerimisel (Visualis: 3.2% (80/2497) vs. IONM: 2.3% (58/2480), OR: 0.72, 95% CI: 0.51-1.02, p = 0.060, I² = 9%), pikaajalisi kahjustusi oli statistiliselt ebaoluliselt rohkem visualiseerimise rühmas (Visualis: 0.6%, (12/2497) vs. IONM: 0.5%, (12/2480), OR: 0.76, 95% CI: 0.36-1.59, p = 0.470, I² = 0%). Järeldati, et võrreldes närvi visualiseerimisega ei vähendanud IONM statistiliselt oluliselt üleneva kõrinärvi kahjustust türeoidektoomial. Metaanalüüsi kvaliteet hea.

Kokkuvõttes kinnitus esialgne arvamus, et türeoidektoomial ei ole IONM efektiivsem kui üleneva kõrinärvi visualiseerimine, kõrinärvi kahjustuse absoluutne erinevus alla 1% (statistiliselt ebaoluline). Efektiivsuse puudumisel ei ole mõtet hinnata kuluefektiivsust. Teiste operatsioonide kohta tuleks teha eraldiseisvad hindamised.

Diskussioon

Teadusuuringutest selgus, et kilpnäärme operatsioonidel ei ole neuromonitooringu kasutamine efektiivsem kui üleneva kõrinärvi visualiseerimine. Eelmisel komisjoni koosolekul neuromonitooringu taotluse arutelul otsustati küsida lisaarvamust neurofüsioloogidelt, kes andsid enda toetava hinnangu teenuse kasutamiseks, kuid tõendust juurde ei lisatud. Ükski uuring pole näidanud neuromonitooringu kasutamisel kliinilist efekti kilpnäärme operatsioonidel. Neuromonitooringu kasutamise eesmärk on operatsioonidel erinev: (a) kui seda kasutatakse kilpnäärme operatsioonidel närvide monitooringuks, siis see annab minimaalse efekti; (b) kui seda kasutatakse suuremahulistel operatsioonidel, kus närvi otsimine on keeruline, siis lisakasu on suurem ja monitooringu kasutamine on põhjendatud. Praegu on TTL-is koodi 6265 piirhinna sees sarnane väljund olemas ja seda ka kasutatakse, kuid see on näidustatud teistele suuremahulistele operatsioonidele (kuhu on kaasatud neurofüsioloog ja operatsiooni pikkuseks võib olla 6h), millel on ka tõendus tervisekasule olemas. Koodi 6265 rakendustingimused on järgnevad: koodiga 6265 tähistatud tervishoiuteenuse piirhind sisaldab ka elektrokortikograafia uuringu kulusid. Tervisekassa võtab koodiga 6265 tähistatud tervishoiuteenuse eest tasu maksmise kohustuse üle juhul, kui uuring on tehtud intraoperatiivse monitooringu (IOM) aparatuuriga järgmistel juhtudel: 1) ortopeedilised lülisamba korrektsioonoperatsioonid; 2) neurokirurgilised operatsioonid; 3) torakoabdominaalse aordi aneurüsmi reseksioon.

Kui tõendust pole, siis ei saa seda komisjoni põhimõtetest lähtuvalt toetada. Neuromonitooringu kasutamine võib olla kilpnäärme operatsioonidel efektiivne, muidu kirurgid seda ei taotleks, kuid antud hetkel pole piisavalt tõendust. Probleemkohaks on patsiendi vaatest teenuse mittetoetamise põhjendamine, kui eksperthinnangud on olnud toetavad ja arstid kasutavad seda eeldatavasti eesmärgipäraselt. Lisati, et mõnel juhul kasutatakse seadmeid ka siis, kui sekkumine pole näidustatud ja kui kood on loetelus olemas, siis võidakse võtta masin operatsiooni ajal kasutusele, isegi kui see pole põhjendatud. Teaduskirjandusest leiti, et kilpnäärme operatsioonide puhul neurofüsioloogilise monitooringu kasutamise ja üleneva kõrinärvi visualiseerimise erinevuseks saadi 1%. Et tõestada neuromonitooringu efektiivsust kilpnäärme operatsioonidel, on statistiliselt olulise erinevuse saamiseks tarvis väga suurt valimit. Kuid kliinilist kasu ei saa uuringutest rohkem juurde, tõendus on tagasihoidlik ja pealegi võib QALY hind tulla väga kõrge. Toodi ka välja, et ei saa väita, et tõendust üldse pole, tõendus näitab, et neuromonitooringu kasutamine kilpnäärme operatsioonidel pole efektiivne. Statistiliselt olulise erinevuse võib saada, kuid see pole kliiniliselt oluline. Tervishoiusüsteem on mõeldud lisakasu tootma, kuid kahjuks kasutatakse tervishoiu palju ebaefektiivseid sekkumisi. Mõned teenused võivad tunduda efektiivsed, näiteks mõned sõeluuringud, kuid mida pole rahastatud, kuna uuringutest selgus, et need vähendavad küll veidi suremust, kuid kõrvaltoimed kaaluvad üles väikese suremuse kasu, seega see ei too see sekkumine lisakasu rahvastikus. Tõenduspõhise meditsiini erinevus klassikalise traditsioonilise meditsiiniga võrreldes on see, et tõenduspõhise meditsiini puhul tehakse suured teadusuuringud, kus uuritakse sekkumise tervisekasu, kliinilist efektiivsust ja hinnatakse sekkumise kulu. Ka patsientide vaates on oluline, et tehakse uuringuid tervisekasu välja selgitamiseks.

Komisjoni ettepanek on pigem mitte lisada seda teenust loetellu eraldi koodiga, vaid vaadata üle operatsioonide tüübid, mille puhul on närvide monitooringu kasutamine põhjendatud ja lisada see täiendava hinnakomponendina. Sel juhul saab see olema tavapraktika operatsioonide ajal, kus seadme kasutamine on näidustatud. Hetkel on teada, et kilpnäärme ja kõrvalkilpnäärme operatsioonidel on neuromonitooringu kasutamine ebaefektiivne. Parootise ja söögitoru operatsioonidel võib olla neuromonitooring efektiivne, kuid see vajab eraldi hindamist.

Komisjoni arvamus

Komisjon otsustas, et olemasoleva info põhjal ei saa toetada kõrinärvi operatsioonidel operatsiooniaegse neurofüsioloogilise monitooringu lisamist loetellu. Komisjon tegi erialaseltsidele ettepaneku, kui on selliseid operatsioone, kus võiks ONM-i kasutada, siis erialaseltsid võiks esitada Tervisekassale selle kohta taotluse.

Taotlus nr 1619 – Lisatasu tervisekeskuses töötava täistööajaga õe või vaimse tervise õe eest

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: MTÜ Eesti Perearstide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on muuta olemasoleva tervishoiuteenuse „Lisatasu tervisekeskuses töötava täistööajaga õe eest“ (kood 3084) sõnastust järgnevalt „Täiskohaga õde ja/või vaimse tervise õde“.

Taotlus nr 1620 – Lisatasu tervisekeskuses töötava täistööajaga kliinilise psühholoogi ja tervishoiu tugispetsialisti eest

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: MTÜ Eesti Perearstide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on muuta olemasoleva tervishoiuteenuse „Lisatasu tervisekeskuses töötava täistööajaga kliinilise psühholoogi ja tervishoiu tugispetsialisti eest“ (kood 3184) sõnastust, et võimaldada esmatasandi tervisekeskuses taotleda lisatasu täistööajaga kliinilisele psühholoogile ja/või tervishoiu tugispetsialistile ning laiendada tugispetsialistide loetelu psühholoog-nõustajaga.

Taotlus nr 1627 – Psühholoog-nõustaja vastuvõtt eriarsti suunamisel

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Esmatasandi Tervisekeskuste Liit MTÜ ja Eesti Perearstide Selts MTÜ

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on olemasoleva tervishoiuteenuse „Psühholoog-nõustaja vastuvõtt eriarsti suunamisel“ (koodid 7638, 7639, 7640) kättesaadavuse laiendamine esmatasandi tervekeskuses. Taotleja ettepanek on psühholoog-nõustaja teenus lisaks eriarsti suunamisel teha kättesaadavaks ka perearsti suunamisel. Teenuse osutamise eelduseks on perearsti saatekirja olemasolu ja teenuseosutaja poolelt psühholoog-nõustaja kutse.

Taotlus nr 1628 – Vaimse tervise õe vastuvõtt

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Perearstide Selts MTÜ ja Eesti Esmatasandi Tervisekeskuste Liit MTÜ

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on olemasoleva tervishoiuteenuse „Vaimse tervise õe vastuvõtt“ (koodid 3015, 3207, 3228, 3118, 3220, 3221) kättesaadavuse tagamine esmatasandis. Taotleja ettepanek on vaimse tervise õe teenuseid osutada *fee for service* põhimõttel, kuna esmatasandi tervisekeskustes on kasvav vajadus vaimse tervise õe teenuse järgi, teenuse osutajate vähesuse tõttu ei ole võimalik palgata vaimse tervise õde täiskohaga tööle. See lisavõimalus annab perearsti meeskonnale paindlikkuse osutada teenust ka juhul, kui vaimse tervise õde ei kuulu meeskonda või on teda vajalik asendada puhkuste, koolituste või muudel ajutistel äraolemistel. Samuti on võimalik tagada teenuse jätkusuutlikkus nimetatud olukordade tekkimisel ootamatult või juhul, kui vaimse tervise õde ei ole võimalik palgata meeskonda.

Diskussioon

Esmatasandi vaimse tervise taotlustest tegi ülevaate Tervisekassa perearstiabi teenuse tiimiliige Elina Määrsepp. Kokkuvõttes esitati neli vaimse tervise taotlust ja nendega seoses tehti kaks ettepanekut. Esiteks lisada psühholoog-nõustaja esmatasandi meeskonda ja anda perearstidele õigus teha saatekirja suunamiseks psühholoog-nõustaja vastuvõtule, ja teiseks võimaldada vaimse tervise õe lisamine tervisekeskuse personali hulka, vaimse tervise õde võib jagada koormust õega ja teenuspõhise rahastuse ettepanekuks võimaldada tervisekeskuses vaimse tervise õe tasustamine *fee for service* põhimõttel. Komisjonis arutati, et ühe perearsti nimistu kohta on hetkel võimalik lisaks perearstile palgata kaks pereõde, lisaks on vabad vahendid lisaspetsialisti palkamiseks, kelle perearstid ise valivad (psühholoog, logopeed, füsioterapeut, lisaõde), kuid tegelik vajadus lisapersonali jaoks on oluliselt suurem. Seega leiti, et oleks vajalik võimaldada tervisekeskusele täiendav lisatasu täiskohaga õe ja/või vaimse tervise õe palkamiseks. Praktikas on perearstikeskuse personali hulgas mõnel pool juba psühholoog või vaimse tervise õde olemas.

Komisjonil tekkis küsimus tervishoiu tugispetsialisti terminoloogia osas. Kus on määratletud, kes on täpsemalt need tugispetsialistid, keda tervisekeskus võib palgata? Tuleks üle vaadata kvalifikatsioon, kas tervishoiuteenuste osutajad on vastavalt koolitatud. Selgitati, et tugispetsialisti all on mõeldud tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikuid – füsioterapeudid, logopeed, tegevusterapeudid – kellel on

õigus näiteks digilukku ligi pääseda. Arutelul selgitati, et psühholoog-nõustaja kvalifikatsioon pole probleem, see on spetsiifiline kutse (pole tavaline psühholoog) ning väljaõpe ja nõuded kutsetunnistel ei erine kliinilise psühholoogi kutse nõuetele. Kliinilise psühholoogi ja psühholoog-nõustaja erinevus on selles et psühholoog-nõustaja pole läbinud kliinilise psühholoogi kutseaastat, muud nõuded on samad (mõlemal kutsel on magistrikraad). Kliinilisel psühholoogil on suutlikkus teostada psühholoogilisi uuringuid (näiteks isiksuse ja kognitiivse funktsiooni uuringud), kuid psühholoog-nõustajatel pole psühhoterapia läbiviimise oskuseid. Komisjonis tehti ettepanek, et võiks kaaluda psühholoog-nõustaja lisamist tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikute nimekirja nagu seda on kliiniline psühholoog, kuna kaasneb rohkem õiguseid ja andmetele parem ligipääs.

Nähti, et vaimse tervise õe lisamine perearstikeskusesse on väga vajalik. Vaimse tervise abi vajadus esmatasandis aina suureneb, tervisekeskuste fookuses peaks olema vaimse tervise toetamine ja kiire käsitus esmatasandis. Lisati veel, et ärevuse ja depressiooniga patsiendid moodustavad valdava enamuse psühhiaatrilistest patsientidest. Psühhiaatrite vaatest tehti ettepanek, et esmatasandis võiks kergemate vaimse tervise häirete (nt ärevushäired) toetamisega tegeleda vaimse tervise õde ja keerulisemate juhtumitega (nt raske depressiooniga) kliiniline psühholoog. Samas nenditi, et vaimse tervise õdesid ega psühholoog-nõustajaid pole Eestis eriti palju.

Komisjonil tekkis küsimus, kas arutelusel olevad ettepanekud on plaanitud rakendada järgmise TTL-i muudatusega. Selgitati, et Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakond on tellinud vaimse tervise spetsialistide pädevuste analüüsi, mille eesmärk on luua rollide selgus ja panna paika mudel, milliseid spetsialiste, millistes rollides esmatasandil rakendatakse. Tehti ettepanek tuua taotlused tagasi komisjoni arutelule, kui on selgunud raporti tulemused. Pole teada, millal analüüs valmib, kuid selge teadmine Sotsiaalministeeriumi soovistest oleks hea sisend, et need taotlused uuesti arutelule tuua.

Komisjoni arvamus

Taotlused tuuakse uuesti komisjoni koosoleku arutelule, kui on selgunud Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise spetsialistide pädevuste analüüsi sisu ja soovitused.

2. Innovatsioonitoetuse protsessi ja tervishoiuteenuse loetelu komisjoni protsesside ühildamine näidisprojektide konkursi näitel

Tervisekassa innovatsioonispetsialist Kristin Kuusk esitles tervishoiuteenuste loetelu komisjonile innovatsioonitoetuse protsessi. Tervisekassa jaoks on oluline tagada terviseteeenuste pidev areng, et teenused vastaksid tervishoiuspetsialistide ja inimeste muutuvatele vajadustele nii kvaliteedi, kasutusmugavuse kui ka kulutõhususe poolest. Pideva arengu võimaldamiseks on Tervisekassal püsimeede nimega innovatsioonitoetus, millega toetatakse väljatöötatud teenuste mõju-uuringute (pilotprojektide) läbiviimist. Uuringute toetamise eesmärk on saada usaldusväärset teavet uute teenuste rakendamise efektiivsuse, kulutõhususe ja kasutusmugavuse kohta võrreldes senise prima praktikaga.

Toetuse andmisega soovitakse laiendada selliste terviseteeenuste valikut, mis tõendatult: (a) Suurendavad tervisesüsteemi inimkesksust; (b) Parandavad tervisetulemeid; (c) Toetavad inimest tervise hoidmisel ja haiguste ennetamisel; (d) Parandavad raviteekondade terviklikkust; (e) Tagavad teenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse piiratud ressursside tingimustes.

Innovatsioonitoetuse meede kasvas välja Tervisekassa poolt korraldatud näidisprojektide konkursist, kuna nähti vajadust püsimeetme järele. Näidisprojektide konkursi korraldamise oodatav kasu oli (1) suure kasupotentsiaaliga kaugteenusmudelite leidmine; (2) kaugteenuste mõjuhindamise praktika loomine; (3) kaugteenuste tasustamismudelite arendamine. Digilahendusi sisaldavate teenuste puhul on enne tõendus põhise ja majandusliku kasu hindamist vaja veenduda digilahenduse (1) efektiivsuses ja

turvalisuses; (2) hinnata infoturbe ja andmekaitsega seotud aspekte; (3) läbi viia teostatavusuuring; (4) välja selgitada positiivne tervisekasu inimesele. Rahastamisotsuse tegemiseks on vaja digilahenduse mõju tõenduspõhiseid andmeid võrrelda senise praktikaga. Näidisprojektide kogemus näitas, et piisava tõenduse saamiseks ei piisa ainult ühest uuringust. Näidisprojektide konkursi raames viidi läbi mõju-uuringuid, mis juhendasid Tervisekassa poolt kohandatud ja tõlgitud UK NICE digitaalsete tervisetehnoloogiate hindamisraamistikust. Näidisprojektide mõju-uuringu tulemused aga näitasid, et sellise hindamisraamistiku kasutamine ei ole piisav, et teha püsirahastusotsuseid.

Innovatsioonitoetust saavad taotleda kõik Euroopa Liidus registreeritud juriidilised isikud. Toetatakse ainult koostööprojekte, kus lisaks taotlejale on vähemalt 2 partnerit, üks neist peab olema mõju-uuringut läbiviiv teaduspartner. Innovatsioonitoetuse suurus ühe projekti kohta on vahemikus 30 000 eurot kuni 500 000 eurot ja moodustab kuni 65% abikõlbulikest kuludest. Ei toeta projekti idee- ega tootearendust. Innovatsioonitoetuse saamine ei võrdu tervishoiuteenuste loetelusse lisamisega. Innovatsioonitoetuse taotlused esitatakse innovatsioonikomisjonile, kes teeb Tervisekassa juhatusele ettepaneku toetuse andmiseks või tagasi lükkamiseks. Toetuse taotluse esitamise eelduseks on eelnõustamise läbimine.

Diskussioon

Tervisekassa selgitas, et innovatsioonifondi TTL komisjonile tutvustamise eesmärk on tutvustada komisjoni liikmetele innovatsioonitoetuse korda ja saada sisendit toetuse rakendamise kohta. Sooviti komisjoni arvamust, kui näiteks uue teenuse puhul taotletakse innovatsioonitoetust, et läbi viia mõju-uuring, siis millele peaks toetuse andmisel tähelepanu pöörama ja mis on need kriteeriumid, millest Tervisekassa peaks lähtuma. Näidisprojektide kogemusel võeti aluseks NICE raamistik, kuid leiti, et antud juhendi kasutamisel oli tõendus siiski ebapiisav. Nähakse, et huvi innovatsioonifondi vastu suureneb ja taotlusi tuleb juurde.

Komisjon arutles, et tuleb mõista, mis probleemi soovitakse taotlusega lahendada. Komisjon andis soovitusel innovatsioonitoetuse taotlejale kirjeldada põhjalikult kliinilist probleemi, mida soovitakse lahendada ja mis on oodatav kasu. Tõstataks veel küsimus, kes võiks aidata kliinilise probleemi olulisust valideerida. Esialgse probleemi olulisust hindab Tervisekassa, kuid kas sellisel juhul võiks olla vajalik kaasata vastava eriala ekspert, kes kinnitab seda, et see probleem on ühiskonna vaates oluline või, et probleemi pole võimalik lahendada? Komisjon andis soovitusel teha esialgne idee põrgatamine ekspertide vahel, kes töötavad igapäevaselt sihtrühma kuuluvate patsientidega, kuna nemad näevad probleemi olulisust laiemalt. Toetuse andmisel on vajalik teada probleemi suurust ja kui palju tervisekasu tegelikult juurde saadakse. Seda informatsiooni saab koguda kõigist andmebaasidest, tuleb leida TOP10 või TOP15 haigused nii suremuse aspektist kui elukvaliteedi või QALY-de ja DALY-de aspektist. Teiseks tuleks koostada laiapõhjaline nõuandev komisjon, mis koosneb erinevate erialade esindajatest ja kaasata ka patsientide esindaja, et hinnata kui suur on sekkumise tegelik mõju ühiskonnale. Probleem võib olla suur, kuid kui uurida seda väikeses perspektiivis, siis see ei anna laias plaanis tulemust. Kolmandaks, teha kindlaks, kas mõju-uuring on teostatav ning neljandaks teha korralik uurimisplaan.

Probleemkohaks on poolikute taotluste esitamine, kus pole korralikult kirjeldatud taotluse sisu, mida soovitakse teostada või uuringu on halvasti planeeritud. Näitena arutleti psoriaasi kaugjälgimise näidisprojekti juhtu, mida esitleti komisjonile 17.01.2024 koosolekul. Mõju-uuringute läbiviimiseks on teatud põhimõtted, kuidas neid efektiivselt teostada. Kui uuringu valim on väike ja võimsus ebapiisav, võib tulemus mitte näidata seost, mis tegelikult esineb. Kui uuring on nihkes, võib see näidata seost mida tegelikult ei eksisteeri. Vead tulenevad meetodilistest küsimustest. Kõige tugevama tõenduse annab randomiseeritud kontrollitud topeltpimendatud uuring. Psoriaasi uuringu puhul oli keskmise ja raske psoriaasiga inimesi valimis ebapiisavalt ja sellele sihtrühmale tulemusi üldistada ei saanud. Samuti

puudus võimalus sellel sihtrühmal hinnata kuluefektiivsust. Piisava tõendatuse taseme saavutamiseks peaks olema läbi viidud enam kui üks heakvaliteetne kliiniline uuring. Tartu Ülikool on Tervisekassa töötajatele koostanud ja korduvalt läbi viinud teadusartikli lugemise ja tõenduse hindamise koolitusi, kus tuuakse välja tõendatuse hindamise tasemed. Sarnast koolitust on võimalik korrata.

Ohukohaks leiti veel, et innovatsioonitoetuse taotlemisega tekib taotlejal eeldus või ootus, kui mõju-uuring on teostatud ja sellega on võimalik midagi näidata, siis see võetakse automaatselt TTL-i sisse. Oluline on uuringu kvaliteet, TTL-i vaates hinnatakse erinevaid tasemeid ja võrreldakse mitut uuringut omavahel. Peab olema täielikult veendunud kliinilisest efektiivsusest, ohutusest ja majanduslikust mõjust. Näitena toodi eelnevalt arutlusel olnud ONM-i taotlus, kus selgus, et on olemas piisav tõendus, et meetod pole efektiivne, st lisanduv tervisekasu on statistiliselt ja kliiniliselt ebaoluline. Lisaks võib tekkida olukord, et uuringu teostamiseks antakse toetus, kuid pole piisavalt aega uuringu läbiviimiseks ja võib tekkida konflikt, et pole võimalik piisava tõendusega uuringut teostada. Tervisekassa täpsustas, et eesmärk on tõsta uuringute kvaliteeti, mitte midagi kiiresti ära teha. Selleks on välja kujunenud neljaetapiline protsess ideest lahenduseni.

Komisjon tõi veel välja, et kliiniliste uuringute läbiviimisel peab arvestama asjaoluga, et Eestis on väike rahvastik ja ressursse pole piisavalt. Uuringutesse võiks kaasata näiteks välisriigi partnereid, kus saaks rohkem patsiente samal ajal uuringusse kaasata, kuid see eeldab head projektijuhtimist. Samuti lisati, et innovatsioonitoetuse alampiiriga (30 000 eurot) ei saa head uuringut teostada. Oluline on põhjalik uuringu planeerimine, esimesed sammud on raskemad, kuid edasi läheb lihtsamaks. Algul tehakse järeldusi selle põhjal, mida teatakse või osatakse, aga see pole tihti piisav. Komisjon andis soovitusi pigem toetada vähem projekte ja valida projekte põhjalikumalt välja, prioriseerida ja leida rohkem lisaväärtust toovad lahendused. Seejärel anda uuringule suurem toetus ja suurendada uuringu läbiviivat tiimi. See eeldab head supervisiooni ja Tervisekassa tuge, mis peaks olema kättesaadav vähemalt esimestel sammudel ja lõpus, kui võetakse tulemusi kokku, et ei tekiks vigu. Kui uuring on vigane, pole tulemustega midagi teha, uuringu toetuseks kulunud raha on kasutatud, kuid teadmisi juurde ei saada. Mitme riigiga koostöös on uuringutulemused paremad, kuid probleemkohaks on teiste riikide vähene entusiasm, kuna sellised uuringud on väga mahukad, välispartnerid pigem soovivad konsulteerida kui uuringuid teostada.

Arutleti veel tervishoiu digilahenduste projektide toetamist. Komisjon tõi välja, et pole mõistlik luua terviseseisundi monitooringu vaates igale sündroomile eraldi rakendust, kui puudub tervikvaade ühiskonna kontekstis. Võib juhtuda, et innovatsiooni fookuses muutuvad tegelik probleemilahendus, patsiendi tervisekasu ja kliiniline efektiivsus vähemtähtsateks. Tervisekassa selgitas, et Terviseametiga on välja kujunenud hea koostöö ja taotluse eelhindamise etapis küsitakse hinnangut tehniliste lahenduste meditsiiniseadmeks klassifitseerimise kohta. Tervisekasu poole pealt on vajalik välja selgitada need põhimõtted, millega toetuse andmisel arvestada, eesmärk on toetada neid projekte, millel on suur potentsiaal ühiskonna vaates. Digilahenduste arendajad näevad rakendusi osana patsientide raviteekonnast, on palju erinevaid seisundeid ja vajadused raviteekondade toetamisest võivad olla nii patsiendi kui tervishoiutöötaja vaatest erinevad. Keeruliseks teeb asjaolu, et rakendusi on palju, kõiki ei jõua põhjalikult uurida ja samas ei jõua riik ise luua kõiki spetsiifilisi funktsionaalsusi. Tuleb leida avaliku ja erasektori koostöökohad ja võimalused, kuidas erinevate osapoolte loodud lahendusi maksimaalselt patsientide heaks tööle panna. Otsused patsiendi raviteekonnal erinevaid lahendusi kasutusele võtta võivad tulla ka tervishoiuasutuste endi poolt. Kirjanduse andmeil luuakse vaimse tervise valdkonnas sedalaadi rakendusi kõige enam ja nähakse, et tõendus on seal kõige lubavam, kuid täna veel mitte piisav, et võtta need rakendused ravikindlustustuste rahastusel laiemalt kasutusele. Kui tegu on väga hea lahendusega, mida saaks laiemalt üle riigi inimestele kättesaadavaks teha, siis tuleks läbi viia hea kvaliteediga uuring, kus tõestatakse rakenduse ohutus ja efektiivsus laiemas pildis.

Arutleti veel innovatsioonifondi tutvustava sõnastuse üle. Hetkel on projekt üles ehitatud põhimõttel, et see on tervishoiukorralduslik ja patsientide rahulolu parandav, mis on väga tugevalt ühiskonda kõnetavad eesmärgid. See võib anda justkui sõnumi, et toetust antakse uuele ja põnevale tervishoiukorralduslikule projektile ja kui patsient on rahul. Kuid peaks ka rõhutama teisi asju, mis on tegelikult vaja silmas pidada otsuse tegemiseks – tõenduspõhisus ja efektiivsus.

Kokkuvõttes komisjon leidis, et teema on oluline ja seda tuleks toetada, kuid tuleb leida hea lahendus, kuidas seda rakendada väikeses riigis piiratud ressurssidega. Tuleks luua selgus valikute tegemisel, kuidas ja mille alusel projekte valida. Komisjon andis soovitusi teha innovatsioonifondi tiimile baaskoolitus, kus standardiseeritakse innovatsioonitoetuse andmise kriteeriumid.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis info teadmiseks.