

TERVISEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS KOOS TÄITMISJUHISTEGA

Juhime tähelepanu, et Tervisekassa avalikustab taotlused kodulehel. Konfidentsiaalne informatsioon, mis avalikustamisele ei kuulu, palume tähistada taotluse tekstis märkega „konfidentsiaalne“.

1. Taotluse algataja	
1.1 Organisatsiooni nimi (taotleja) <i>Tervishoiuteenuste loetelu muutmise ettepaneku (edaspidi taotlus) esitava organisatsiooni (edaspidi taotleja) nimi¹. Kui taotlus esitatakse mitme erialaühenduse poolt, märgitakse taotluse punktis 1.1 taotluse algatanud erialaühenduse nimi ning seejärel kaasatud erialaühenduse ehk kaastaotleja nimi punktis 1.6.</i>	Eesti Perearstide Selts
1.2 Taotleja postiaadress	Sõpruse pst 179, Tallinn 13415
1.3 Taotleja telefoninumber	5209875
1.4 Taotleja e-posti aadress	info@perearstiselts.ee
1.5 Kaastaotleja	
1.6 Kaastaotleja e-posti aadress	
1.7 Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi	Diana Ingerainen
1.8 Kontaktisiku telefoninumber	5209875
1.9 Kontaktisiku e-posti aadress	diana@tohter.ee
2. Taotletav tervishoiuteenus	
2.1. Tervishoiuteenuse kood tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse korral <i>Kui muudatus ei ole seotud loetelus kehtestatud konkreetse teenusega või on tegemist uue teenuse lisamise ettepanekuga, siis teenuse koodi ei esitata.</i>	
2.2 Tervishoiuteenuse nimetus	Tervisejuhi valdkonnaülene teenuste koordineerimine esmatasandil
2.3. Taotluse eesmärk <i>Märkida rist ühe, kõige kohasema taotluse eesmärgi juurde. Risti lisamiseks vajutada sobilikul ruudul parempoolsele hiireklahvile ning avanenud menüüst valida „Properties“ – „Default value“ – „Checked“</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse lisamine loetellu <input type="checkbox"/> Uue ravimiteenuse lisamine loetellu <input type="checkbox"/> Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse <input type="checkbox"/> Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse <input type="checkbox"/> Olemasolevas tervishoiuteenuses sihtgrupi muutmine (sh. laiendamine või piiramine) <input type="checkbox"/> Eriala kaasajastamine (terve ühe eriala teenuste ülevaatamine)	

¹ Vastavalt Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikele 5 võib taotluse esitada tervishoiuteenuste osutajate ühendus, erialaühendus või Tervisekassa.

- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse (nt. teenuses olemasoleva kulukomponendi muutmine)²
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kohaldamise tingimuste muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või uue tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse ega teenuse sihtgrupi muutmisest (nt. teenuse osutajate ringi laiendamine, teenuse kirjelduse muutmine)³
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kindlustatud isiku omaosaluse määra, Tervisekassa poolt kindlustatud isikult ülevõetava tasu maksmise kohustuse piirmäära muutmine⁴
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse nimetuse muutmine⁵
- Tervishoiuteenuse väljaarvamine loetelust⁶
- Üldkulude ühikuhindade muutmine vastavalt määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Tervisekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ § 36 lõikele 2⁷

2.4 Taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus

Esitada lühidalt taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus, mida taotletakse ja millistel põhjustel.

Peamine eesmärk on tagada komplekse teenusvajadusega patsientidele sujuv selgelt eesmärgistatud teenuseosutamine ja vältida raviteekonna katkemist.

Teised eesmärgid on:

- Vältida riskirühma kuuluvate patsientide (krooniliste) haiguste ja nendega seotud sotsiaalprobleemide süvenemist ning tagada riskipõhine tervise juhtimine ja proaktiivne valdkondadeüleline koordineeritud abi, mis toetab kodust iseseisvat toimetulekut ning ennetab EMOsse, haiglaravile ning hooldekodusse sattumist, samuti ennetab re-hospitaliseerimisi peale haiglaravi
- Vähendada riskirühma kuuluvate inimeste ekslemist erinevate teenuseosutajate vahel asjatult süsteemi koormates
- Toetada peremeditsiinisüsteemi jätkusuutlikkust vähendades perearstide ja pereõdede koormust, mis on seotud kompleksse teenusvajadusega patsientide sotsiaalprobleemidele lahenduse otsimisega
- Luua võimalus teistele tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajatele (nt kiirabi, KOV sotsiaaltöötaja jt) aga ka kogukonna liikmetele saada abivajaja märkamise korral esmatasandi tervisemeeskonnaga lihtsasti kontakti.

3. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

3.1 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus (ehk sõnaline sihtgrupi kirjeldus)

Esitada üksnes teenuse need näidustused, mille korral soovitakse teenust loetellu lisada, ravimikomponendi osas ravimiteenust täiendada, tehnoloogia osas tervishoiuteenust täiendada või teenuse sihtgruppi laiendada.

NB! Kui erinevate näidustuste aluseks on erinev kliiniline tõendusmaterjal, palume iga näidustuse osas eraldi taotlus esitada, välja arvatud juhul, kui teenust osutatakse küll erinevatel näidustustel, kuid ravitulemus ja võrdlusravi erinevate näidustuste

Mitmete krooniliste haigustega (kolm ja enam süsteemset organsüsteemi haigust, millest vähemalt üks kuulub järgnevasse valikusse südame-veresoonkonna haigused sh kõrgvererõhutõbi, südame puudulikkus ja insult, COPD ja astma, diabeet va kasvaja ja psühhiaatrilised diagnoosid) tervishoiuteenuseid ja sotsiaalabi vajavad inimesed, kelle kroonilised haigused on väljunud kontrolli alt ja kelle toimetulematus sotsiaalsete probleemidega võib viia krooniliste haiguste edasise ägenemiseni

² Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 6

³ Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2 ja 12 ning kui on kohaldatav, siis ka 7 ja 8

⁴ Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2, 5.1, 11.4 ja 12.

⁵ Vajalik on täita taotluse punktid 1-2

⁶ Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 5.1

⁷ Vajalik on täita taotluse punktid 1 ja 2 ning seejärel esitada kuluandmed meetodika määruse lisades 12 ja 13 toodud vormidel: „Tervishoiuteenuse osutaja kulud ressursside kaupa“ ja „Tervishoiuteenuse osutaja osutatud teenuste hulgad“

<p><i>lõikes on sama ning teenuse osutamises ei ole olulisi erisusi.</i></p>	<p><i>ning aktiivravi vajaduseni. Teenus sobib ka algava dementsusega patsientidele kuid ei sobi dementsetele patsientidele.</i> <i>Sotsiaalsetest teguritest suurendab kõige rohkem riski üksi elamine.</i></p>
<p>3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)</p>	<p>Tervisejuhi valdkonnaülese koordinaatsiooni teenuse osutamiseks sobilike krooniliste haiguste diagnooside valikul lähtutakse nn ambulatoorsele ravile tundlikest diagnoosidest. Need on haigused, mille korral esmatasandil on võimalik vähendada hospitaliseerimise riski - kõrgvererõhutõbi, südame puudulikkus ja insult, COPD ja astma, diabeet.</p> <p>Riskirühma valikul tuleks lähtuda mitte üksikdiagnoosidest vaid erinevate haiguste poolt tekitatud akumuleerunud riskist. Riski hindamiseks kasutatakse reeglina populatsiooni stratifitseerimise/segmenteerimise vahendit, mis võimaldab riskirühma ajalooliste tervishoiuandmete alusel määrata. Tuleb arvestada siiski, et juhul kui perearsti hinnangul patsient, kes automatiseeritud eelselektiooni alusel riskirühma ei kuulu, siiski vajab teenust, peab olema võimalik patsiendile Tervisejuhi teenus määrata.</p> <p>Praegu kasutab Tervisekassa Maailmapanga riskihindamise algoritmi. Antud algoritmi probleemiks on see, et selekteeritakse välja ainult üks konkreetsetele tunnustele vastav populatsiooni grupp. Osa populatsioonist, kes antud kriteeriumitele ei vasta, jääb riski hindamisest välja st pole teada, milline on nende risk.</p> <p>Kuna perearsti ei pea tegelema ainult ühe riskirühmaga, vaid vajab ülevaadet kõigi oma nimistu inimeste riskidest, soovitab WHO kasutusele võtta populatsiooni riskihalduse abivahendi ehk algoritmi, mis grupeerib kogu populatsiooni erinevatesse riskirühmadesse [3]. Selle abil saab perearst otsustada, milliste riskirühmade osas ta milliseid sekkumisi peab planeerima. Erinevad populatsiooni riskihalduse algoritmid prognoosivad erinevaid riske.</p> <p>Näiteks PAIK projektis kasutusel olev GMA riskihindamise algoritm jagab kogu populatsiooni riskirühmadesse ja prognoosib võrreldes mitme teise mudeliga oluliselt paremini just EMO-sse ja</p>

	haiglasse sattumise tõenäosust ning kõrgeid tervishoiukulusid arvestades lisaks kroonilistele haigustele ka hiljutisi traumasid ning diferentseerides iga riskigrupi siseselt patsiendi raskusastet. [4]
--	--

3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või tervise seisundi iseloomustus

Kirjeldada haiguse või tervise seisundi levimust, elulemust, sümptomaatikat jm asjasse puutuvat taustainfot.

PAIK projekti andmetel vajab ca 5% populatsioonist vanusega süvenenud mitmete krooniliste haiguste kompleksset ravi ja samaaegset tuge sotsiaalprobleemide lahendamisel. Tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem, mis ei ole kohandatud integreeritud teenuseosutamiseks, ei tule sellistel puhkudel toime inimestele sujuva abi osutamisega. Traditsiooniline tervishoiuteenuse osutamine on reaktiivne, haiguspõhine ja teekonnapõhine. See tähendab, et inimese pöördumise korral tegeleb spetsialist tema konkreetse kaebusega. Kui selgub, et inimene vajab veel mõnda teenust, suunab spetsialist abivajaja järgmise teenuseosutaja juurde, kes toimib samalaadselt ja nii moodustub teenuseosutamise jada ehk teekond. Selline teenuseosutamise viis on sobilik sihtgrupile, kellel on aegajalt akuutseid terviseprobleeme, mis ravi saamisel mööduvad. Inimesele jaoks, kellel on korraka mitmeid kroonilisi süsteemseid haigusi, millega kaasnevad sageli ka sotsiaalsed probleemid, muutuvad teekonnad traditsioonilise teenuseosutamise korral pikaks ja keerukaks. Inimene tajub süsteemi fragmenteerituna ja on segaduses suurest hulgast teenustest, mille saamiseks ta peab vaeva nägema. Tõuseb risk, et inimese raviteekond katkeb ja tema vajadused jäävad katmata. Selle tulemusel kroonilised haigused süvenevad ja ägenevad ning ebastabiilses olukorras inimene satub peagi erakorralise meditsiini osakonda ja/või hospitaliseeritakse.

Paljusid erinevaid teenuseid paralleelselt vajava inimeste sihtgrupi jaoks on teistes riikides kasutusel koordineeritud ja integreeritud teenuseosutamine, mille tulemusel hinnatakse riskigrupi kuuluva inimese tervikvajadus teenuste järele kohe eel määratud sisenemispunktis ja koostatakse vajadustelevastav ravi- ja hooldusplaan, mis sisaldab nii tervishoiu kui sotsiaalteenuseid. Plaani täitmise eest vastutab koordinaator ehk Tervisejuht, kes töötab reeglina esmatasandil perearsti meeskonnas. Tervisejuhi ülesanne on parandada riskigrupi kuuluva inimese terviseharitust, motiveerida teda oma tervise eest hoolitsema ja aidata inimest õigeaegselt vajalike tervise- ja sotsiaalteenuste saamisel eesmärgiga toetada võimalikult pikalt inimese toimetulekut koduses keskkonnas. Tegemist on sisuliselt sekundaarse preventsiiooniga.

4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhisus

4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus

Selgitada lühidalt taotluse aluseks olevate kliiniliste uuringute jm teaduspõhiste kirjandusallikate otsimis- ning valikukriteeriume: millistest andmebaasidest otsiti, milliste märksõnade ning täpsustavate kriteeriumidega. Nt. uuringuid otsiti PubMed-ist (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Otsingu märksõnad olid „diabetes in pregnancy“, valikukriteeriumiks oli insuliinravi enne rasedust ning täistekstina kättesaadavad ingliskeelsed artiklid, mis on avaldatud alates 1. jaanuarist 2000. Otsingu tulemusel leiti 10 uuringut, millest on kajastatud taotluses 3 uuringu tulemused, kuna teiste uuringute valimi maht oli väike (vähem kui 20 isikut).

Teenuse tõenduspõhisus seisneb sihtrühma krooniliste haiguste stabiliseerumises, kuluefektiivsus kaasneb abi osutamise liikumisega eriarstiabist rohkem esmatasandile.

OECD on hinnanud eakatele suunatud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koordinatsiooni tõenduspõhisust erinevates OECD riikides ja jõudnud järeldusele, et peamised komponendid, mis võimaldavad efektiivsust saavutada on valdkonnaülene teenuskoordinatsioon koos juhtumikorraldusega, multidistsiplinaarsete meeskondade kaasamine ja integreeritud infosüsteemid.

Kuluefektiivsus sõltub olulisel määral järgnevatest teguritest[2]:

- Koordineeritud ravile allutatud krooniliste haiguste valikust (sagedamini on näidanud kulutõhusust fokuseeritus järgnevatele haigustele: südame-veresoonkonna haigused, COPD ja astma, diabeet)
- Esmatasandi teenuseosutajate integreeritusest (näiteks on erinevates lokatsioonides tegutsevad juriidiliselt eraldiseisvad teenuseosutajad – nõrgalt integreeritud, ühe juriidilise isiku alla koondunud eraldi lokatsioonides tegutsevad teenuseosutajad või samas lokatsioonis tegutsevad juriidilised eraldiseisvad teenuseosutajad – keskmiselt integreeritud, ühes lokatsioonis tegutsevad ühe juriidilise isiku alla koondunud teenuseosutajad – tugevalt integreeritud)
- Sellest, kas tervishoiu- ja sotsiaalteenuste korraldamine ja rahastamine toimub samal või erineval organisatoorsel tasandil ja kas korraldus ja rahastamine on omavahel koordineeritud
- Sellest, kas rahastamine toetab osapoolte koostööd või pigem loob teenuseosutajate vahel konkurentsi ja pärsib koostööd
- Tervishoiusüsteemi eelnevast efektiivsusest (st mil määral osutatakse eriarstiabis teenuseid, mida võiks osutada esmatasandil)

Teenuse efektiivsust, ehk võimet suunata tervishoiuteenuste osutamine eriarstiabist esmatasandile, mõjutab ka teenuste valik esmatasandil näiteks koduteenuste valik.

Kuna Eesti on võtnud suuna tervishoiu- ja sotsiaalsektori tihedamale integreerimisele, on allolevas tabelis toodud näited eeskätt riikidest/piirkondadest, mis paistavad silma süsteemse tervise- ja sotsiaalsektori koostöö toetamisega.

4.2 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel

	(1)Hispaania, Baskimaa Integrated care model for multimorbid patients [5] [7]
	(2) Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care [6]
	(3) Effectiveness of a community care management program for multimorbid elderly patients with heart failure in the Veneto Region [8]
4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i>	(1) Overall, 856 patients were recruited (475 intervention and 381 control). 1) age 65 or older; 2) a minimum of two chronic diseases, with at least one of them being chronic obstructive pulmonary disease (COPD), diabetes mellitus, or chronic heart failure (CHF); 3) classified as complex by their care system, considering, among others, severity, increased vulnerability, complex health needs, high risk of hospitalization, and/or intensive use of resources; and

	4) able to understand the study instructions and requirements, either independently or with the assistance of their caregiver.
	<p>(2) The sample under study was a cohort of chronic patients (N = 714) with complex multimorbidity. Patients were identified either during the hospital discharge process or in the community health care setting. In both cases, physicians in charge assessed predefined criteria for inclusion in the CM intervention. These criteria included adult patients with the presence of three or more chronic diseases with complex degrees of severity, including at least one of the following: heart failure, chronic renal failure, chronic pulmonary disease, neurological disease with moderate or severe permanent cognitive disability, and diabetes mellitus with target organ disease.</p> <p>We excluded patients from the study when they were facing an end of life situation, and specific clinical conditions that required a different follow-up intervention: inflammatory bowel disease, amyotrophic lateral sclerosis, cystic fibrosis, hepatitis C, and/or mental health disease. In addition, we excluded patients under treatment with non-invasive ventilation devices and particular cases in which the adequacy of the real follow-up was not that established by the chronic CM program.</p> <p>The sample under study had a mean age of 78.5, where 69.3% of the patients were over 75 years old. The percentage of women was 50.7%. The average number of systems affected by the multimorbidities of the patients was 4.95 and the average number of organs affected was 8, and the most prevalent affected system was the cardiac system. Around 1 out of 5 patients died during the CM intervention</p>
	(3) 330 patients > 65 years suffering from CHF and multimorbidity
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	(1)The model includes a comprehensive baseline assessment; individualised care plans; care from a multidisciplinary team; co-ordinated hospital discharge; patient empowerment programs; and a strong health information system. Eligible patients are identified through a sophisticated risk stratification system, which covers 100% of the population.
	(2) Description of the Case Management general intervention:

	<p>-Initiation into the CM program: comprehensive assessment and patient empowerment -Development of the Case Management Care Plan -Follow-up</p> <p><i>The Primary Health Care Team (PHCT), formed by a general practitioner and a community nurse, together with the nurse case manager were responsible for the scheduled follow-up period and the reference for the enrolled patients. The scheduled care plan for the PHCT was based on face-to-face meetings through home visits or consultations depending on the functional status and the needs of the patients. Patients received one contact every two months by each member of the team alternately.</i></p> <p><i>At the same time, case manager nurses from the Telemedicine Unit were responsible for the remote follow-up through structured phone calls carried out every 15 days, consecutively. The interviews focused mainly on functional and clinical outcomes, monitoring of signs and symptoms of exacerbation of each disease, and reinforcing health recommendations to patients.</i></p> <p><i>When potential social risk was identified, a social worker was involved in the care plan. The appointments with the outpatient clinic were continued as expected and planned by each specialist.</i></p> <p>In addition, the integrated care intervention has the support of the Hospital at Home (HaH) unit, which is focused on avoiding hospital admissions when the management of exacerbations is possible in the community.</p>
	<p>(3) The intervention was provided by care manager nurses and General Practitioners working in the community. CMP emphasized prevention, self-management, continuity and coordination of care.</p>
<p>4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus</p>	<p>(1)The intervention group received the integrated care program and the control group received usual care.</p>
	<p>(2) We analyzed the effectiveness of the CM intervention by comparing the resource utilization of the same patients before and after being included in CM. Thus, we have two groups: a pre-intervention group, where we take into account the number of admissions and LoS of the patients one year before their inclusion in the CM intervention; and an intervention group, where we take into account the number of admissions and LoS of the patients until their discharge from CM regardless of its cause.</p>
	<p>(3) Reference group received usual care</p>

4.2.4 Uuringu pikkus	(1)9-12 kuud
	(2) 365 päeva
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	(1) number of contacts with GP via phone, face-to-face visits, number of hospitalisations, number of emergency visits (2) unplanned admissions, emergency room visits, LoS, unplanned hospitalization LoS, admissions in hospital at home, LoS of hospital at home (3)hospitalization, ER visits
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	(1)Target group: -had higher number of contacts with their GP (via phone) per year (6.7 versus 3.6 in the control group, p=0.002) (results for face-to-face visits were not statistically significant) -had a lower number of hospitalisations per year (1.6 versus 2.3 in the control group, p=0.008) -had a lower number of emergency visits per year (0.3 versus 1.3 in the control group, p<0.001)
	(2) The results of the two-tailed matched Wilcoxon's hypothesis test, with a significance level at $\alpha = 5\%$ showed statistically significant differences: - for the rate of unplanned admissions mean - before 1,01 after 0,58 (median difference 0.23, CI 95% [0.08, 0.38]) - for the rate of emergency room visits mean - before 2,57 after 1,87 (median difference 0.28 [0.10, 0.50]). - LoS showed statistically significant differences for the rate of unplanned hospitalization LoS – mean before 10,21 after 5,31 (median difference 2.75 [1.25, 4.27]) - rate of admissions in hospital at home showed a significant increase – mean before 0,68 after 1,02 (median difference -0.59 [-0.91, -0.36]). - Mean of LoS of hospital at home was before 9,19 and after 4,38
	(3)The intervention group showed a reduction over time by 39% in hospitalization rates and by 33% in ER visits. The recourse to hospital care and ER did not change in the reference group.
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	

Kui soovite kirjeldada mitut erinevat kliinilist uuringut, siis palume kopeerida väljad 4.2.1-4.2.8.

Maksimaalselt palume kajastada kuni 5 teaduslikku uuringut.

4.3 Tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi ohutuse kohta	
Teenus ei halvenda ravi ohutust	
4.3.1. Kõrvaltoimete ja tüsistuste iseloomustus	
Kõrvaltoime/ tüsistuse esinemissagedus	Kõrvaltoime/ tüsistuse nimetus
Väga sage ($\geq 1/10$)	puuduvad
Sage ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$)	puuduvad
Rasked kõrvaltoimed	puuduvad
Võimalikud tüsistused	puuduvad
4.3.2 Kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi	
<i>Kirjeldada, milliseid teenuseid ja ravimeid on vajalik patsiendile osutada ning millises mahus, et ravida tekkinud kõrvaltoimeid ning tüsistusi.</i>	
<i>Nt: Perifeersete dopamiinergiliste toimete põhjustatud kõrvaltoimeid (iiveldus, oksendamine ja ortostaatiline hüpotensioon) saab kontrolli all hoida domperidooni manustamisega kuni tolerantsuse tekkimiseni 3-6 nädala jooksul pärast subkutaanse apomorfiinravi alustamist, mille järel võib domperidooni manustamise lõpetada.</i>	

4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas

Kirjeldada publitseeritud ravi tulemusi maailmapraktikas, kui puuduvad tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse ja ohutuse kohta avaldatud kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel.

Koordineeritud ja integreeritud teenuseosutamine kompleksse vajadusega eakatele on alguse saanud USA-st, kus on ka põhjalikult teenuse efektiivsust. Mõned näited on toodud järgnevas tabelis, kuid põhjalikum ülevaade on kättesaadav siit:

<https://www.commonwealthfund.org/publications/2019/feb/care-models-patients-complex-needs>

Model	Target population	Population segments	Elements of person-centered care	Outcomes
CareMore	Medicare Advantage plan members in California, Nevada, Arizona, Virginia, Ohio, and Medicaid managed care plan members in Tennessee and Iowa	Adults <65 w/ disabilities Frail older adults Major chronic conditions Multiple chronic conditions	Individualized care plan, Ongoing care plan review, Interdisciplinary care team, Active care coordination, One lead point of contact, Continual data-sharing, Education for providers and patient, Performance measurement/CQI	lower 30-day hospital readmission rates (13.8% vs. 19.6%) and shorter hospital length-of-stay (3.2 days vs. 5.6-day average)
GRACE Team Care	Low-income elderly with multiple diagnoses	Behavioral & social needs Advanced illness		7.1% reduction in ED visits, 14.8% fewer 30-day readmissions, 37.9% fewer hospital admissions, 28.5% fewer total bed days of care, and lower costs
Partners Healthcare ICMP	Individuals who are high-cost and/or have complex conditions			After 3 years 20% lower for hospital admissions 13% lower for ED visits, 7% annual net savings.

Tänaseks on kõigis USA osariikides [11] loodud PACE programmi (Program Of All-Inclusive Care For The Elderly) kaudu loodud eeldused eakatele integreeritud teenuste osutamiseks. Selleks on Medicare, Medicaid ja osariigi sotsiaalteenuste osakond kokku leppinud spetsiaalse ühisrahastuse mehhanismi (nn pooli) [13], mille abil võimaldatakse 55+ elanikele, kes vajavad integreeritud teenuseid (ja on PACE programmiga liitunud) isiklik care coordinator, kes hindab inimese tervikvajadused detailsemalt, koostab ravi- ja hooldusplaani ning kaasates multidistsiplinaarset meeskonda jälgib, et inimene saaks vajaliku abi. Taolise kompleksteenuse pakkumiseks on osariigid jagatud väiksemateks nn PACE piirkondadeks, mida teenindavad PACE keskused. [12]

Lisaks USA-le on eakatele integreeritud teenuseosutamise teenust sh teenuskoordinatsiooni koos juhtumikorraldusega edukalt rakendanud ka mitmelt muud maailma riigid (nt Kanada, Austraalia, Uus-Meremaa jt)

5. Tõenduspõhisus võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega

5.1 Ravikindlustuse poolt rahastatav alternatiivne tõenduspõhine raviviis tervishoiuteenuste, soodusravimite või meditsiiniseadmete loetelu kaudu

Maksimaalselt palume kirjeldada 3 alternatiivi.

Alternatiivi liik	Alternatiiv	Lisaselgitus / märkused
<i>Märkida, millise loetelu (tervishoiuteenused, soodusravimid, meditsiiniseadmed) kaudu on kohane alternatiiv patsiendile kättesaadav</i>	<i>Märkida alternatiivse raviviisi teenuse kood, ravimi toimeaine nimetus või meditsiiniseadme rühma nimetus.</i>	<i>Vajadusel lisada siia tulpa täpsustav info</i>
1. Tervishoiuteenused	5092A (Riskipatsiendile raviplaani koostamine), 5095A (Riskipatsiendi järelevisiit koos raviplaani ülevaetusega)	Riskipatsientide selekteerimise meetod: Maailmapanga algoritm, mis selekteerib üldpopulatsioonist 1-3

		<p>organsüsteemi kroonilise haigusega (metaboolne triaad) patsiendid. Lubatud võtta ka kaasuvate haiguste ja sotsiaalprobleemidega patsiente, kuid ravimeeskonda ei kaasata sotsiaaltöötajaid. Koostatav terviseplaan ei sisalda sotsiaalse iseloomuga teenuseid. Peamine vajaduste hindaja, terviseplaani koostaja ja jälgija on pereõde. Tervisekassa juhendi korrektseks järgimiseks ei piisa, kui perearstil on vaid üks pereõde.</p>		
2. Innovatsioonifond	PAIK projekt	<p>Riskipatsientide selekteerimise meetod: GMA algoritm, mis kihistab kogu populatsiooni riskirühmadesse vastavalt haiglasse sattumise riskile. PAIK projekti on valitud riskirühm, kellel on 4 ja enam kroonilist organsüsteemi haigust (va kasvajad) ja kelle haiglasse sattumise risk on ca 20%. Meeskonda on kaasatud sotsiaaltöötaja. Koostatav terviseplaan sisaldab sotsiaalse iseloomuga teenuseid. Vajaduste hindaja, terviseplaani koostaja ja täitmise jälgija on Tervisejuht, kes töötab maakonnahaigla juures.</p>		
<p>5.2 Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes</p> <p><i>Kui teenus ei kajastu ravijuhistes või antud valdkonnas rahvusvahelised ravijuhised puuduvad, lisada vastav selgitus lahtrisse 5.2.3. Maksimaalselt palume kirjeldada 5 ravijuhist.</i></p>				
Ravijuhise nimi	Ravijuhise ilmumise aasta	Soovitused ravijuhises		Soovituse tugevus ja soovituse aluseks oleva tõenduspõhisuse tase
		<i>Soovitused taotletava teenuse osas</i>		
		<i>Soovitused alternatiivse raviviisi osas</i>		
1. Older people with social care needs and multiple long-term conditions [14]	2015	<p>The guideline includes recommendations on:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ identifying and assessing social care needs 		

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ care planning, including the role of the named care coordinator ➤ supporting carers ➤ integrating health and social care planning ➤ delivering care ➤ preventing social isolation ➤ training health and social care practitioners 	

5.3 Kokkuvõtte tõendus põhiseest võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega

Esitada kokkuvõtvalt teenuse oodatavad lühi- ja pikaajalised tulemused tervisele. nt. surmajuhtumite vähenemine, haigestumisjuhtude vähenemine, elukvaliteedi paranemine, kõrvaltoimete sageduse vähenemine, tüsistuste sageduse vähenemine.

Lisaks selgitada, kas uus teenus on samaväärne alternatiivse raviviisiga. Väites uue teenuse paremust, tuleb välja tuua, milliste tulemuste osas omab taotletav teenus eeliseid.

Erinevad Euroopas kasutusele võetud esmatasandi teenuste eesmärgistatud juhtumikorralduslik koordineerimine, kuhu on kaasatud aktiivselt ka sotsiaalvaldkond, kogukond ja inimene ise, näitab, et läbimõeldud ja süstemaatilise teenuse osutamise kaudu on võimalik mõjutada multimorbiidsete krooniliste haigustega patsientide haiglaravi ja EMO külastuste arvu vähenemise suunas. Sellega omakorda kaasneb tervishoiusüsteemi laiem efektiivsus.

Euroopas on ainus riik/programm, kus on hinnatud esmatasandi laiaulatusliku koordineerimise mõju elulemusele ja DALY-le Saksamaa Gesundes Kinzigtali piirkond/OptiMedis [5 lk 72]. Programmi olulised elemendid on esmatasandi poolt juhitud personaalne terviseplaan patsiendi nõusolekuga, juhtumikorraldus, meeskonnatöö, personaalne terviseedenduslik nõustamine, ravimikasutuse hindamine ja optimeerimine, vajadusel toimetulekutreeningud ning taastumistugi jne. OptiMedis on käivitanud üle 20 alamprogrammi, nt südamehaiguste programm, reuma programm, psühhiaatriliste haiguste programm ja saavutanud olulisi tulemusi nii populatsiooni tervisenäitajate paranemises kui ka märgatavat rahalist kokkuhoidu. OECD [5] on hinnanud, et Gesundes Kinzigtali poolt rakendatud „Regionally based integrated care model“ on tõenduspõhine ja kuluefektiivne ning, et selle üle-Euroopaline rakendamine 27 EL riigis võimaldaks perioodil 2022- 2050 suurendada eluiga 100 000 inimese kohta 9.7 aastat ning säästa 6.5 DALY. Samal perioodil annaks OptiMedise rakendamine kokku hoida inimese kohta 3470 eurot, mis teeb aastaseks kokkuhoiuks EL riikides (27 riiki) keskmiselt 4%. OptiMedisega laiemat kasutuselevõttu piirab selle programmiga seotud rahaliste motiveeritakse rahaliselt koostöö osapooli võetud eesmärgi saavutamata.

Süsteemne infotehnoloogiline tugi ja arendus on teenuse tulemuslikuks osutamiseks kriitilise tähtsusega Parimaks näiteks Euroopast on siin Kataloonia piirkond Hispaanias, kus valitsus on loonud avaliku süsteemi, mis toetab esmatasandil terviklikku koordineeritud abi osutamist

riskirühmadele. Catalan Open Innovation Healthcare Hub (edaspidi Hub), mis on sisuliselt kombinatsioon meie TEHIK-ust ja Tervise Arengu Instituudist, on organisatsioon, mille eesmärk on pakkuda läbi infotehnoloogia kõigile Kataloonia elanikele kvaliteetseid integreeritud ravi- ja hooldusteenuseid. Infotehnoloogia üheks olulisemaks ülesandeks on ühendada populatsioonipõhine lähenemine tervisele ja heaolule eesmärgistatud tegutsemisega teenuseosutamise tasandil. Teenuseosutajatele on teada, millisesse populatsiooni riskigrupi iga konkreetne inimene kuulub ja see võimaldab nii pakutavaid ennetus- kui ravi- ja sotsiaalteenuseid oluliselt paremini eesmärgistada (lähtudes mitte inimese üksikute teenuste vajadusest vaid tervikvajadusest) ning seostada teenuseosutamise tasandit tehtav töö populatsiooni eesmärkide saavutamiseks.

Hub teenused koosnevad viiest peamisest ehitusplokist [10] – 1) terviseriskide hindamine, 2) tervislike eluviiside propageerimine, 3) vertikaalne ja horisontaalne integratsioon, 4) uuenduslikud hindamis- ja korralduslahendused ning 5) integreeritud hooldusteenuste digitaalne tugi.

Kataloonia Health Service CATSALUT kasutab sisendina Hub teenuseid ja on saavutanud märkimisväärselt häid tulemusi riskipatsientidele suunatud inimesekesksete lähenemistega. Tänu heale infosüsteemile on tulemusi süsteemselt jälgitud ja hinnatud. Perioodil 2011 - 2015 rakendas Kataloonia eakatele suunatud täiemahulist ja süsteemset kroonilistele haigetele suunatud ennetuse, ravi ja hooldusprogrammi, mis sisaldas esmatasandi piirkondade ja meeskondade põhiselt laiaulatuslikke koordineeritud sekkumisi. Programmi keskmes olid [10]:

- Populatsioonipõhine lähenemine
- Krooniliste haigustega inimestele koordineeritud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste pakkumine fookusega komplekssetele juhtumitele ja elulõpu abile
- Nii tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integratsiooni, kui ka tervishoiusisese integratsiooni parandamine

Hub toetas valitsust igati kõigis kirjeldatud suundades infotehnoloogiliste lahendustega ja on oma infosüsteemis olevate andmete alusel andmete alusel hinnanud, et peamised tulemused perioodil 2011-2015 olid järgmised [10]:

- *Health-preserved expect. survival to expect. survival ratio: Δ 4%*
- *Percentage reduction of referrals to specialized care: - 50%*
- *Reduction of hospitalisations: - 7,500 admissions*
- *Reduction of 30-d re-admission rate in chronic patients: -9% (13% cases)*
- *Reduction of emergency room admissions in chronic patients: -40%*
- *Reduction in mortality rate of cardiovascular and respiratory disorders: -15%*
- *Improvement of activity of home hospitalization: + 53% (12,600 cases/yr.)*
- *Improvement of activity of palliative care: 100% coverage*
- *Improvement of coverage of ePrescription: 97% population*

Kataloonia on aktiivselt jätkanud koordineeritud teenuseosutamise arendamist esmatasandil toetades seda tugevalt infosüsteemide arendamise ja hindamiseks vajalike andmete täiendava kasutuselevõttuga [10].

6. Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus

6.1 Teenuse osutamise kirjeldus

Kirjeldada tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud tegevused (sh. ettevalmistavad tegevused), nende esinemise järjekorras, kaasatud personal ja nende rollid, teenuse osutamise koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba) ning kasutatavad seadmed ja tarvikud. Võimalusel lisada ka tegevuste sooritamise keskmised ajad. Ravimiteenuste korral kirjeldada raviskeem: ravi pikkus, patsiendil kasutatavate annuste suurus.

Teenust osutab vastav spetsialist – Tervisejuht.

Teenus on mõeldud eelnevalt perearsti poolt hinnatud vajadusega patsientidele. Hindamise aluseks võiks olla ideaaljuhul Tervisekassa poolt kasutatav vastav riski hindamise algoritm, mis selekteerib üldpopulatsioonist välja kõrgema haiglasse sattumise riskiga eakate sihtrühma. Eelselekteeritud sihtrühma sattunud inimeste vajadust koordineeritud teenuse järele hindab perearst koostöös KOV sotsiaaltöötajaga. Riskirühma algoritmipõhisele eelselektioonile peab lisanduma võimalus anda teada abivajavast inimesest märkamislehe abil, mis on samuti sobiliku sihtrühma selekteerimise abivahend.

Teenuse osutamine koosneb kahest komponendist:

1. Eelhindamine; Tervisekassa poolt riskihindamise algoritmi abil eelhinnaatud kõrgenenud riskiga inimese ja/või märkamislehe alusel eelselekteeritud inimese probleemiga tutvumine, esmane nõustamine ja täpsustav hindamine, kas inimene vajab valdkonnaülese koordineeritud teenust. Põhjendatud soovitus andmine perearstile inimese võtmise/mittevõtmise kohta valdkonnaülese koordineeritud teenusele
2. Perearsti otsuse alusel valdkonnaülese koordineeritud teenuse osutamine

Valdkonnaülese koordineeritud teenuse osutamine koosneb järgnevatest etappidest:

- 1) Teenusvajaduse põhjalik hindamine kasutades tervise infosüsteemist saadavat infot, InteRAI kontakthindamisvahendit, võimalusel tuleb kasutada sisendina ka KOV sotsiaaltöötaja poolt läbiviidud abivajaduse hindamist, SKA eksperdi poolt läbiviidud puude hindamist ja Töötukassa eksperdi poolt läbiviidud töövõimetuse hindamist. Abivajaduse hindamise läbiviimiseks tuleb teha koduvisiit patsiendi elupaika kaasates vastavalt vajadusele KOV sotsiaaltöötajat või pereõde. Abivajaduse hindamisse tuleb kaasata abivajaja lähedased ja tuvastada nii abivajaja, kui ka tema lähikondsete võimalused abivajajat toetada.
- 2) Abivajaja holistlikke eesmärke ja tervise-eesmärke ning tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid ja soovitusi sisaldava esmase heaoluplaani koostamine koos abivajajat toetava meeskonna kokku panemisega. Valdkonnaülese koordineeritud teenuse meeskonda peavad kuuluma vähemalt järgnevad spetsialistid: perearst, pereõde, KOV sotsiaaltöötaja ja tervisejuht.
- 3) Esmase heaoluplaani kooskõlastamine meeskonna liikmetega, täiendamine
- 4) Täiendatud heaoluplaani kooskõlastamine abivajaja ja tema lähedastega
- 5) Vajadusel täiendav konsulteerimine meeskonna liikmetega,
- 6) Abivajajalt plaani täitmiseks taasesitataval kujul nõusoleku võtmine
- 7) Lõpliku plaani kinnitamine ja TIS-i edastamine (esialgu ambulatoorse epikriisi vormil)
- 8) Plaani täitmise jälgimine ja abivajaja aitamine ning nõustamine tekkinud küsimustes toimub igapäevaselt
- 9) Meeskonnakohtumiste korraldamine (virtuaalselt või füüsiliselt) vastavalt vajadusele, aga esimene kord mitte hiljem kui 3 kuu möödudes, teine kord mitte hiljem, kui 6 kuu möödudes, edasi mitte harvem, kui üks kord 6 kuu jooksul
- 10) Igal meeskonna kohtumisel hinnatakse mh valdkonnaülese teenuskoordineeritud teenuse jätkamise vajadust

<p>11) Valdkonnaülese koordinaatsiooni jätkamise kriteeriumiks on, et inimene vajab regulaarselt 2 või enam tervishoiuteenust ja 2 või enam sotsiaalteenust (lisaks koordinaatsiooni teenusele)</p> <p>Inimene võib valdkonnaülest teenuskoordinaatsiooni vajada rohkem kui üks kord elus.</p>	
<p>7. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks</p>	
<p>7.1 Tervishoiuteenuse osutaja <i>Nimetada kohased teenuse osutajad (nt. piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, kohalik haigla, valikupartner, perearst)</i></p>	<p>Teenuse osutamise koht on esmatasandi perearsti keskus, kuid tervisejuhi võib palgata nii tervisekeskus, maakonahaigla kui ka nende poolt integreeritud teenuste pakkumiseks moodustatud tervishoiuteenuse osutaja</p>
<p>7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? <i>Loetleda sobivad variandid.</i></p>	<p>Teenust osutatakse ambulatoorselt, vajadusel tehes kodukülastusi.</p>
<p>7.3 Raviarve eriala <i>Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.</i></p>	<p>Perearstiabi</p>
<p>7.4 Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks <i>Esitada teenuse minimaalne osutamise kordade arv, mille puhul oleks tagatud teenuse osutamise kvaliteedi säilimine. Lisada selgitused/põhjendused, mille alusel on teenuse minimaalne maht hinnatud.</i></p>	<p>Üks tervisejuht toetab reeglina mitut perearsti sõltuvalt nimistute suurusest ja kokkulepitud töökorraldusest. Valdkonnaüleisel koordinaatsioonis olevatest isikutest moodustuvad tervisejuhile nn oma nimistud. Ühe tervisejuhi nimistus võiks olla samaaegselt kuni 100 patsienti, kes on aktiivsel valdkonnaüleisel koordinaatsioonis või teenusvajaduse eelhindamisel. Ühe maakonna tervisejuhid võiksid olla koondunud kas ühte kohta ehk nn baaskeskusesse või hajutatud laiali erinevatesse tervisekeskustesse arvestusega, et ühes tervisekeskuses ei oleks alla 2 tervisejuhi (see võimaldab teineteise asendamist).</p>
<p>7.5 Personali (täiendava) väljaõppe vajadus <i>Kirjeldada, millise kvalifikatsiooniga spetsialist (arst vajadusel eriala täpsusega, õde, füsioterapeut vm) teenust osutab ning kas personal vajab teenuse osutamiseks väljaõpet (sh. täiendavat koolitust teatud intervalli tagant). Väljaõppe vajadusel selgitada, kes koolitab, kus väljaõppe läbiviimine toimuks ning kes tasuks koolituskulud (kas koolituse garanteerib seadme müüja või teenuse osutaja ja kulu on arvestatud teenuste hindadesse jm).</i></p>	
<p>Teenust osutab tervisekeskuses paiknev tervisejuht, kes on vastava täiendharidusega õde või sotsiaaltöötaja. On oluline, et tervisejuhil oleks ligipääs nii Tervise infosüsteemile kui ka STAR infosüsteemile.</p>	
<p>7.6 Teenuseosutaja valmisolek <i>Kirjeldada, milline peaks olema tervishoiuteenuse osutaja töökorraldus, vajalikud meditsiiniseadmed, täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu ning kas on põhjendatud ööpäevaringne valmisolek, et oleks</i></p>	

tagatud soovitud tulemus. Anda hinnang, kas teenuseosutaja on valmis koheselt teenust osutama või on vajalikud täiendavad investeeringud, koolitused, ruumide loomine vms.

Teenust osutatakse tööajal. Teenus võib olla korraldatud maakonnas erinevalt:

- a) nn ühe baaskeskuse põhimõttel, st kõik maakonna Tervisejuhid töötavad füüsiliselt ühe tervisekeskuse juures ja liiguvad maakonnas mujal paiknevatesse tervisekeskustesse kohapeale kokkulepitud regulaarsusega,
- b) hajusalt, st näiteks igas maakonna tervisekeskuses paikneb 2-3 Tervisejuhti

Arvestada tuleks sellega, et ühes lokatsioonis peab töötama koos vähemalt 2 Tervisejuhti, et tagatud oleks asendus puhkuste ja haigestumise korral. Ideaalis võiks olla üks Tervisejuhtidest õe baasharidusega ja üks sotsiaaltöötaja baasharidusega.

Teenust osutav õde või sotsiaaltöötaja peab olema eelnevalt läbinud Tervisejuhi täiendkoolituse.

8. Teenuse osutamise kogemus Eestis	
8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud?	Eestis osutatakse pilootprojektidena sarnast teenust: a) perearstide riskijuhtimise projekt, b)hoolduskoordinatsiooni projekt ja c)PAIK-projekt
8.2 Aasta, millest alates teenust Eestis osutatakse	Perearstide riskijuhtimise projekt alates 2017, hoolduskoordinatsioon alates 2016. aastast, PAIK algas 2016. aastast
8.3 Eestis teenust saanud isikute arv ja teenuse osutamise kordade arv aastate lõikes	NA
8.4 Eestis teenust osutanud raviasutused	PAIK: PAIK projektis on teenuse osutajad Viljandi haigla, Valga haigla ja Kuressaare haigla Hoolduskoordinatsioon: Viimasest rahastusvoorst, mis algas 2024. aastal, on läbi avatud voorude rahastuse saanud: •Raplamaa – 2 hoolduskoordinaatorit: Märjamaa perearstikeskuses (katab ka Kohila valla) ja Rapla perearstikeskuses (katab ka Kehtna valla) •Saaremaa – 1 hoolduskoordinaator KOV palgal (3 päeva haiglas, 2 päeva KOVis, katab kogu Saaremaa k.a. Muhu, Ruhnu •Tartumaa – 2 HK + 0,5 (projektijuht/hoolduskoordinaator) kõik projekti palgal, asuvad OVL ruumides. 1,0 koormusega koordinaatoril mõlemal 3 KOVi, projektijuhil lisaks muudele tööülesannetele 1 KOV. KOVides ainult üksikperearstipraksised, suuremat perearstikeskust ei ole. Kaetud Kambja, Kastre, Luunja, Nõo, Peipsiääre, Tartu, Elva vallad. •Valgamaa – 2 hoolduskoordinaatorit + 0,5 (1,0 Valga vald – töö 50% KOVis, 50% Valga haiglas; 1,0 Otepää vald ja 0,5 Tõrva vald).

8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud	Raviarvetel on kodeeritud ainult perearstide riskijuhtimise teenust. 5092A (Riskipatsiendile raviplaani koostamine), 5095A (Riskipatsiendi järelvisiit koos raviplaani ülevaatusega)
8.6 Ravi tulemused Eestis	PAIK projekti näol on tegemist kliinilise uuringuga, mis lõpeb 2025. aastal tulemuste hindamisega.

9. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes

9.1 Keskmine teenuse osutamise kordade arv ravijuhu (ühele raviarvele kodeerimise) kohta	Teenuse osutamise kord ei ole sobilik makseühik		
9.2 Tervishoiuteenust vajavate isikute arv ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes			
9.2.1 Aasta	9.2.2 Isikute arv/ Tervisejuhtide arv <i>arvestades nii lisanduvaid isikuid kui ravi järgmisel aastal jätkavaid isikuid</i>	9.2.3 Ravijuhtude arv 1 isiku kohta aastas <i>arvestades asjaolu, et kõik patsiendid ei pruugi lisanduda teenusele aasta algusest</i>	9.2.4 Teenuse osutamise kordade arv aastas kokku
1. aasta	6 088 / 90	Riskipatsient võib olla teenuskoordinatsioonil aastas 3-12 kuud vastavalt hinnatud vajadusele.	NA
2. aasta	12 175 / 150		
3. aasta	21 307 / 275		
4. aasta	30 438 / 304		
9.3 Prognoosi aluse selgitus <i>Esitatakse selgitused, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes.</i>			
<p>Perearstide nimistutesse on registreeritud ca 1352 800 isikut, neist on riskipatsiendid ca 15% (so 202 920 in) st 3 ja enam organsüsteemi haigust (va kasvajad). PAIK projekti kogemustele põhinedes, on riskipatsientidest ca 50% (st 101 460 in) sellised, kes ei tule ise ja/või oma lähedaste toel toime oma tervise juhtimisega ning on sobilik sihtrühm teenusele st ei esine kaugelearenenud dementsust või ei keeldu põhimõtteliselt pakutavast abist.</p> <p>Ca 70% (ehk 71022 in) antud sihtrühmast piisab perearsti riskijuhtimisest, ca 30% (ehk 30438 in) vajab valdkonnaülest koordinatsiooni ehk Tervisejuhi teenust.</p> <p>Nimistuid on 707, seega on keskmine Tervisejuhi teenust vajav riskipatsientide arv nimistu kohta 43. Üks Tervisejuht suudab hallata kuni 100 riskipatsienti st tarvilik on üks Tervisejuht 2-3 nimistu kohta sõltuvalt nimistu suurusest ja koosseisust. Tervisejuhte kokku on vaja ca 304.</p> <p>Teenuse rakendumine on esialgu maakonniti ebaühtlane ja sõltub Tervisejuhtide koolitusest ning kohapealsest Tervisekeskuste ja tervisevõrgustike võimekusest Tervisejuhid palgata ning nendega koostöökorraldus kokku leppida. Esimesel rakendumise aastal st 2026 prognoosime seetõttu jõuda 20%-ni planeeritud riskirühmast. Teisel aastal 40%-ni, kolmandal 70%-ni ja neljandal 100%-ni.</p>			

Tervisejuhtide palkamine ja nende töö käivitamine peab toimuma pisut kiiremas tempos, et jõuda planeeritud riskirühmadeni prognoositud ajaga st esimesel aastal tuleks palgata ca 30% vajalikest Tervisejuhtidest, teisel ca 50%, kolmandal ca 90% ja neljandal ca 100%.

Teenust ei ole käivitumise perioodil otstarbekas rahastada tükipõhiselt vaid katta tuleks Tervisejuhi baas palgakulu. Alates Tervisejuhi kolmandast tööaastast võiks hakata teenust rahastama pearaha põhiselt 1xkuus lähtudes eelmisel kuul teenusel olnud riskipatsientide tegelikust arvust.

9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviasutuste vahel

Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida konkreetsetesse raviasutustesse, st. tegu on spetsiifilise tervishoiuteenusega, mida hakkaksid osutama vähesed raviasutused.

9.4.1 Raviasutuse nimi	9.4.2 Raviarve eriala raviasutuste lõikes	9.4.3 Teenuse osutamise kordade arv raviarve erialade lõikes
------------------------	---	--

10. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusel

10.1 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ja teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	Sõltub teenuse rahastamise viisist
10.2 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda alternatiivse tervishoiuteenuse <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ning teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	
10.3 Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult? <i>Kui jah, siis loetleda nende teenuste koodid ning selgitada, kui suures osakaalus asendab uus teenus hetkel loetelus olevaid teenuseid (tuua välja asendamine teenuse osutamise kordades).</i>	Asendab PAIK projekti teenuseid
10.4 Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega? Kas teenuse kasutusse võtmine tähendab uute ravijuhtude lisandumist või mitte? Kui jah, siis mitu ravijuhtu lisandub?	Tegemist ei ole ravijuhupõhise rahastamisega. Krooniliste haiguste puhul ei ole esmatasandil ravijuhu mõiste defineeritud.
10.5 Taotletava tervishoiuteenusega <u>kaasnevad</u> samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u> . <i>Kirjeldatakse täiendavad teenused, ravimid ja/või meditsiiniseadmed, mis on vajalikud kas teenuse määramisel, teostamisel, edasisel jälgimisel: kuidas kasutatakse (ravimite puhul</i>	Teenusega kaasnevad perearsti ja tema meeskonna poolt osutatavad teenused ja määratud ravimid ning meditsiiniseadmed, KOV poolt määratud sotsiaalteenused ja võivad kaasneda ka eriarsti poolt määratud teenused ja ravimid ning meditsiiniseadmed.

<p>annustamisskeem), ravi kestus/kuuride arv, ravi alustamise ja lõpetamise kriteeriumid.</p> <p>Diagnostilise protseduuri puhul esitatakse andmed juhul, kui protseduuri teostamise järel muutub isiku edasises ravis ja/või jälgimisel kasutatavate tervishoiuteenuste ja ravimite kasutus. Juhul kui muutust ei toimu, esitada sellekohane selgitus.</p>	
<p>10.6 Alternatiivse raviviisiga <u>kaasnevad</u> (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u>.</p> <p>Vastamisel lähtuda punktis 10.5 toodud selgitustest.</p>	<p>Taotletava teenuse lisandumisel korrastub patsiendile osutatavate teenuste ja ravimite pakkumine. Vajalikke teenuseid ja ravimeid ning abivahendeid võib lisanduda, ebavajalikke ära jääda.</p>
<p>10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult <u>erinevat mõju</u> töövõimetuslehel kestvusele võrreldes alternatiivse raviviisiga?</p> <p>Kas töövõimetuslehel kestuse osas on publitseeritud andmeid teaduskirjandusest ning kas raviviiside vahel saab väita erinevust?</p>	<p>Sihtrühma patsiendid ei käi üldjuhul tööl</p>
<p>10.8 Kui jah, siis mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel taotletava teenuse korral ning mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel alternatiivse raviviisi korral?</p>	<p>NA</p>

11. Kulud ja kulutõhusus

11.1 Taotletava tehnoloogia või ravimi maksumus

Esitada taotletavatehнологia maksumus. Ravimi maksumuse info palume edastada juhul, kui ravimil puudub Eestis müügiloa ja/või müügiloahoidja esindaja. Sellisel juhul palume esitada ravimi maksumuse koos täpsustusega, millise hinnaga on tegu (ravimi maaletoomishind, hulgimüügi väljamüügihind, lõplik hind haiglaapteegile koos käibemaksuga).

Väli on kohustuslik kui taotluse eesmärgiks on „Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse“

Vt eraldi arvutust excelist

11.2. Tervishoiuökonomilise analüüsi kokkuvõte

Juhime tähelepanu, et vastavalt määruse⁸ §9lg4 peab ravimi müügiloa hoidja ühe kuu jooksul pärast ravimiteenusega seotud taotluse avaldamist Tervisekassa veebilehel esitama ravimi kasutamise farmakoökonomilise analüüsi, mis on koostatud vastavalt Tervisekassa veebilehel avaldatud Balti riikide juhisele ravimi farmakoökonomiliseks hindamiseks⁹, välja arvatud juhul, kui on mõjuv põhjus jätta see esitamata. Seega kui taotluse eesmärgiks on „Uue ravimiteenuse lisamine loetellu“ või „Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse“, tervishoiuökonomilist analüüsi taotlejal vaja esitada ei ole. Majandusliku analüüsi kokkuvõtte esitamine on soovituslik uue tehnoloogia lisamisel loetellu.

⁸ Vabariigi Valitsuse määrus⁸ Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu kriteeriumide täpsem sisu ning kriteeriumidele vastavuse hindajad, tervishoiuteenuste loetelu hindamise tingimused ja kord, tervishoiuteenuste loetelu komisjoni moodustamine ja töökord ning arvamuse andmise kord“

⁹ Kättesaadav [siit](#)

11.3 Rahvusvahelised kulutõhususe hinnangud taotletava teenuse (v.a ravimid) näidustuse lõikes <i>Maksimaalselt palume kajastada 6 hinnangut.</i>		
11.3.1 Kulutõhususe hinnangu koostanud asutuse nimi	11.3.2 Hinnangu avaldamise aasta	11.3.3 Lühikokkuvõtte kulutõhususest <i>Kas raviviis on hinnatud kulutõhusaks? Palume välja tuua, milline on taotletavast teenusest saadav lisakasu. Näiteks mitu täiendavat eluaastat (life year gained, LYG) või kvaliteedile kohandatud eluaastat (quality adjusted life year, QALY) võidetakse taotletava teenusega või kui palju tüsistusi või meditsiinilise probleemi taasteket võimaldab uus teenus ära hoida. Milline on täiendkulu tõhususe määr (ICER) võidetud tervisetulemi kohta?</i>
11.4 Hinnang isiku omaosaluse põhjendatusele ja isikute valmisolekule tasuta ise teenuse eest osaliselt või täielikult <i>Esitatakse isiku omaosaluse vajalikkus ja maksmise võimalused. Omaosaluse vajadusel lisatakse omaosaluse %.</i> <i>Omaosaluse valmisoleku esitamisel arvestada Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikes 3 sätestatut ning selgitada:</i> <i>1) kas teenuse osutamise taotletav eesmärk on saavutatav teiste, odavamate meetoditega, mis ei ole seotud oluliselt suuremate riskidega ega halvenda muul viisil oluliselt kindlustatud isiku olukorda;</i> <i>2) kas teenus on suunatud pigem elukvaliteedi parandamisele kui haiguse ravimisele või kergendamisele;</i> <i>3) kas kindlustatud isikud on üldjuhul valmis ise teenuse eest tasuma ning millest nende otsus sõltub.</i>		
Ei ole põhjendatud, sest sihtrühmal on reeglina madal sissetulek ja omaosalus takistaks teenuse kasutamist		

12. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus ning kohaldamise tingimused	
12.1 Tervishoiuteenuse väärkasutamise tõenäosus <i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku väärkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. risk, et tervishoiuteenust kasutatakse valel patsiendil, mitte piisavat erialast kompetentsi omava tervishoiutöötaja või tugispetsialisti poolt.</i>	Tervisejuhi poole ei saa patsient ise pöörduda. Kui perearst hindab patsiendi teenuskoordinatsiooni vajaduse, üle on väike tõenäosus väärkasutamiseks.
12.2 Tervishoiuteenuse liigkasutamise tõenäosus <i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku liigkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. ravi ei lõpetata progressiooni ilmnemisel, ravi alustatakse varem, kui eelnevad ravimeetodid on ära proovitud.</i>	Teenuse liigkasutamine on seotud patsiendi jäämisega teenuskoordinatsioonile pikemaks ajaks kui ta tegelikult seda vajab.
12.3 Patsiendi isikupära ja eluviisi võimalik mõju ravi tulemustele	Patsiendi motiveeritusest sõltub olulisel määral tema soov ja võime ise enda tervise eest suuremat vastutust võtta. Patsiendi motiveerimine on

<i>Kas patsiendi sugu, vanus, eluviis vms omab mõju ravi tulemustele? Kui jah, tuua välja faktor ja tema mõju.</i>	teenuse osutamise oluline osa. Puuduliku kognitiivse võimekusega patsiendile ei ole antud teenuse osutamine sel põhjusel sobilik.
12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine	Jah, kvaliteetse ja optimaalse kasutuse tagamiseks on vajalik sätestada rakendustingimused.
12.5 Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused <i>Kui 12.4 on vastatud jaatavalt, palume sõnastada teenusega seotud rakendustingimused, mis aitaksid tagada tervishoiuteenuse ohutut ja optimaalset kasutust.</i>	
Teenust osutab spetsiaalse täiendharidusega tervisejuht. Teenuse vajaduse otsustab perearst. Teenuse alustamisel seatud eesmärkide saavutatust ja teenuse jätkamise vajadust tuleb hinnata hiljemalt 6 kuu möödumisel teenuse alustamisest.	

13. Kasutatud kirjandus

Kasutatud kirjandusallikate viide esitatakse järgmiselt:

Esimene autor. Artikli nimetus. Väljaandja (artikli puhul ajakirja, -lehe nimi; raamatu puhul kirjastuse nimi), ilmumise aasta, kuu ning ajakirja puhul selle number, lehekülgede numbrid.

Nt: Pouwer F et al. Association between symptoms of depression and glycaemic control may be unstable across gender. Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association, 2001, Jul;18(7), 595-598.

Võimalusel esitatakse lisaks veebilink. Kui elektroonilisi viiteid ei ole võimalik esitada, esitatakse taotlusega koos viidatud materjalidest elektroonsed või paberkandjal koopiad.

[1] Realising the Potential of Primary Health Care, OECD 2020,

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2020/05/realising-the-potential-of-primary-health-care_b7388526/a92adee4-en.pdf

[2] Integrating Social Services for Vulnerable Groups, OECD 2015, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264233775-en.pdf?expires=1731556920&id=id&accname=guest&checksum=8FAE307B8CB3CBAA36F81844A3F04589>

[3] Population health management in primary health care: a proactive approach to improve health and well-being, WHO 2023, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/368805/WHO-EURO-2023-7497-47264-69316-eng.pdf?sequence=1>

[4] Emili Vela, Performance of quantitative measures of multimorbidity: a population-based retrospective analysis, PMC Public Health 2021,

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8524794/#Sec2>

[5] Integrating care to prevent and manage chronic diseases, OECD 2023 (Lk 143) <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5c5d8714-en.pdf?expires=1731623103&id=id&accname=guest&checksum=B25E5D4DDFB576BB2D316228C0800C23>

[6] Salvador Tortajada, Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care; International Journal of Integrated Care 2017, <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.2493>

[7] Maider Mateo-Abad, Impact of the CareWell integrated care model for older patients with multimorbidity: a quasi-experimental controlled study in the Basque Country, BMC Health Services Research 2020, <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05473-2>

[8] Silvia Netti Tiozzo, Effectiveness of a community care management program for multimorbid elderly patients with heart failure in the Veneto Region; Pubmed 2019,

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30617857/>

[9] Luca Elisa Lindner, Healthy Kinzigtal programme in Germany, WHO 2023,

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373210/9789240078574-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[10] Luca Elisa Lindner, Healthy Kinzigtal programme in Germany, WHO 2023,

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373210/9789240078574-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[11] Luca Elisa Lindner, Healthy Kinzigtal programme in Germany, WHO 2023,

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373210/9789240078574-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373210/9789240078574-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- [10] Josep Roca, MD, PhD, Catalan open innovation hub on ICT-supported integrated care services for chronic patients https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-02/ev_20181212_co02_en_0.pdf
- [11] <https://www.pacenation.org/pace-programs/>
- [12] <https://www.medicaid.gov/medicaid/long-term-services-supports/downloads/state-website-list.pdf>
- [13] <https://healthdimensionsgroup.com/insights/blog/pace-funding/>
- [14] <https://www.nice.org.uk/guidance/ng22>

Taotluse esitamise kuupäev	25.11.2024
Taotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	<i>Diana Ingerainen „allkirjastatud digitaalselt“</i>
Kaastaotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Kui taotlus esitatakse mitme erialatühenduse poolt, tuleb taotlus allkirjastada ka kaastaotleja poolt. Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	