

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Microsoft Teams videokonverents
Algus kell 14.00, lõpp kell 16.34

18.06.2026

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)
Neeme Tõnisson (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditiini erialade nõunik)
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)
Katrin Õunap (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline harvikaiguste nõunik)
Marje Oona (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline esmatasandi nõunik)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Kristi Rekand (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)
Heli Paluste (Sotsiaalministeerium)
Liis Kruus (Tervisekassa)
Külli Friedemann (Terviseamet)

Puudusid: Ruth Kalda (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline esmatasandi nõunik)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditiini erialade nõunik)

Kutsutud: Helis Ojala (Tervisekassa)
Malle Avarsoo (Tervisekassa)
Pille Saar (Sotsiaalministeerium)

Protokollija: Merje Metsoja (Tervisekassa)

Päevakord:

1. Taotluste arutelu:

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1719	Lisaseade koljusisese verevalumi miniinvasiivseks eemaldamiseks
1751	Radioaktiivse implantaadi lokaliseerimine haiguskoldes SPET abil
1773	Psühhiaatria (s.h lastepsühhiaatria) ja psühholoogia eriala nüüdisajastamine
1760	Psühhiaatri ja vaimse tervise õe teenuste vanusepiiri tõstmine 25. eluaastani (k.a)
1778	Vaimse tervise õe osutatav psühhoteeraapiateenus

2. Tervishoiuteenuste loetelu lihtsustamine

1. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1719 – Lisaseade koljusisese verevalumi miniinvasiivseks eemaldamiseks

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: L. Puusepa nimeline Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada koodiga 1A2119 tähistatud tervishoiuteenusele „Intrakraniaalse spontaanse või traumaatilise verevalumi või hügroomi eemaldamine“ lisavahend koljusisese verevalumi miniinvasiivseks eemaldamiseks. Tegemist on olemasoleva neurokirurgilise teenuse täiendamisega, mis võimaldaks kasutada hematoomi eemaldamiseks miniinvasiivset tehnoloogiat. Taotleja toob meetodi eelistena välja: 1) väiksema kirurgilise trauma ajukoele võrreldes kraniotoomia teostamisega, 2) madalama perioperatiivsete tüsistuste tekke määra ja suremuse, 3) kiirema taastumise ja vähenenud intensiivravi ja haiglaravi viibimise perioodi ning 4) sobivuse kõrge-riski patsientidele (kõrge vanus ja rohked kaasuvad haigused). Teenust planeeritakse osutada piirkondlikes haiglates neurokirurgia erialal.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Eksperti hinnangul on taotluse kliiniline põhjendatus hea ning esitatud tõendusmaterjal asjakohane. Randomiseeritud kliinilised uuringud näitavad, et miniinvasiivne hematoomi eemaldamine võib parandada funktsionaalseid ravitulemusi, vähendada suremust ning lühendada haiglaravi kestust võrreldes standardraviga. Meetodi kasutamist toetavad ka rahvusvahelised ravijuhised.

Ekspert märgib, et esitatud tõendusmaterjal käsitleb peamiselt spontaanse intratserebraalse hemorraagiaga patsiente ning traumaatilise hemorraagia lisamine näidustuste hulka ei ole olemasoleva tõendusmaterjali põhjal piisavalt põhjendatud. Samuti peab ekspert vajalikuks rakendada teenuse kasutamisel täiendavaid patsiendivaliku kriteeriume, mis lähtuvad kliinilistes uuringutes kasutatud kaasamistingimustest.

Eksperti hinnangul on teenuse osutamiseks vajalik valmisolek Eestis olemas ning prognoositud kasutusmaht realistlik.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)

Hinnangu kohaselt on taotletava teenuse alternatiivideks kraniotoomia ja konservatiivne (medikamentoosne) ravi. Eesti tingimustes koostatud analüüsi põhjal on miniinvasiivne hematoomi eemaldamine (MIS) võrreldes konservatiivse raviga tõenäoliselt kulutõhus sekkumine, mille täiendkulu tõhususe määr (ICER) on 32 107 eurot kvaliteediga kohandatud eluaasta (QALY) kohta. Võrreldes kraniotoomiaga on ICER 44 724 eurot QALY kohta. Analüüs põhineb esialgsel haiglakulude vaatel ega arvesta võimaliku kokkuhoiuga rehabilitatsiooni- ja hoolduskuludelt. KTH hinnangu kohaselt võib nende kulude arvesse võtmisel miniinvasiivne meetod osutada kulutõhusaks ka võrreldes kraniotoomiaga.

Taotleja prognoositud vajadus on perioodil 2027–2030 keskmiselt 30 patsienti aastas. Taotletava L-koodi maksumuseks kujuneb 5829,38 eurot ning muudatusest tulenev lisakulu ravikindlustuse eelarvele on hinnanguliselt ligikaudu 78 400 eurot aastas.

Teenusele rakenduvad kohaldamise tingimused. Teenus on näidustatud spontaanse tekkega supratentoriaalse lobaarse hematoomi korral mahuga 10–80 ml, kui sümptomite algusest on möödunud vähem kui 24 tundi, NIH insuldi skaala skoor on üle 5 ning patsiendi varasem

funktsionaalne seisund vastab mRS väärtusele 0–1. Lisaks peavad puuduma olulised vastunäidustused, sealhulgas mittekorrigeeritav hüübimishäire, ulatuslik intraventrikulaarne hemorraagia, primaarne taalamust haarav või infratentoriaalne hemorraagia ning sekundaarsetel põhjustel tekkinud intratserebraalne hemorraagia.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Lisaseade koljusisese verevalumi mini-invasiivseks eemaldamiseks

Supratentoriaalsete hematoomide avatud kirurgia ei ole seni RCT andmetel andnud head funktsionaalset tulemust ega elumust. Eeldatakse, et mini-invasiivse tehnoloogia kasutamine ning stereotaktiline planeerimine on efektiivsem ja ohutum, kuna võimaldab vähendada hematoomi eemaldamisel tekkivat kahju ajukoele.

Taotluse eesmärgiks on lisada uus tehnoloogia „Intrakraniaalse spontaanse või traumaatilise verevalumi eemaldamine“ teenusele, mis võimaldaks intratserebraalse hemorraagia eemaldamiseks kasutada mini-invasiivset seadet. Intratserebraalse hematoomi ravis kasutatakse mini-invasiivset kirurgiat (MIS) siis, kui eesmärk on eemaldada verehulk võimalikult väikese ajukoe kahjustusega võrreldes klassikalise avatud operatsiooniga. Tehnoloogia võib osutada vajalikuks patsientide puhul, kelle hemorraagia asub sellises asukohas, kus avatud operatsiooni riskid on liiga suured. Tehnoloegiat kasutatakse sügavamate ajupiirkondade hematoomi korral, kui on risk avatud operatsioonist tingitud tüsistustele. Kasutatakse stereotaktilist kraniotoomiat koos hematoomi kanüleerimise, trombolüüsi ja aspireerimisega.

Uuringud.

1. Hanley, et al 2019 Lancet MISTIE III RCT (n=506 spontaanse mõõduka või suure supratentoriaalse intratserebraalse hemorraagiaga >18-aastast patsienti), kus võrreldi miniinvasiivset meetodit (kanüleerimine, aspiratsioon, trombolüüs alteplaasiga) standardraviga. Leiti, et puude raskus aasta pärast oli võrreldav (modif Rankini skoor (6-palli skaalal) oli <3 45% kirurgia vs 41% konservatiivne rühm, p=0,33), 30-päeva suremus võrreldav 9% vs 15%, p=0,07. Järeldati, et miniinvasiivne meetod ei parandanud 1-aasta funktsionaalseid näitajaid. Tõenduse kvaliteet mõõdukas.
2. Shapiro, et al 2022 retrospektiivne ühekeskuseline minimaalinvasiivse intratserebraalse hematoomi kirurgia kohort 30-päeva suremuse hindamiseks. Võrreldes prognoositava 35%-ga oli 30-päeva suremus 10%, absoluutne erinevus 25%, NNT 4 (p<0,0001). Järeldati, et tehnoloogia võib vähendada 30-päeva suremust. Tõenduse kvaliteet madal.
3. Hou, et al 2022 metaanalüüs (12 RCT, n=2000), kus võrreldi erinevate meetoditega (miniinvasiivne, kraniotoomia, konservatiivne ravi) seotud suremust. Leiti, et üldsuremuse shanss MIS oli väiksem kui kõigil võrdlustel kokku (OR=0,62, 95%CI 0,45-0,85), erinevus säilis nii 3-kuu, 6-kuu kui 1-aasta võrdluses ja eraldi võrdlustes konservatiivse ravi ja kraniotoomiaga. Järeldati, et suremus MIS on väiksem kui tavapraktikal. Metaanalüüsi kvaliteet mõõdukas.
4. Pradilla, et al NEJM 2024 multitsentiline RCT ENRICH (n=300 ägeda intratserebraalse hemorraagiaga patsienti, nendest 31% basaalganglionide piirkonna ja 69% lobaarne 30-80 ml hematoom), kus võrreldi miniinvasiivset meetodit tavapraktikaga (konservatiivne ravi). Tulemusnäitajateks olid NS funktsioon 180 päeva pärast (UW-modifitseeritud Rankini skaala, 1-palline skoor, 0-puuet ei esine, 1-surm) ja 30-päeva suremus. Leiti, et puude raskus 180. päeval oli suurem kontrollrühmas (mRS 0,458 kontrollid vs 0,374 MIS, vahe 0,084, 95%CI 0,005-0,163). Lobaarsete hematoomide korral oli erinevus isegi suurem, 0,127 (stat oluline). 30-päeva suremus vastavalt 9% vs 18%. Järeldati, et 24 tunni jooksul opereeritud lobaarse insuldi patsientide

funktsionaalne seisund on parem ja suurem väiksem kui konservatiivse ravi korral. Tõenduse kvaliteet kõrge.

5. Xu, et al 2024 MISICH RCT (n=733), kus võrreldi endoskoopilist miniinvasiivset (hematoom eemaldamiseks endoskoobi abil) ja stereotaktilist (vere eemaldamine kateetri abil + trombolüüs 3-5 päeva) sekkumist klassikalise kraniotoomiaga (avatud op). Hinnati Rankini skoori 6. kuul. Rankini skoor 0-2 (inimene on suhteliselt iseseisev) saavutati vastavalt 33% (1/3), 33% ja 22% (1/5) ($p=0,17$). Suremus oli võrreldav. Järeldati, et miniinvasiivne meetod annab paremad funktsionaalsed kaugtulemused. Tõenduse kvaliteet hea.
6. Arthur, et al 2025 JAMA Neurology MIND RCT (n=236 supratentoriaalse hematoomiga), kus võrreldi minimaalinvasiivset ravi tavapraktikaga, tulemusnäitajateks 180-päeva Rankini skoor (0-6) ja 30-päeva suremus. Leiti, et minimaalinvasiivne kirurgia ei olnud efektiivsem funktsiooni taastumise osas (OR=1,03, 95%CI 0,6-1,7) ega suremuse vähendamisel (7% vs 9%, keskmine erinevus 2,5%, 95%CI -11-5). Järeldati, et selles uuringus ei olnud minimaalinvasiivne meetod tavapraktikast efektiivsem. Tõenduse kvaliteet kõrge.
7. Woehl, et al 2025 metaanalüüs (10 RCT, n=2100) MIS võrdlusest kraniotoomiaga. Leiti, et MIS oli seotud parema funktsiooniga (RR=1,41, 95%CI 1,26-1,58). Vähenes intraoperatiivne verekaotus ja operatsiooniaeg. Suremus ei erinenud. Tõenduse kvaliteet hea.
8. Bankole, et al 2025 süstemaatiline ülevaade teemakohastest publikatsioonidest ilma metanalüüsita. Leiti 6 RCT (n=2200), millest neli näitasid paremat neuroloogist staatust (mRS<3) ja vähenenud suremust võrreldes tavapraktikaga. Kuna kasutati erinevaid tehnikaid, on tulemuste üldistatavus piiratud. Järeldati, et tehnoloogial on potentsiaali saada tavaravi alternatiiviks, kuid vajalikud on suuremad ja pikemad RCTd.
9. Hanmer, et al 2025 STROKE kuluefektiivsuse hindamine ENRICH tulemuste põhjal. Hind 74 000 vs 77 000 USD, QALY võit 0,07, seega uus meetod domineerib (odavam ja efektiivsem).

Ravijuhendid.

1. Greenberg, et al 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association tegi RCTde (pisut vananenud) süstemaatilise ülevaade ja andis soovitus: supratentoriaalse intrakraniaalse verevalumi evakuatsioon endoskoopilise või stereotaktilise aspiratsiooniga koos või ilma trombolüüsita võib vähendada suremust võrreldes konservatiivse raviga (soovitus 2a, tõendus B), võib parandada funktsionaalset tulemust võrreldes kraniotoomiaga (2b, B).
2. Steiner et al 2025 European Stroke Organisation (ESO) and European Association of Neurosurgical Societies (EANS) guideline on stroke due to spontaneous intracerebral hemorrhage tegi kaks korralikku metaanalüüsi. Esimene põhines neljal RCT-l (uuematest kaasatud ENRICH) ja hindas MIS efektiivsust ja ohutust võrreldes tavapraktikaga. Leiti, et mRS skoori 0-3 saavutamise shansisuhe kuni 6 kuu jooksul on OR=1,84, 95%CI 1,29-2,61, suremuse 1-aasta shansisuhe 0,49, 95% CI 0,30–0,81. Seega spontaanse supratentoriaalse lobaarse hemorraagia korral soovitatakse minimaalinvasiivset evakuatsiooni 24 h jooksul, et vähendada suremust ja parandada funktsionaalset staatust (tõendatuse tase madal, nõrk soovitus). Teine metanalüüs hindas kanüleerimist koos trombolüüsiga (3 RCT, sh MISTIE III). Leiti, et meetod ei paranda funktsionaalset staatust (OR=1,15, 95%CI 0,83-1,61) ega vähenda suremust (OR=0,76, 95%CI 0,53-1,09). Järeldati, et meetodi tulemused on ebakindlad ja soovitati patsientide värbamist kliinilistesse uuringutesse (tõendatuse tase väga madal, soovitus ei antud).

Ekspert soovib kasutada spontaanse supratentoriaalse lobaarse hemorraagiaga patsientidele, kelle hematoom 10-80ml, aeg sümptomite algusest <24t.

KTH. Operatsiooni kogumaksumus on 19 300 eurot, 30 patsienti aastas, QALY võit 0,068, ICER võrreldes konservatiivse raviga 32 000 eurot /QALY (potentsiaalselt kulutõhus), võrreldes kraniotoomiaga 44 700 eurot /QALY (ei ole kulutõhus, kuid rehabilitatsiooni ja hoolduskulude vähenemine võiks ICERi alla tuua). Eelarvemõju 78 000 eurot aastas.

Kokkuvõttes piisavalt uuritud meetod, mille uuringute heterogeensus suur ja tõendatuse tase mõõdukas, kuid enamus RCTsid näitab efektiivsust spontaansete supratentoriaalsete lobaarsete hemorraagiade ravis nii funktsiooni paranemise kui suremuse vähenemise osas. Uued Euroopa ja Ameerika ravijuhised annavad nõrga soovitus, ekspert soovitab, kuluefektiivsus piiripealne, eelarvemõju mõõdukas.

Diskussioon

Arutelus leiti, et miniinvasiivse kirurgilise meetodi hindamisel tuleks seda võrrelda olemasoleva kirurgilise alternatiivi ehk kraniotoomiaga. Rõhutati, et konservatiivse ja kirurgilise ravi valik on eraldiseisev kliiniline otsus, kui kirurgiline ravi on juba näidustatud, tuleb hinnata, milline kirurgiline meetod on patsiendile sobivaim.

Arutelu käigus selgitati, et miniinvasiivsete meetodite eesmärk ei ole tingimata parem elulemus või oluliselt parem ravitulemus võrreldes avatud operatsiooniga. Pigem seisneb nende väärtus väiksemas kirurgilises traumas, väiksemas ajukoe kahjustuses, vähemates tüsistustes, lühemas haiglaravis ning kiiremas taastumises. Kuigi protseduur võib olla esialgu kulukam, võib see osutuda pikaajaliselt kulutõhusaks tänu väiksemale taastusravi- ja hooldusvajadusele.

Komisjon tõi välja, et olemasolev tõendusmaterjal viitab vähemalt samaväärsele efektiivsusele võrreldes tavapärase kirurgiaga ning teatud näitajate osas isegi parematele tulemustele. Märgitakse, et väiksem ajukoe kahjustus võib parandada patsiendi funktsionaalset taastumist ning mõnes uuringus on täheldatud paremaid funktsionaalseid tulemusi.

Eraldi rõhutati meetodi potentsiaalset kasu patsientidele, kellel verejooks paikneb sügaval ajus ning kelle puhul avatud kraniotoomia ei võimalda hematoomi ohutult eemaldada. Sellistel juhtudel võib miniinvasiivne lähenemine pakkuda ravivõimalust patsientidele, kelle alternatiiviks oleks peamiselt konservatiivne ravi. Leiti, et tegemist on suhteliselt kitsalt määratletava patsiendirühmaga, mistõttu on väärkasutuse risk väike ning näidustused on võimalik selgelt määratleda.

Kokkuvõttes väljendati toetust meetodi kasutuselevõtule. Toetuse peamiseks põhjusteks nimetati väiksemat kirurgilist traumat, vähem tüsistusi, võimalikku suremuse vähenemist, lühemat haiglaravi, kiiremat taastumist, potentsiaalset kulutõhusust ning võimalust pakkuda tõhusat ravi patsientidele, kelle ravivõimalused on seni olnud piiratud.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas koljusisese verevalumi miniinvasiivse eemaldamise lisavahendi lisamist tervishoiuteenuste loetellu.

Taotlus nr 1751 – Radioaktiivse implantaadi lokaliseerimine haiguskoldes SPET abil

Tulenevalt taotluses kasutatud terminoloogiast ning ingliskeelsest terminist „seed“ on protokollis mõnel juhul kasutatud sõna „implantaat“ asemel sõna „seeme“.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Radioloogia Ühing, Eesti Nukleaarmeditsiini Selts, Eesti Onkoloogide Selts, Tallinna Kirurgide Selts, Eesti Kõrva-Nina-Kurguarstide ja Pea- ja Kaelakirurgide Selts

Taotluse sisu: Taotletakse uue tervishoiuteenuse „**Radioaktiivse seemne (ka implantaadi) lokaliseerimine haiguskoldes SPET abil**“ lisamist tervishoiuteenuste loetellu. Teenuse eesmärk on mittepalpeeritavate rinnakasvajate ja metastaatiliste lümfisõlmede preoperatiivne lokaliseerimine madala aktiivsusega radioaktiivset jood-125 (I-125) sisaldava implantaadi abil ning vajadusel kasvaja või metastaatilise lümfisõlme märgistamine enne neoadjuvantset süsteemravi. Implantaat paigaldatakse radioloogilise kontrolli all haiguskoldesse ning selle paiknemine kinnitatakse SPET-kuvamisega, võimaldades operatsiooni käigus kolde täpset lokaliseerimist gammaanduri abil.

Meetod on mõeldud eeskätt rinnavähi kirurgilise ravi toetamiseks, asendades osaliselt senist traatmärgistust, kuid seda saab kasutada ka valitud juhtudel korduvate kaelaoperatsioonide korral, näiteks metastaatilise kilpnäärmevähi või kõrvalkilpnäärme adenoomide lokaliseerimiseks. Meetodi kasutamine võimaldab paindlikumat ravikorraldust, kuna implantaat võib püsida koes kuni 220 päeva ning seda saab paigaldada juba enne neoadjuvantse süsteemravi alustamist.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Eksperti hinnangul on I-125 radioaktiivse seemne kasutamine rahvusvaheliselt tunnustatud ja laialdaselt kasutatav meetod mittepalpeeritavate rinnakasvajate ning märgistatud lümfisõlmede lokaliseerimiseks. Meetod on kasutusel mitmes riigis, sealhulgas USA-s, Kanadas, Hollandis, Austraalias ja Ühendkuningriigis.

Võrreldes Eestis kasutatava traatmärgistusega võimaldab radioaktiivne seeme suuremat logistilist paindlikkust, täpsemat kirurgilist lokaliseerimist ning paremat patsiendikogemust. Avaldatud uuringute põhjal on radioaktiivse seemne kasutamisel väiksem positiivsete operatsiooniserivate ja kordusoperatsioonide risk ning kõrgem patsientide rahulolu. Meetod võimaldab ka metastaatiliste lümfisõlmede märgistamist enne neoadjuvantset ravi, mis loob eeldused sihitud aksillaarse dissektsiooni rakendamiseks ja võib vähendada täieliku aksillaarse lümfadenektoomiaga seotud tüsistusi.

Ohutusprofiil on võrreldav traatmärgistusega ning implantaadi nihkumist on kirjeldatud harva. Kuna tegemist on radioaktiivse allikaga, peab selle käitlemine vastama kiirgusohutuse nõuetele ning olema korraldatud nukleaarmeditsiini üksuse järelevalve all. Eestis on teenuse osutamiseks vajalik infrastruktuur, seadmed ja spetsialistid olemas ITK-s, TÜK-is ja PERH-is ning eksperti hinnangul on teenuse rakendamine Eesti tingimustes teostatav.

Eksperti hinnangul ei ole praegu piisavalt tõenduspõhist alust pidada SPET/KT kontrolluuringut pärast jood-125 seemne paigaldamist rutiinselt vajalikuks kõigil patsientidel. Kirjanduse põhjal kasutatakse seemne õige asukoha kinnitamiseks enamasti mammograafiat või ultraheli, mis on lihtsamad, kiiremad ja odavamad meetodid. SPET/KT võib olla põhjendatud valitud keerukatel juhtudel, näiteks keerulise aksillaarse või kaela anatoomia korral või kui varasem ravi on muutnud kudede struktuuri, kuid seda peetakse pigem täiendavaks kui hädavajalikuks uuringuks.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)

Kulutõhususe analüüs tugines rahvusvahelisele uuringule, mille järgi oli kordusoperatsioonide vältimise määr radioaktiivse seemne kasutamisel 86% ja traatmärgistuse korral 81%.

Rahvusvahelises analüüsis kujunes täiendkulu tõhususe määraks 4474 Austraalia dollarit ühe välditud kordusoperatsiooni kohta ning sekkumist hinnati kulutõhusaks.

Eesti tingimustes sõltub kulutõhusus oluliselt sellest, millist meetodit kasutatakse seemne paigaldamise järgselt selle asukoha kontrollimiseks. Kui kõigile patsientidele teha SPET/KT uuring, kujuneb täiendkulu tõhususe määraks ligikaudu 18 000 eurot ühe välditud kordusoperatsiooni kohta. Kui kontrollimeetodina kasutatakse mammograafiat, on vastav näitaja ligikaudu 5800 eurot ühe välditud kordusoperatsiooni kohta. Tuuakse välja, et Eestis puuduvad andmed välditud kordusoperatsiooni tegeliku maksumuse kohta, mistõttu ei olnud võimalik lõplikult hinnata sekkumise kulutõhusust Eesti tervishoiusüsteemi vaates. Hinnangus ei ole olemasoleva teaduskirjanduse põhjal põhjendatud kasutada SPET/KT uuringut rutiinselt kõigil patsientidel, kuna rahvusvahelistes ravijuhistes ja uuringutes kasutatakse enamasti mammograafiat või ultraheli ning hübriidkuvamist peetakse pigem täiendavaks meetodiks keerulisemate juhtude korral.

Ravikindlustuse eelarve mõju sõltub samuti valitud järelkontrolli meetodist. Lisaks mõjutab eelarvet ka PERH-i ja TÜK-i lisandumine teenuste pakujate hulka. Nende raviasutuste lisandudes väheneb traatmärgistuse kasutamine ja tõuseb seemne kasutamine. Kui jätkata senist praktikat ja teha kõigile patsientidele SPET/KT uuring, võib teenuse laienemisel lisakulu ulatuda kuni ligikaudu 230 000 euronit aastas. Mammograafia kasutamisel tavapärase järelkontrollina oleks mõju oluliselt väiksem, ulatudes prognoosi järgi kuni umbes 45 000 euronit aastas. Samas jääks SPET/KT kasutamise võimalus alles keerukama anatoomia või tehniliselt raskemate juhtude korral.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Meetodi eesmärk on mittepalpeeritavate rinnakasvajate ja/või metastaatiliste lümfisõlmede täpne lokaliseerimine operatsiooni eelselt, kasutades selleks madala aktiivsusega radioaktiivset joodi (I-125) sisaldavaid implantaate. Lisaks kasutatakse radioaktiivseid implantaate rinnakasvaja ja/või metastaatilise lümfisõlme märgistamiseks neoadjuvantse süsteemravi eelselt. Implantaat asetatakse ultraheli- või stereotaktilise mammograafia kontrolli all sihtkoesse tavaliselt üks kuni mitu päeva enne operatsiooni või süsteemravi alustamist, operatsiooni ajal määratakse selle asukoht gammaanduri abil. Meetod võimaldab kirurgil eemaldada radioaktiivse markeriga täpselt märgistatud koeala, säilitades tervet kude ning tagades lokaalselt radikaalse, kuid võimalikult säästva resektsiooni. Meetod on mõeldud asendama rinna kolde traatmärgistust, mis on patsiendile ebamugav ja häiriv, esineb traadi nihkumist koldest välja ning on logistiliselt ebapraktiline, kuna nõuab paigaldamist operatsioonipäeval. Radioimplantaat on koes detekteeritav kuni 220 päeva, mis annab võimaluse see paigaldada enne neoadjuvantset süsteemravi, lokaliseerida kahanenud mittepalpeeritavaid aksillaarseid lümfisõlmi, kilpnäärme vähki või kõrvalkilpnäärme adenoomi. Sisuliselt asendatakse täielik aksillaarne lümfadenektomia sihitud meetodiga.

Näidustused: mittepalpeeritav invasiivne rinnavähk või carcinoma in situ, mis vajab kirurgilist eemaldamist; palpeeritava rinnakolde märgistamine enne süsteemset neoadjuvantset ravi; patoloogilise lümfisõlme märgistamine enne neoadjuvantset süsteemravi; preoperatiivne kolde märgistamine kaelakirurgias.

Radioaktiivse implantaadi kasutamine kasvajalise koe lokaliseerimiseks on rahvusvaheliselt tunnustatud, kliiniliselt valideeritud ja praktikas laialdaselt kasutatav kirurgiline meetod mittepalpeeritavate lesionide eemaldamisel. Traatmärgistust kasutatakse järjest vähem ning see on muutumas ajalooliseks meetodiks. Eestis on hetkel kasutusel traatmärgistus ning

usaldusväärne aksillaarsete lümfisõlmede sihtbiopsia võimalus pärast neoadjuvantset keemiaravi puudub.

Seni osutatakse teenust vaid ITKs. PERH ja TÜK on valmis, ettevalmistuseks läheb kuni 5 kuud. Eestis kasutatud 49 patsiendil alates 2025. Eeldatav kasutus 100-500 juhtu aastas.

Uuringud.

1. Langhans, et al 2017 RCT (n=409), kus võrreldi positiivse resektsiooniserva esinemist peale rinnasäästvat operatsiooni mittepäalpeeritava invasiivse ja in situ rinnavähi operatsioonieelsel märgistamisel radioaktiivse implantaadi või traadiga (tavapraktika). Positiivne löikeserv leiti peale operatsiooni vastavalt 12% ja 13% juhtudest ($p=0,65$), protokollijärgsel hindamisel tulemus ei muutunud, erinevust ei leitud ka operatsiooni ajas, eemaldatud kolde mahu ega valutunnetuses. Järeldati, et RSL omab olulist logistilist eelist, kuna võimaldab kasvaja lokaliseerida mitu päeva enne operatsiooni ilma resektsiooni serva suurenemiseta (RSL on non-inferior vs traat). Tõenduse kvaliteet mõõdukas.
2. Srour, et al 2019 ühekeskuseline kohort (n=293) ühe mittepäalpeeritava koldega osalise mastektomia ja biopsia päevaravi patsienti, kellel kasutati kas traatmärgistust, RSLi või Savi Scout radarit (elektromagnetiline signaal). Paigaldamise aeg oli pikim traadi korral, operatsiooni aeg ei erinenud. Positiivse serva, eraldatud kolde mahu ja 30-päeva tüsistuste määr ei erinenud. Järeldati, et ilma traadita märgistamine on seotud lühema perioperatiivse ajaga ehk kuluefektiivsem, kliinilised tulemused ei erine. Tõenduse kvaliteet madal.
3. Moreira, et al 2020 metaanalüüs (49 RCT ja retrospektiivset kohorti, n=13 000), kus võrreldi RSLi tavapraktikaga (traatmärgistus) mittepäalpeeritavate invasiivsete rinnakollete preoperatiivses märgistamises. Leiti, et RSL ületab traatmärgistuse positiivsete resektsiooni servade (RR 0,84; 95% CI 0.71–0.99) ja reoperatsioonide (RR 0,73, 95%CI 0.58–0.92) osas. Tüsistuste määr ei erinenud (RR 1.03, 0.79-1.34). Kolde lokaliseerimise aeg ei erinenud, operatsiooni aeg oli statistiliselt lühem RSLga, kolde taastekke risk statistiliselt väiksem RSLga. Võrreldi ka teisi märgistamise meetodeid, sh ROLL, aga järeldused jäid ebakindlaks. Järeldati, et RSL (ja ROLL) omavad eeliseid traatmärgistuse ees, teiste meetodite osas vajalikud suuremad RCTd. Uuringud heterogeensed ja erinevate nihete riskiga, metaanalüüs ise hea.
4. Taylor, et al 2021 multikeskuseline RCT (n=690), kus võrreldi RSLi kliinilisi tulemusnäitajaid (reoperatsioon, positiivne serv) traatmärgistusega rinnasäästva operatsiooni patsientidel. Leiti, et reoperatsiooni määr oli väiksem RSL-l (14% vs 19%, $p=0,019$), positiivse serva määr, eraldatud kolde maht ja kaal ei erinenud. Järeldati, et re-ektsiooni määr rinnasäästva operatsiooni korral oli oluliselt väiksem RSLiga kui traatmärgistamisega. Tõenduse kvaliteet hea.
5. Bortz, et al 2021 väike ühekeskuseline retrospektiivne kohort (n=8) RSLi kasutusest kilpnäärme vähi ja kõrvalkilpnäärme reoperatsioonidel. Kõigil patsientidel resektsioon õnnestus. Järeldati, et RSL sobib kaelakirurgias endokriinsete tuumorite eemaldamiseks. Tõenduse kvaliteet väga madal.
6. Simaons, et al 2022 JAMA multitsentriline prospektiivne kohort, nn diagnostiline uuring (n=212 rinnavähi patsienti), kus hinnati sihitud aksillaarse dissektsiooni (TAD) erinevate vormide diagnostilist täpsust. Autorid hindasid kaenlaaluste metastaatiliste lümfisõlmede radioaktiivse märgistamise + adjuvant-ravi järgse eemaldamise + valvur-sõlmede biopsia (Radioactive Iodine Seed placement in the Axilla with Sentinel lymph node biopsy, RISAS) kombineeritud valiidsust võrreldes valvurlümfisõlmede biopsia (SLNB) ja metastaatiliste lümfisõlmede märgistamisega (MARI). Leiti, et RISASi sensitiivsus oli 98%, valenegatiivsuse määr 3% ja negatiivne ennustuväärtus 93% (risk ravijärgse residuaalkolde mitteavastamiseks 1/14). Teiste meetoditega oli vastav risk vastavalt 1/4 ja 1/8 (erinevused statistiliselt olulised). Järeldati, et RISAS on sobiv

diagnostiline meetod rinnavähi süsteemse adjuvantravi läbiviimiseks aksillaarsete lümfisõlmede haaratuse korral. Tõenduse kvaliteet hea.

7. Shirazi, et al 2023 metaanalüüs (34 uuringut), kus võrreldi uute traadivabade lokalisatsioonitehnikate efektiivsust traatmärgistamisega. Kõik traadivabad tehnikad näitasid re-ekstsioonide ja positiivsete servade määra vähenemist. RSL näitas väiksemat re-ekstsiooni ja positiivsete servade määra (vastavalt 7% vs 15% ja 12% vs 21%, $p=0,0001$). Järeldati, et RSL ja teised traadivabad tehnikad vähendavad reoperatsiooni ja positiivsete servade määra. Metaanalüüsi tõenduse kvaliteet mõõdukas.
8. Gusic, et al 2025 ühekeskuseline RCT ($n=400$, seni suurim), kus võrreldi RSL traatmärgistusega mittepalpeeritava rinnavähi ravis. Esmane tulemusnäitaja oli negatiivse serva määr, teisesed operatsiooni aeg, kulu ja patsiendi rahulolu. Leiti, et negatiivse serva määr ei erinenud (RSL 0,8, 95%CI 0,75-0,86, traatmärgistus 0,85, 95%CI 0,8-0,89, $p=0,29$). Patsiendi skoor RSLile oli parem nii ärevuse (OR=2,62, 95%CI 1,8-3,8), valu (OR=2,5) kui üldise rahulolu (OR=3,24) osas. Radioloogid ja kirurgid hindasid RSLi mugavamaks (OR=3,32). Radioloogia aeg ei erinenud, RSL oli 600 USD kallim. Järeldati, et Ameerika suurim RCT toetab RSLi kui aktsepteeritavat alternatiivi. Tõenduse kvaliteet hea.
9. Lucocq, et al 2025 metaanalüüs (28 uuringut, $n=3400$) metastaatilise aksillaarse lümfisõlme sihitud aksillaarse dissektsiooni (targeted axillary dissection, TAD) efektiivsusest võrreldes traditsioonilise aksillaarse lümfadenektoomiaga, valvurlümfisõlmede biopsiaga (SLNB) peale adjuvantravi ja märgistatud lümfisõlmede biopsiaga (MLNB) rinnavähi patsientidel. Leiti, et TAD on kõige täpsem (sensitiivsus 97%, valenegatiivsuse määr 5% ja NPV 93%), võrreldes SLNBga vastavalt 92%, 14% ja 85%, $p<0,001$. Poolitud haigusvaba elumuse suhe TADil oli HR= 0.91 (95%CI, 0.64–1.29; $p = 0.58$). Järeldati, et TAD on optimaalne ja täpne miniinvasiivne aksillaarne tehnika. Selle rakendamine viib aksillaarkirurgia deeskaleerumisele, kuid ei mõjuta haigusvaba elumust. Tõenduse kvaliteet kõrge, aga TAD on laiem mõiste ja mitte ainult radioaktiivne implantaat.
10. Barranger, et al 2026 IODINE BREAST non-inferiority RCT ($n=378$), kus võrreldi RSLi traatmärgistusega mittepalpeeritava rinnavähi ravis. Esmane tulemusnäitaja oli mittetäieliku resektsiooni määr, milles RSL oli non-inferior. Reoperatsiooni määrad olid võrreldavad (mõlemad 13%). Patsiendi rahulolu oli võrreldav, RSLi rühmas esines vähem valu. Järeldati, et RSL defineerib uue standardi rinnavähi ravis, kombineerides täpsust, mugavust ja patsiendikesksust. Tõenduse kvaliteet kõrge.

Ravijuhised.

Ravijuhised soovitavad standardmeetodina valvurlümfisõlmede leidmist ja eemaldamist (SLND, tehakse ilma radioaktiivse joodita). Lisaks soovitatakse sihitud aksillaarset dissektsiooni (TAD) ühise põhimõttena, kusjuures radioaktiivse implantaadi märgistamisele eraldi soovitus ei leitud.

Markeerimist ja TADi soovitavad kõik olulised rinnavähi ravijuhised:

1. Loibl, et al 2024 Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38101773/>
2. Wöckel, et al 2018 Interdisciplinary Screening, Diagnosis, Therapy and Follow-up of Breast Cancer
3. Park, et al 2025 Sentinel Lymph Node Biopsy in Early-Stage Breast Cancer: ASCO Guideline Update
4. NCCN Breast Cancer Guidelines 2026

Ekspert toetab.

KTH. Ravijuhu keskmine hind on 500 eurot (kontroll mammograafiaga) või 1100 eurot (kontroll SPET/KT Single Photon Emission Computed Tomography), ICER vastavalt 5800 eurot ja 18 100 eurot ühe kordusoperatsiooni vältimiseks. Kuluefektiivsust selle tulemusnäitaja alusel hinnata ei saa. Eelarve mõju vastavalt 45 000 või 230 000 eurot aastas.

Kokkuvõttes on RISAS piisavalt uuritud mõõduka-tugeva tõendatuse tasemega alternatiiv täielikule aksillaarsete lümfisõlmede resektsioonile mittepäalpeeritava rinnavähi ja metastaatiliste lümfisõlmede operatsioonieelseks lokaliseerimiseks ja neoadjuvantravi eelseks märgistamiseks. RSL on täpsem, mugavam, vähem valu tekitav ja annab traatmärgistusega võrreldavaid ravitulemusi. Juhtivad ravijuhised soovivad märgistamist, kuid ei täpsusta selle vormi (võib kasutada traatmärgistust ja erinevaid alternatiive). Tõendus kilpnäärme kirurgias väga nõrk, peaaegu olematu. Ekspert toetab. Kuluefektiivsuse hinnangut ei ole võimalik võrrelda.

Diskussioon

Komisjon toetas üldiselt I-125 radioaktiivse implantaadi kasutuselevõttu mittepäalpeeritavate rinnakasvajate ja märgistatud lümfisõlmede lokaliseerimiseks. Leiti, et võrreldes praegu kasutatava traatmärgistusega pakub meetod olulisi praktilisi eeliseid, võimaldades suuremat logistilist paindlikkust ning andes kirurgile vabaduse valida operatsiooniks sobivaim ligipääs. Arutelu rõhutati, et kuigi ravitulemuste erinevused ei pruugi alati olla väga suured, on meetod patsiendi jaoks märgatavalt mugavam ja paremini talutav. Samuti toodi välja, et uuringute põhjal on radioaktiivse implantaadi kasutamisel väiksem positiivsete löikepiiride ja kordusoperatsioonide risk, mis võib omakorda vähendada patsientide edasise ravi vajadust.

Komisjon märkis, et radioaktiivne implantaat ei asenda tingimata kõiki seni kasutusel olevaid lokaliseerimismeetodeid. Kliinilises praktikas jäävad tõenäoliselt paralleelselt kasutusele ka traatmärgistus ning muud radionukliid- või markerpõhised lokaliseerimismeetodid, kusjuures sobiva meetodi valik sõltub konkreetsest kliinilisest olukorrast, kasvaja asukohast, rindade anatoomiast ning ravimeeskonna kogemusest.

Arutelu käigus pöörati tähelepanu ka taotluses kasutatud terminoloogiale. Leiti, et ingliskeelse termini „seed“ otsetõlge „seeme“ ei pruugi eesti keeles olla kõige sobivam, kuna võib patsientides tekitada eksitavaid seoseid. Lisaks on tervishoiuteenuste loetelus juba kasutusel termin „implantaat“, mis hõlmab I-125 sisaldavaid osakesi („Eesnäärmevähi brahhüteraapia radioaktiivsete, lühikese poolestusajaga ja madala aktiivsusega püsivate implantaatidega“ (kood 7426)). Arutelul tehti ettepanek kaaluda alternatiivseid termineid, näiteks „implantaat“, või muid nimetusi, nagu „kapsel“ või „tera“, mis kirjeldaksid kasutatavat radioaktiivset implantaatmarkerit patsientidele ja tervishoiutöötajatele arusaadavamalt. Samuti täpsustati terminite „sentinel“ ja „sentinel lümfisõlm“ kasutust ning tehti ettepanek asendada need terminiga „valvurlümfisõlm“. Viimane on kasutusel ka kehtivas tervishoiuteenuste loetelus: „1P2134 Valvurlümfisõlme biopsia ja operatsioon“.

SPET/KT kasutamise osas oli komisjon märksa kriitilisem. Leiti, et taotluse algne sisu puudutas radioaktiivse implantaadi paigaldamist, kuid hiljem lisatud SPET/KT kontrolluuringu vajadus ei olnud piisavalt põhjendatud. Komisjoni liikmed tõid välja, et rahvusvahelistes ravijuhistes ega kirjanduses ei ole SPET/KT kirjeldatud standardse kontrollmeetodina pärast kapsli paigaldamist. Tavapäraselt kontrollitakse implantaadi õiget paiknemist mammograafia või vajadusel ultraheli abil. Kuigi SPET/KT võib üksikjuhtudel olla kliiniliselt põhjendatud, näiteks keerukamate kombinatsioonuuringute või erilise anatoomia korral, ei nähtud põhjendatust selle rutiinseks kasutamiseks kõigil patsientidel. Samuti juhiti tähelepanu

võimalikule ressursikoormusele nukleaarmeditsiini osakondadele ning kulude märkimisväärsele suurenemisele.

Kaela piirkonna ja kordusoperatsioonide järgsete kollete lokaliseerimise osas tunnistati võimalikku kliinilist vajadust, eriti juhtudel, kus varasemad operatsioonid, kiiritusravi või armistumine muudavad kollete leidmise keeruliseks. Samas leiti, et nende näidustuste kohta on tõendusmaterjal piiratud ning komisjon ei saa nende kasutamist praeguse tõenduspõhisuse juures toetada. Komisjoni seisukoht oli, et rahastatavate näidustuste hulka tuleks arvata need kasutusjuhud, mille efektiivsust ja kasu toetab olemasolev tõendusmaterjal, eelkõige rinnavähi diagnostika ja ravi kontekstis. Muude näidustuste lisamiseks oleks vajalik täiendavate andmete esitamine või eraldi hindamine.

Kokkuvõttes kujunes komisjonis konsensuslik seisukoht toetada radioaktiivse implantaadi kasutamist rinnavähi diagnostika ja kirurgilise ravi näidustustel, kuid mitte siduda teenusega SPET/KT rutiinset kontrolluuringut. SPET/KT kasutamine võiks jääda erandjuhtudeks kliinilise põhjendatuse alusel ning selle rakendamise täpsemad tingimused tuleks vajadusel täiendavalt kokku leppida taotlejate ja Tervisekassa vahel.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas I-125 radioaktiivse implantaadi kasutamist rinnavähi kirurgias, leides, et meetod on tõenduspõhine ning pakub eeliseid võrreldes traatmärgistusega. Samas komisjon ei toetanud SPET/KT rutiinset kasutamist pärast implantaadi paigaldamist, kuna selle vajalikkus ei ole tõendatud ning enamasti piisab kontrolliks mammograafia või ultraheli. Kaela piirkonna näidustuste toetamiseks on olemasolev tõendusmaterjal ebapiisav.

Taotlus nr 1773 – Psühhiaatria (s.h lastepsühhiaatria) ja psühholoogia eriala nüüdisajastamine

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Tervisekassa

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on psühhiaatria, sh lastepsühhiaatria, ja psühholoogia eriala nüüdisajastamine tervishoiuteenuste loetelus. Nüüdisajastamise käigus soovitakse üle vaadata olemasolevate vaimse tervise teenuste hinnamudelid, teenuste kirjeldused ja rakendustingimused ning vajaduspõhiselt lisada uusi teenuseid. Eesmärk on, et teenuste hinnad kataksid teenuse osutamiseks vajalikke kulusid, kuid ei ületaks põhjendatud optimaalset ressursikulu.

Nüüdisajastamise käigus vadatakse ka üle ambulatoorse psühhiaatria tulemustasusüsteem. Senine tulemustasu on olnud seotud peamiselt protsessinäitajatega ega võimalda piisavalt hinnata ravi kvaliteeti, kättesaadavust, järjepidevust ega ravitulemusi. Seetõttu kavandatakse alates 2028. aastast uut meeleolu- ja ärevushäirete raviteekonnapõhist tulemustasusüsteemi, mis toetaks kvaliteetse ja järjepideva ravi osutamist ning oleks seotud nüüdisajastatud teenusmudeliga.

Eesti Psühhiaatrite Selts on kaardistanud järgnevalt psühhiaatria ja lastepsühhiaatria ettepanekud ja sisulised vajadused.

Psühhiaatria valdkonna peamised nüüdisajastamise vajadused

Psühhiaatrilise abi korralduses nähakse vajadust liikuda senisest enam meeskonnapõhise töökorralduse suunas. Oluliseks peetakse ravimeeskonna rolli raviplaani koostamisel ja

muutmisel, juhtumikorralduse süsteemset kasutamist ning erinevate spetsialistide koostööd patsiendi käsitlemisel.

Erialaseltsi hinnangul on ambulatoorsesse ravisse jõudvate patsientide probleemid muutunud keerukamaks ning nende käsitus eeldab rohkem võrgustikutööd, dokumenteerimist, andmetöötlust ja ravimeeskonna koostööd. Seetõttu peetakse vajalikuks, et teenuste kirjeldused ja hinnad arvestaksid paremini patsiendi käsitleuse tegelikku ressursikulu.

Tervisekassa on teinud ettepaneku lihtsustada ambulatoorsete vastuvõttude loetelu ning keskenduda esmase ja korduva vastuvõtu eristamisele. Samuti on arutelu all juhtumikorralduse integreerimine tavapärase raviprotsessi osaks ning selle sidumine lepingumahtudega.

Lastepsühhiaatria valdkonna peamised nüüdisajastamise vajadused

Lastepsühhiaatria valdkonnas toodi esile vajadus hinnata mitmete olemasolevate teenuste sobivust ning kaaluda uute teenuste loomist. Muudatusvajaduse keskmes on söömishäirete statsionaarse ravi ja päevaravi kompleksteenuse, väikelaste (0–7-aastaste) statsionaarse ravi erisused, kõrge riskiga laste ja noorukite ambulatoorne psühhiaatriline teenus, lastepsühhiaatri ja vaimse tervise õe vastuvõttude kestus ning hinnastamine, lastepsühhiaatria e-konsultatsiooni hind, lastepsühhiaatrilise voodipäeva ajapiirangud ning noorukite akuutpsühhiaatria voodipäeva teenus.

Tervisekassa hinnangul vajavad mitmed ettepanekud täiendavat analüüsi, sealhulgas hõive- ja ressursianalüüsi, et hinnata, kas olemasolevad teenused võimaldavad vajadusi piisavalt katta või on põhjendatud eraldi teenuste loomine või kõrgem hinnastamine.

Taotlus nr 1760 – Psühhiaatri ja vaimse tervise õe teenuste vanusepiiri tõstmine 25. eluaastani (k.a)

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Psühhiaatrite Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on tõsta psühhiaatri ja vaimse tervise õe alla 19-aastastele mõeldud teenuste vanusepiir kuni 25. eluaastani ehk laiendada teenuste kasutamise võimalust alla 26-aastastele isikutele.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Meditsiinilise tõenduspõhisuse eksperthinnangu kohaselt on vanusepiiri tõstmine meditsiiniliselt põhjendatud, kuna 19–25-aastaseid saab käsitleda noorukite ja noorte täiskasvanute sihtrühmana, kelle puhul on oluline tagada ravi järjepidevus ning võimalus saada arenguetapile vastavat abi. Samas rõhutati, et üksnes vanusepiiri muutmine ei taga automaatselt teenuse kvaliteedi ega kättesaadavuse paranemist. Muudatus peaks olema seotud vastava kompetentsi olemasolu, spetsialiseerunud ravimeeskondade ning tervikliku teenusekorraldusega. Kuid ekspert ei pidanud põhjendatuks siduda vanusepiiri tõstmist automaatselt kuni 90-minutilise vastuvõtu kestusega.

Taotlus nr 1778 – Vaimse tervise õe osutatav psühhoterapiateenus

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Õdede Liit, Vaimse Tervise Õenduse Seltsing, Eesti Psühhiaatrite Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on laiendada psühhoterapia teenuste osutajate ringi nii, et teenust saaksid osutada ja kodeerida ka vaimse tervise õed, kes on läbinud nõuetele vastava psühhoterapia väljaõppe ning omandanud vajaliku pädevuse. Eesmärk on parandada psühhoterapia kättesaadavust, vähendada ravijärjekordi ning tugevdada ambulatoorse psühhiaatrilise ravi järjepidevust. Samal ajal peetakse oluliseks säilitada kvaliteedi- ja ohutusnõuded, sealhulgas nõuded väljaõppele, dokumenteerimisele, supervisioonile ja raviprotsessi korraldusele.

Vaimse tervise eriala taotlusi arutati koos.

Diskussioon

Esmalt arutati ettepanekut laiendada laste- ja noorukite psühhiaatria pikema vastuvõtu võimalust kuni 26-aastastele noortele. Arutelu keskmes oli küsimus, kas piiratud psühhiaatriaressurssi tuleks kasutada laiemale sihtrühmale lühemate vastuvõttude pakkumiseks või keskenduda väiksemale hulgale raskemate probleemidega noortele kvaliteetsema ja pikema abi osutamiseks. Psühhiaatrite esindaja rõhutas, et vanuses 19–26 aastat avalduvad või kujunevad välja mitmed rasked psüühikahäired, sealhulgas isiksushäired, psühhosidid, skisofreeniaspektri häired ja bipolaarne häire. Esindaja hinnangul mõjutab just selles eluetapis antud intensiivsem abi oluliselt haiguse edasist kulgu ning võib vähendada hilisemat vältimatut abi, statsionaarse ravi ja korduvate kriiside vajadust. Samas tunnistati, et eesmärk ei ole parandada teenuse üldist kättesaadavust, vaid kasutada olemasolevat ressursi tõhusamalt nende patsientide jaoks, kelle puhul sellest on kõige rohkem kasu.

Mitmed komisjoni liikmed tõid aga välja, et vastuvõtuaja pikendamine tähendab paratamatult väiksemat vastuvõttude arvu ning seega võib psühhiaatrilise abi kättesaadavus hoopis väheneda. Küsiti, miks peaks pikema vastuvõtu võimalus sõltuma vanusest, kui raskete psüühikahäiretega patsiente leidub ka vanemates vanuserühmades. Pakuti välja personaliseeritud lähenemist, kus pikemad vastuvõttud oleksid seotud patsiendi seisundi raskuse, mitte vanusega. Sellele vastati, et diagnoosipõhine või individuaalne diferentseerimine oleks praktiliselt keeruline. Psühhiaatrias ei ole sageli võimalik haiguse raskust või lõplikku diagnoosi esmase pöördumise hetkel kindlalt määrata ning näiteks isiksushäire diagnoosi ei peeta nooremas eas alati sobivaks. Psühhiaatrite hinnangul on 26. eluaasta piir rahvusvaheliselt levinud noorukite psühhiaatria vanusepiir, mis lähtub ka aju arengust ja isiksuse küpsemisest.

Perearstide esindaja ei pidanud ettepanekut piisavalt põhjendatuks. Esindaja hinnangul ei paranda vastuvõtuaja pikendamine kättesaadavust ning võib hoopis suurendada survet esmatasandi arstiabile. Samuti rõhutati, et Eestis ei ole veel välja kujunenud toimivat astmelist vaimse tervise abi süsteemi ega piisavalt vaimse tervise õdesid, mistõttu ei ole selge, kuidas hakkaksid abi saama need patsiendid, kes pikemate vastuvõttude tõttu psühhiaatrile enam ei pääse.

Arutelus jõuti arusaamisele, et suure osa 19–26-aastaste patsientide probleemidest moodustavad ärevus- ja depressioonihäired, mida võiks suuremas ulatuses käsitleda esmatasandil, vaimse tervise õdede abil või digilahenduste kaudu. Samas peeti oluliseks säilitada võimalus pakkuda intensiivsemat ja pikemat ravi neile noortele, kellel on raskemad ja keerulisemad psüühikahäired.

Oluliseks teemaks kujunes ka psühhiaatrite tööjõupuudus. Toodi välja, et eriti Harjumaal on üha rohkem spetsialiste liikunud tasulisse sektorisse ning riiklik süsteem ei suuda enam kõiki

vajadusi katta. Näitena toodi ATH diagnostika, mille puhul suunatakse patsiente juba praegu sageli erasektoris, kuna avalikus süsteemis puudub vajalik võimekus.

Arutelu lõpuks tõdeti, et komisjonis puudub konsensus nii vanusepiiri tõstmise kui ka vastuvõtuaegade pikendamise küsimuses. Ühiselt nõustuti siiski, et noorte psühhiaatriline abi vajab suuremat tähelepanu ning kui raskemate juhtumite jaoks soovitakse rohkem ressursi suunata, tuleb samal ajal leida lahendus ka nende patsientide jaoks, kes hakkaksid senisest enam abi saama esmatasandilt või muudest teenustest. Komisjon tegi ettepaneku jätkata teema arutamist koostöös Tervisekassa ja Sotsiaalministeeriumiga, et kujundada laiem tervishoiukorralduslik lahendus, mis tasakaalustaks vaimse tervise abi kvaliteedi, kättesaadavuse ja olemasolevad ressursid.

Teiseks arutati psühhiaatriliste ambulatoorsete vastuvõtude teenuskoodide lihtsustamist ning üleminekut esmase ja korduva vastuvõtu eristamisele. Tervisekassa ettepanekuks on vähendada loetelus erinevate vastuvõtukoodide hulka ning koondada senised aktiivravi, toetusravi ning psühhiaatri ja vaimse tervise õe ühise vastuvõtu koodid ühtsema loogika alla, säilitades samas psühhiaatri ja vaimse tervise õe iseseisvad teenused. Arutelus leiti, et esmase ja korduva vastuvõtu eristamine on põhjendatud, kuna esmane visiit nõuab üldjuhul rohkem aega ja põhjalikumat hindamist. Samuti aitab see ühtlustada teenuste korraldust teiste erialadega. Kavandatava mudeli järgi peaks iga eriarsti vastuvõtule üle võetud patsient jõudma läbi e-konsultatsiooni ning seetõttu sisaldaks esmane vastuvõtt ka e-konsultatsiooni. Korduv vastuvõtt hõlmaks juba ravile võetud patsiendi edasist jälgimist ja ravi.

Komisjoni liikmed juhtisid tähelepanu vajadusele täpsustada vaimse tervise õe rolli ning lahendada rahastusmudeliga seotud küsimused, näiteks olukordades, kus e-konsultatsiooni järel kutsutud patsient vastuvõtule ei ilmu. Üldiselt toetati esmase ja korduva vastuvõtu eristamise ettepanekut.

Komisjon arutas ka lastepsühhiaatria teenuste, sh söömishäirete voodipäeva ja päevaravi võimalikke erisusi. Leiti, et erialaselt ettepanekud on praegu ebapiisavalt põhjendatud, eelkõige puudub selge analüüs ressursside ja vajaduse kohta. Tõdeti, et teenusekoodide või erisuste loomine eeldab põhjalikku taotlust koos selge argumentatsiooniga. Komisjon leidis, et erialaselt peab ettepanekud uuesti läbi töötama ja esitama täiendatud, sisuliselt põhjendatud taotlused.

Viimaks uuriti komisjonilt, kas nähakse veel muutmise vajadusi, millele erialaselt või Tervisekassa ei ole tähelepanu pööranud. Komisjon arutas laiemalt psühhiaatria ja vaimse tervise teenuste arendamist, keskendudes peamiselt esmatasandi vaimse tervise õdede olukorrale, psühhoteraapia korraldusele ning digilahenduste kasutuselevõtule. Tõdeti, et vaimse tervise õdedel puudub piisav süsteemne tugi ja supervisioon, mis suurendab läbipõlemise riski. Psühhoteraapia osas rõhutati vajadust selgelt piiritleda ja kirjeldada tõenduspõhised teenused ning tagada kvaliteetne väljaõpe. Lisaks arutati tehisintellektil ja digivahenditel põhinevate lahenduste potentsiaali töökoormuse vähendamisel, kuid rõhutati nende rakendamise selget raamistikku.

Komisjoni arvamus

Kokkuvõttes komisjonis puudus üksmeel nii vanusepiiri tõstmise kui ka pikemate vastuvõtude laiendamise osas, leides samas, et ressursside suunamisel raskematele juhtumitele tuleb tagada lahendused ka teiste patsientide jaoks. Üldiselt toetati teenusekorralduse lihtsustamist, kuid rõhutati, et vaimse tervise abi vajab terviklikumat süsteemset arendamist, mitte üksikuid muudatusi.

2. Tervishoiuteenuste loetelu lihtsustamine

Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu (TTL) on praegu väga mahukas ja keeruline, mis sisaldab ligikaudu 3000 teenust, ravimiteenust ja meditsiiniseadet. Teenused on jaotatud erialade ja valdkondade kaupa ning nende rakendamise tingimused on sageli detailsed ja keerukalt sõnastatud. Mõnel juhul võib ühe paragrahvi kohta olla üle saja tingimuse, mis teeb vajaliku info leidmise ja üheselt mõistmise raskeks. Selline keerukus võib viia olukorrani, kus rakendustingimusi ei märgata või tõlgendatakse neid erinevalt. See omakorda võib põhjustada ebaühtlast kodeerimispraktikat ja teenuste mitte-sihtotstarbelist kasutamist, mis mõjutab raviraha kasutamise tõhusust. Lisaks ei ole kõikide teenuste puhul võimalik automaatkontrolli rakendada, kuna vajalikud andmeväljad puuduvad või esinevad erandid.

Probleemide lahendamiseks on ette nähtud TTL-i lihtsustamine, mille eesmärk on muuta loetelu selgemaks, kasutajasõbralikumaks ja paremini hallatavaks. Eesmärk on, et tervishoiutöötajad leiaksid teenused kiiremini, mõistaksid üheselt nende tingimusi ning kasutaksid teenuseid ühtsemalt eri asutustes. See vähendaks vigu, parandaks kontrollitavust ning aitaks tagada ravikindlustuse vahendite sihipärasemat kasutust. Üheks peamiseks kavandatavaks muudatuseks on TTL-i põhiteksti süstematiseerimine ning rakendustingimuste koondamine tabelisse teenuse nime ja piirhinna juurde. Teenuste loogika ja sisu jääks samaks, kuid määrus muutuks lühemaks ja selgemaks ning tingimused oleksid paremini nähtavad ja ühtsemalt esitatud. See muudaks ka loetelu muutmise ja haldamise lihtsamaks, kuigi võib kaasa tuua mõningaid tehnilisi väljakutseid, näiteks dubleerimist või tabeli ümberkujundamise vajadust muudatuste korral.

Lihtsustamise protsess viiakse ellu sammhaaval ning hõlmab esmalt rakendustingimuste sõnastuse standardiseerimist ja tõstmist tabelisse. Teenuste põhjalikum ülevaatamine toimub erialade kaupa nüüdisajastamise protsessiga. Eesmärk on rakendada uuendatud ja lihtsustatud loetelu alates 2027. aasta jaanuarist.

Kokkuvõttes oodatakse komisjonilt hinnangut sellele, kas kavandatud muudatused parandavad loetelu arusaadavust ja ühtlustavad teenuste rakendamist, millised riskid võivad lahendusega kaasneda ning kas on vaja kaaluda täiendavaid või alternatiivseid lahendusi.

Diskussioon

Komisjon väljendas üldist toetust tervishoiuteenuste loetelu (TTL) lihtsustamisele, eelkõige rakendustingimuste selgemale ja paremini leitavale esitamisele. Osalejad leidsid, et praeguses olukorras on teenuste koodide ja rakendustingimuste leidmine ajamahukas ning keeruline, mis võib igapäevatööd takistada ja tekitada tõlgendamisprobleeme. Seetõttu peeti kavandatavat muudatust, kus rakendustingimused tuuakse teenuse juurde tabelkujul, sammuks selgelt parema ja kasutajasõbralikuma süsteemi suunas.

Samal ajal rõhutati, et kuigi vorm muutub lihtsamaks, ei tohi sisu muutuda ega kaduda. Toodi välja, et oluline on säilitada selgus selles, millised tingimused kehtivad konkreetse teenuse juures ja millised on üldtingimused, mis kehtivad laiemalt. Korduvalt rõhutati vajadust vältida olukorda, kus osa tingimusi jääb kasutajale märkamatuks, mistõttu pakuti välja, et üldtingimused võiksid olla visuaalselt selgelt eristatavad, näiteks märgistuse või eraldi struktuuri abil.

Täpsustati, et koodide sisuline koondamine või ümberkujundamine ei ole selle etapi osa ning seda tehakse erialaseltsidega eraldi protsessina teenuste nüüdisajastamise käigus. Praegune muudatus keskendub eelkõige esitlusviisi ja loetavuse parandamisele, mitte teenuste sisu

muutmisele. Lisaks toodi välja, et standardiseerimine toetab pikemas plaanis ka automaatkontrollide arendamist ja ühtsemat kodeerimispraktikat.

Komisjoni arvamus

Kokkuvõttes komisjon toetas tervishoiuteenuste loetelu lihtsustamist ja rakendustingimuste esitamist tabelkujul.