

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

26.05.2021

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.30

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Ann Paal (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)
Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)

Puudusid: Kaidi Usin (Terviseamet)
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)

Kutsutud: Heli Paluste (Sotsiaalministeerium)
Külli Friedemann (Eesti Haigekassa)
Kadri Jakoobi (Eesti Haigekassa)
Malle Avarsoo (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. Taotluste arutelu

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1399	Pisarapunkti ja pisarakanali sulgurid
1450	Kvantitatiivne sensoorne testimine (KST) peenkiuneuropaatia diagnoosimiseks
1468	Transkraniaalne alalisvoolu stimulatsioon (ingl k transcranial direct current stimulation (tDCS))
1475	Rütmivalvur (naha alla implanteeritav rütmihäireid salvestav seade - loop-recorder)

2. Eriõe vastuvõtt
3. Soolise ebakõla (F64.0) ekspertiisikomisjoni teenuse rahastamine
4. Taastusravi eriala teenuste nüüdisajastamine
5. Muud teemad

1. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1399 – Pisarapunkti ja pisarakanali sulgurid

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 04.03.2020.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Oftalmoloogide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärgiks on lisada loetellu uus teenus – pisarapunkti ja pisarakanalite sulgurid. Pisarapunkti sulgureid paigaldab silmaarst ambulatoorsel vastuvõtul. Teenus on näidustatud kuiva silma sündroomi raviks patsientidel, kellel on diagnoositud keskmine või raske kuiva silma vorm ning kellel toopiline ravi kuiva silma ravivate tilkadega ei ole piisav. Kui patsiendil on ülekaalus pisarate produktsioonihäire, siis on üheks ravimeetodiks pisarakanalite sulgemine, et vähendada oma pisarate äravoolu ning hoida neid kauem silma pinnal. See ei välista lisaks kunstpisarate või teiste ravimite manustamist, kuid sageli vähendab see manustamise sagedust. Pisarapunkide sulgureid on võimalik kasutada erinevatel näidustustel, nagu näiteks: kuiva silma sündroom, kontaktläätsede kandjad, pisarapunkti stenoos, refraktiivkirurgia, peale keratoplastikat, toopilise ravimi manustamiseks, limbaalse keratokonjunktiviidi raviks, korduvate kornea erosioonide raviks.

Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Taotletav teenus - pisarapunkti ja pisarakanali sulgurite paigaldamine - on näidustatud patsientidel, kellel on diagnoositud keskmine või raske kuiva silma sündroom ja kellel toopiline ravi käsimüügist saadavate kunstpisarate, niisutavate geelide või tsüklosporiiniga ei ole osutunud efektiivseks. Uuringutes on leitud teenuse kasutamise järel kuiva silma sümptomite subjektiivset vähenemist, kuiva silma diagnoosimise objektiivsete näitajate paranemist. Taotletava teenuse protseduur on lihtne, efektiivne, ohutu ja reversiibelne. Pisarteedes sulgurite paigaldamise järel tüsistusena tekkida võib põletik esineb harva ja allub toopilisele ravile antibiootikumidega.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Taotluse alusel on pisarapunktide ja -kanalite sulgurid üheks kuiva silma ravivõimaluseks kombineerides neid toopilise raviga, kunstpisarad ja tsüklosporiin. Arvestades, et ühele patsiendile paigaldatakse keskmiselt kaks sulgurit (üks sulgur ühe silma kohta), siis ühe patsiendi kohta on kulu 58,54 eurot aastas. Ühe kitsaskohana pisarapunkti sulgurite kasutamisel on välja toodud sulgurite kadu pisarapunktist. Seega lähtuvalt kasutatavast pisarapunkti sulgurist on oht, et vajalik on paigaldada uus sulgur, mis tähendab suuremat kulu ühe patsiendi kohta. Võttes arvesse, et olenevalt sulgurist on 30-70% juhtudest kuue kuu möödudes vajalik paigaldada uus sulgur, siis on kulu ühe patsiendi kohta 67,32-79,03 eurot aastas.

Kulu silmatilkadele võib patsiendi jaoks väheneda ca 15 eurot ühes kuus. Samas tuleb siinkohal arvesse võtta, et erinevate silmatilkade säilivus pärast pakendi avamist on varieeruv (1-6 kuud pärast pakendi avamist) ehk olenevalt silmatilkadest võib patsient osta uue pakendi silmatilku endiselt vähemalt korra kuus. Puuduvad uuringud ja andmed, mille alusel hinnata, kas ja millisel määral väheneb tsüklosporiin silmatilkade kasutamine pisarapunkti sulguri paigaldamisel ja milline on selle mõju kuludele nii patsiendi kui ka ravikindlustuse vaatest. Teenuse lisandumisel ei ole suurt mõju töövõimetushüvitiste kulude vähenemisele, kuna kuiva silma sündroomi diagnoosiga haiguslehti ei ole väljastatud. Kokkuvõtlikult võib hinnata pisarapunktide sulgurite kulu kui lisanduvat kulu ravijuhule. Patsiendi kulutused kunstpisaratele võivad väheneda, kuid võttes arvesse vastavate uuringute vähesust ja madalat kvaliteeti, siis ei ole võimalik tugevat kulude vähenemise analüüsi välja tuua.

Arvestuse alusel on taotletava teenuse piirhind **29,27 eurot**, mis sisaldab ühe pisarapunkti/-kanali sulguri maksumust. Lähtuvalt prognoosist ja teenuse hinnast on teenuse osutamise lisakulu ravikindlustuse eelarvele 44 196 eurot aastas.

Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)

Taotlus on olnud arutlusel 2020. aasta märtsis (vt tõenduse ülevaade). Järeldati eeskätt Cochrane metanalüüsi põhjal, et tõendatuse tase efektiivsuse ja ohutuse osas on madal. Paluti lisaandmeid tõenduse kohta, ekspertarvamust ja KTH. Täna on vastavad andmed esitatud.

Uuringud.

1. Kaido, et al 2013 prospektiivne mittejehuslikustatud kahe erineva korgi efektiivsuse võrdlusuuring (n=74). 6 kuu pärast oli iseeneslikult välja tulnud vastavalt 30% ja 70% korkidest (erinevus ei olnud statistiliselt oluliselt väljus rohkem eakatel ja laiema kanali rühmas. Järeldati, et tuleb arvestada vanuse ja kanali läbimõõduga. Tõendus nõrk.

2. Horwath-Winter et al 2007 prospektiivne kohort (n=95), kus hinnati silikoonkorkide pikaajalist püsimist ja tuisustusi. 3 kuu jooksul tuli ise välja 16%, 1 a jooksul 30%, 2 a jooksul 44% korkidest. 3 eemaldati tuisustuste tõttu. Eemaldumise järgne kanali stenoos esines vastavalt 14%, 27% ja 34%. Järeldati, et püsimine 2 aasta jooksul oli rahuldav, murelikuks tegi suur stenoooside osakaal. Elukvaliteeti ei hinnatud. Tõendus nõrk.

3. Qiu et al 2013 randomiseeritud uuring, kus võrreldi korkide ja kunstpisarate efektiivsust Sjögreni sündroomiga haigetel (n=42) 3 kuu jooksul. Kuiva silma sümptomid (erinevad mõõdikud: Schirmeri test, silma pinna haiguse komposiitindeks, pisarakihi katkemise test) muutusid mõlemas rühmas oluliselt. Schirmeri test ja BUT näitajad paranesid pisarateede korkide grupis oluliselt rohkem kui niisutavate tilkade grupis. Lühikese jälgimisperioodi, väikese valimi ja avatuse tõttu tõendus nõrk, aga võib eeldada, et korgid on lühiajaliselt efektiivsed ka sümptomite leevendamisel raske kuiva silma korral.

4. Yung et al 2012 randomiseeritud uuring (n=18) LASIKu järgse kuiva silma ravis, kus kunstpisarate ravi foonil lisati sekkumiserühma uuritavatele kork, jälgiti kuni 3 kuud. Erinevad kuiva silma näitajad, korrigeerimata nägemisteravus, funktsionaalne nägemisteravus ja sümptomid olid oluliselt paremad korgi grupis. Väike valim, avatus, lühike jälgimisperiood, tõendus nõrk.

5. Brissette et al 2015 RCT (n=50 silma), kus võrreldi kahe erineva korgi efektiivsust 6 kuu jooksul. Uuring oli pimendatud. 6 kuu jooksul iseeneslikult eemaldus 32% vs 68% korkidest (stat oluline erinevus), kuiva silma indikaatorites (Schirmeri indeks, pisarakihi katkemise test) ja sümptomites samuti olulised erinevused. Järeldati, et keskmise raskusega kuiva silma puhul korkide püsivus varieerub, kuid objektiivsed ja subjektiivsed näitajad paranevad. Tõendus nõrk-mõõdukas.

Kokkuvõttes järeldus muutunud ei ole, tõendatuse tase korkide efektiivsuse osas on madal, aga on võimalik, et kuiva silma sümptomid vähenevad.

MTH: eksperdi hinnangul on taotluses toodud uuringute usaldusväärsus kõrge, pisarapunkti sulgurid on lihtne, efektiivne, ohutu ja reversibel meetod pisaravedeliku puudulikkuse ja teiste silmapinna haiguste ravis. Pisarpunkti ja pisarakanalite sulgurite paigaldamine on näidustatud patsientidel, kellel on diagnoositud keskmine või raske kuiva silma sündroom ja kellel toopiline ravi käsimeetustest saadavate kunstpisarate, niisutavate geelide või tsüklosporiiniga ei ole osutunud efektiivseks.

Uuringutes on leitud teenuse kasutamise järel kuiva silma sümptomite subjektiivset vähenemist, kuiva silma diagnoosimise objektiivsete näitajate paranemist. Ekspert soovib välja ka uue juhise:

1. Akpek, et al 2019 Am Academy of Ophthalmology, Dry Eye Syndrome Preferred Practice Pattern, kirjeldab kuiva silma astmelist ravi, mille teisel astmel soovitatakse kasutada oklusiooni või korke. Tõenduse osas ollakse sama meelt Cochrane analüüsi järeldustega (tõendus näitab vähest efektiivsust, otsest soovitusi ei anta, võimalik kasutada oma äranägemisel) ja leitakse, et võib parandada sümptomaatikat. Probleemiks on iseeneslik väljalangemine.

Kokkuvõttes piiratud efektiivsusega, kuid võib vähendada sümptome.

KTH: Arvestuse alusel on taotletava teenuse piirhind 29,27 eurot, mis sisaldab ühe pisarapunkti/-kanali sulguri maksumust. Võttes arvesse, et olenevalt sulgurist on 30-70% juhtudest kuue kuu möödudes vajalik paigaldada uus sulgur, siis on kulu ühe patsiendi kohta 67-79 eurot aastas. Kokkuvõttelikult võib hinnata pisarapunktide sulgurite kulu kui lisanduvat kulu ravijuhule. Patsiendi kulutused kunstpisaratele võivad väheneda, kuid võttes arvesse vastavate uuringute vähesust ja madalat kvaliteeti, ei ole võimalik tugevat kulude vähenemise analüüsi välja tuua. Eelarvemõju 1600 pt aastas, igale keskmiselt 2 sulgurit (kaks silma) aastas, kokku 94 000 € aastas.

Diskussioon

Arutlusel oli, et kuna kuiva silma sündroomiga patsiente on palju, siis prognoos tundub alahinnatud. Toodi esile, et tõendus on nõrk, kuid sulgurid on tõenäoliselt sümptomeid ja elukvaliteeti parandavad, mõju eelarvele ei ole suur. Komisjoni hinnangul oleks teenus põhjendatud konkreetselt määratletud näidustustega patsientidel. Ravijuhendis oli toodud välja, et kasutatakse keskmise ja raske kuiva silma sündroomi korral ning ravimeetodite valik on astmeline – esmalt proovitud silmatilgad ja nende ebapiisava efektiivsuse korral kasutada sulgureid. Rakendustingimuse lisamisel võiks lähtuda ravijuhendi soovituselt. Komisjon teeb ettepaneku rakendustingimus, sh näidustuse piiritletus, oftalmoloogia erialaseltisiga täpsemalt kokku leppida.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab lisamist loetellu keskmise ja raske kuiva silma sündroomiga patsientidele.

Taotlus nr 1450 – Kvantitatiivne sensoorne testimine (KST) peenkiuneuropaatia diagnoosimiseks

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 21.01.2021.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Kliinilise Neurofüsioloogia Selts, L. Puusepa nimeline Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on uue teenuse, kvantitatiivne sensoorne testimine (KST), lisamine loetellu. KST on psühhofüsioloogiline sensoorsete närvikiudude uuring, mis hindab erinevate stiimulite tajupiire: survet, vibratsiooni, sooja, külma ning kuuma- ja külmavalu. KST on laialdaselt kasutusel peenkiuneuropaatia diagnoosimisel. Peenkiuneuropaatia kaebusteks on põletav tunne ja valu jalgades/kättes, paresteesiad, puute- ja temperatuuritundlikkuse kadu. Diagnoos sageli hilineb või jääb panemata. Sageli on põhjuseks puudulikud diagnostilised kriteeriumid ja mitte väga laialt kättesaadavad hindamismeetodid. Peenkiuneuropaatiat esineb enam diabeedi ja sidekoehaiguste korral, kuid kuni 50% juhtudel jääb etioloogia ebaselgeks.

Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Taotluses toodud teaduskirjanduse ülevaates selgub, et peenkiuneuropaatia diagnoosimiseks ei ole olemas üht head diagnostilist uuringut. Parima tulemuse saab patsiendi kaebuste, kliinilise pildi ja erinevate diagnostiliste uuringute tulemuste summeerimisel. Uuringutest olulisematenä on välja toodud nahabiopsia närvikiudude tiheduse määramiseks ja kvantitatiivne sensoorne testimine (KST). Eestis on praegu võimalik teha KST tasulise teenusena. Nahabiopsiat närvikiudude tiheduse määramiseks praegu ei tehta - võimalik, et on olemas valmisolek ka selle uuringu käivitamiseks.

Ekspert toetab kvantitatiivse sensoorse testimise lisamist Eesti Haigekassa poolt tasustavate tervishoiuteenuste loetellu. Vajadusel võiks teenuse osutamisel olla järgmised rakendustingimused:

1. Uuringu teostamine ainult kõrgema etapi raviasutuses. See tagab ka patsiendi parema edasise uurimise ja ravi.
2. Uuringu teostamine ainult selgelt peenkiuneuropaatia kahtlusega patsientidel, kelle kaebused ja kliiniline leid on vastavad. Lihtsalt välistamisdiagnoosina KST uuring ei ole vajalik.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Hetkel on veel ebaselge, kas ja kuidas võiks muutuda patsiendi raviskeem, millisel määral muutub eriarsti/perearsti visiitide arv, kas ja kui paljudel on vajalik kognitiiv-käitumusliku teraapia või füsioteraapiaga alustamine kui diagnostika meetodina kasutatakse KST-d. Sellest tulenevalt ei ole võimalik vastavalt kulutõhusust hinnata. Esitatud kuluarvestuse alusel oleks taotletava teenuse piirhind 151,91eurot. Lähtuvalt prognoosist ja teenuse hinnast on kvantitatiivse sensoorse testimise teenuse osutamise lisakulu ravikindlustuse eelarvele 15 191 – 25 825 eurot aastas.

Seni on antud teenust tasuliselt osutanud SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla hinnaga 30,68 eurot.

Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)

Taotlus oli arutelul 2021. aasta jaanuaris (vt. tõenduse ülevaade). Leiti, et tegemist nõrga tõendusega varieeruvate valiidsusnäitajatega laialdaselt kasutatava elektrofüsioloogilise meetodiga. Toodi esile, et tänu KST-le saadud täpsem diagnoos ei muuda järgnevat ravi. Arutlusel oli, kas sarnaseid uuringuid oleks võimalik koondada ühe teenuse alla, nt elektrofüsioloogilised uuringud närvil. Selles osas tuleks täpsustada erialaseltsiga. Paluti lisaandmeid, ekspertarvamust ja KTH. Tänapäevaks andmed koos.

Lisauuringud:

1.Raasing et al 2020 ülevaateartikkel, mis näitab, et seisundil on oluline mõju elukvaliteedile, hinnatakse erinevate diagnostiliste meetodite valiidsust.

2.Cruz_almeida 2014 ülevaateartikkel: kuigi tõendus ütleb, et meetod võib olla kasulik valu klassifitseerimisel, on kliiniliseks rakenduseks vajalik hinnata meetodi sensitiivsust ja spetsiifilisust erinevate valutüüpide suhtes ja kuluefektiivsuse hindamine.

3.Arnstad 2020 valu hindamine juveniilse idiopaatilise artriidiga noortel täiskasvanutel (n=96) võrreldes tervete kontrollidega. Kuna diagnoos erinev, ei kohaldu.

4.Schliessbach 2017: QST abil hinnati oksükodooni analgeetilist efekti vs platseebo alaseljavaluga haigetel.

5.Schliessbach 2018: QST analgeetikute efektiivsuse hindamisel alaseljavalu haigetel. Sama mis eelmine, lisatud imipramiin ja klobasaam.

6.Schaefer 2014 registripõhine uuring ja läbilõikeline küsitlusuuring, kus hinnati idiopaatilise peenkiuneuropaatiaga haigete tervise- ja funktsiooni näitajaid, tootlikkust ja kulu Ühendriikides. Haigetel esineb mõõdukas või tulev valu, mis vähendab elukvaliteeti ja tootlikkust ja on seotud suurte otseste ja kaudsete kuludega. QST hindamiseks ei kohaldu.

Kokkuvõttes tõenduse tase jätkuvalt madal.

MTH: Ekspert toetab, viitab eelmisel arutelul toodud uuringutele (Devigili, Blackmore, Fabry) ja toob ka uue uuringu:

1.Shukla 2005 uuring, kus hinnati peenkiuneuropaatia kahtlusega patsientide (n=25) QST tulemusi diagnoosi täpsustamisel. Sümptomite kestus 1,6 aastat (SD=1,6), 72% oli QST leid positiivne. Järeldati, et meetod on piisavalt sensitiivne. Tõendus nõrk.

Ekspertarvamuses mõõndakse, et testi valiidsus on piiratud ja parima tulemuse saab patsiendi kaebuste, kliinilise pildi ja erinevate diagnostiliste uuringute tulemuste summeerimisel. Tehakse ettepanek rahastada rakendustingimustega: Uuringu teostamine ainult kõrgema etapi ravisutuses, uuringu teostamine ainult selgelt peenkiuneuropaatia kahtlusega patsientidel, kelle kaebused ja kliiniline leid on vastavad. Lihtsalt välistamisdiagnoosina KST uuring ei ole vajalik.

KTH: kulutõhusust ei ole võimalik hinnata, kuna sisendid on liiga heterogeensed ja puudub selge arusaam, kuidas see muudab patsiendi käsitlust. Eelarvemõju (hind 107 €, 100-170 patsienti aastas) oleks 10 000 – 20 000 eurot aastas.

Diskussioon

Toodi esile, et teiste sarnaste teenuste hinnad on madalamad – elektroneuromüograafia (kood 6267) 95,01 eurot, elektroneurograafia (kood 6268) 62,19 eurot, üksikku elektroneuromüograafia (kood 6269) 77,14 eurot. Toodi esile, et diagnoos küll täpsustub, kuid ravivalikud ei muutu suurel määral. Arutlusel oli, et elektroneurograafiale suunavad ka perearstid, seega eraldi teenuse lisamisel peaks kasutus olema piiratud rakendustingimusega.

Komisjoni ettepanek on luua üks ühine elektrofüsioloogiline uuring, lähtudes olemasolevate teenuste hindadest. Lisaks rakendada peenkiuneuropaatia korral tingimus – kasutatakse piirkondlikus haiglas, neuroloogi suunamisel.

Komisjoni arvamus

Komisjon teeb ettepaneku luua üks ühine elektrofüsioloogilise uuringu teenus, mille raames saab kasutada ka kvantitatiivset sensorset testimist peenkiuneuropaatia diagnoosimise korral.

Taotlus nr 1468 – Transkraniaalne alalisvoolu stimulatsioon (ingl k transcranial direct current stimulation (tDCS))

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 21.01.2021.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Psühhiaatrite Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärgiks on kaasaegse psühhiaatrilise ravimeetodi (tDCS) lisamine Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu. tDCS peamiseks meditsiiniliseks näidustuseks on depressiivsed häired. Laiemas mõistes kuuluvad näidustuste alla kõik psüühikahäired, mille puhul esinevad depressiivsed sümptomid, sh komorbiidsed haigusseisundid.

tDCS on uudne ja jõudsalt kasvava trendiga psühhiaatriline ravimeetod ülemaailmses neuroloogilises ja psühhiaatrilises praktikas ning on kasutusel erinevate psühhiaatriliste häirete ja neuroloogiliste haiguste ravis. tDCS on efektiivne ravimeetod ja kiirendab ravivastuse saabumist depressiooni ravis. tDCS on väga lihtsasti kasutatav, ohutu ja seda on turvaline kasutada ka riskirühmade (rasedad, sünnitusjärgsed, vanurid) puhul. tDCS sobib kasutada nii monoteerapiana kui kombineerituna teiste ravimeetoditega (antidepressiivse toimega ravimid, psühhoterapia), millega kombineerimine on ohutu ja igapäevases kliinilises praktikas sageli vajalik. Eestis alternatiivne raviviis käesoleval ajal puudub.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

tDCS on uudne ja jõudsalt kasvava teadusliku tõendatusega psühhiaatriline ravimeetod ülemaailmses psühhiaatrilises (ja neuroloogilises) praktikas. tDCS on Eesti tipp-keskustes 5. aastat kasutatav efektiivne tõenduspõhine ravimeetod ja kiirendab ravivastuse saabumist depressiooni ravis nii kombineeritud ravis kui monoteerapiana, kombineerimine on ohutu ja igapäevases kliinilises praktikas sageli vajalik. Eestis alternatiivne kättesaadav raviviis käesoleval ajal puudub. tDCS on väga lihtsasti kasutatav, teiste stimulatsioonimeetoditega võrreldes odav ja ohutu. tDCS on turvaline kasutada ka riskirühmade (rasedad, sünnitusjärgsed, vanurid, vaskulaarse depressiooni pt) puhul.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Teadusuuringutes on alustatud kulutõhususe uuringutega Prantsusmaal, kuid tulemusi veel ei ole/ei ole avalikustatud (Sauvaget *et al* 2020). Planeeritud on randomiseeritud kontrollitud prospektiivne uuring, mille raames hinnatakse tDCS kasutamist koos tavaraviga võrreldes ainult tavaraviga. Uuringusse on kaasatud 214 patsienti, kellel on diagnoositud unipolaarne või bipolaarne depressioon. Planeeritud esmane tulemusnäitaja on täiendkulu tõhususe määr (ICER).

Taotleja on esile toonud, et tDCS teenust kasutatakse enamasti kombinatsioonis teiste meetoditega, kuid võib olla teatud juhtudel ka üksinda ravivalikus. Kuna ravi on kompleksne, siis ei ole võimalik esile tuua teiste ravimeetodite (ravimid, teraapia) kasutamise vähenemist. Taotleja on esile toonud, et kui

patsient võtab mitut erinevat ravimit, võib ravimite hulk teatud määral väheneda, kuid täpsed andmed selle kohta puuduvad.

Kuluarvestuse alusel on taotletava teenuse piirhind 22,98 eurot. Lähtuvalt prognoosist ja teenuse hinnast on teenuse osutamise lisakulu ravikindlustuse eelarvele 49 398 eurot aastas.

Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)

Taotlust on arutatud kahel korral, augustis 2018 ja jaanuaris 2021 (vt tõenduse ülevaade). Esimesel korral oli tõendus piiratud, teisel korral hinnati uute metanalüüside ja ravijuhiste alusel tõendus mõõdukaks, paluti lisaandmeid, ekspertarvamust ja KTH. Täna-seks andmed koos.

Lisaandmed: täpsustatud näidustus mõõdukas depressioon, esmane ja korduv (F32.1, F33.1), depressiooni sümptomitega segatüüpi ärevushäire (F41.2), rasedad ja sünnitusjärgsed patsiendid. Ei sobi raske depressiooniga patsientidele (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3). Kasutuseks ambulatoorses eriarstiabis, edaspidi ka esmatasandil, kui on tagatud väljaõpe.

MTH: ekspert toetav (sobib depressiooni 3. rea raviks nii kombineeritud kui monoterapiana) ja toob ära uue metanalüüsi ja sellel põhinevad ravijuhised:

1. Mutz, et al 2018 randomiseeritud sham-kontrollitud kliiniliste uuringute metanalüüs uni- ja bipolaarse depressiooni ravis (n=3058). Ravi oli enamuse DCS modifikatsioonide osas efektiivne (OR 2,4-7,4, kõik stat. olulised erinevused), kuid mitte kõigi osas. Tõendus tugev.

2. Fregni et al 2020 ravijuhises transkraniaalse alalisvoolu stimulatsiooni kasutamise kohta neuroloogiliste haiguste ja psüühikahäirete ravis on tDCS efektiivsus depressiooni ravis A tasemel ning B tasemel alkoholsõltuvuse, skisofreenia, fibromüalgia, migreeni, neuropaatilise valu, postoperatiivse valu, epilepsia, insuldijärgse motoorse taastumise ja Parkinsoni tõve motoorsete ja mittemotoorsete sümptomite ravis.

Eelarvemõju: teenuse hind 23 eurot, kulu patsiendi kohta 460 eurot aastas, 4000 pt aastas, lisakulu 50 000 eurot aastas. Kuluefektiivsust hinnatud ei ole.

Kokkuvõttes uus efektiivne mõistliku hinnaga meetod olulise rahvatervise probleemi raviks.

Diskussioon

Toodi esile, et taotlus on esitatud depressiooni raviks transkraniaalse alalisvoolu stimulatsiooni osas. Tõstatus küsimus, kas lisanduvate näidustuste ja sarnaste ravimeetodite korral esitatakse eraldi taotlused. Samuti tõstatus küsimus, kas sarnaseid meetodeid võiks koondada ühise teenuse alla. Psühhiaatria eriala nõunik selgitas, et sarnaste meetodite koondamine ühise teenuse alla on keeruline, kuna nii seadme, aja kui ka personali kulud on meetodite korral erinevad. tDCS on võrreldes teiste sarnaste meetoditega palju odavam. Arutlusel oli, et näidustustega piiramine ei ole vajalik, kuna hetkel Eestis kasutusel olevaid seadmeid on võimalik kasutada depressiooni ja kroonilise valu ravi korral. Erinevate näidustuste korral mõjutatakse erinevaid ajulokalisatsioone ja teiste näidustuste raviks kasutatavaid seadmeid Eestis hetkel kasutusel ei ole.

Komisjoni ettepanek on teenuse kasutamist mitte piirata depressiooni diagnoosiga. Arutlusel oli, et ülekasutamise vältimiseks tuleks teenusele rakendada kasutamise tingimused, nt teenust osutava spetsialisti väljaõpe, eriala või meetodi tulemuslikkuse hindamine teenuse osutamise jätkamiseks. Komisjon teeb ettepaneku, et haigekassa lepib erialaseltisega koostöös kokku teenuse rakendamise tingimused.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab taotluse rahuldamist. Komisjon teeb ettepaneku erialaseltisega kokku leppida teenuse osutamise rakendustingimused.

Taotlus nr 1475 – Rütmivalvur (naha alla implanteeritav rütmihäireid salvestav seade - loop-recorder)

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Kardioloogide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada loetellu uus teenus „Rütmivalvur (naha alla implanteeritav rütmihäireid salvestav seade - loop-recorder)“. Taotletav teenus lisandub sisuliselt olemasolevatele ravijuhtudele, pakkudes alternatiividega võrreldes täiendavat ja täpsemat võimalust diagnoosida võimalike südame rütmihäirete esinemist. Teenust rakendatakse taotluse kohaselt rütmihäire diagnoosimiseks ebaselge süngoobiga (teadvuskaotusega) patsientidel ning teadmata genesiga ajuinfarktiga patsientidel kodade virvendusarütmia skriininguks.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Ebaselge süngoobiga patsientide puhul on kulutõhusust Eestis võimalik kaudselt hinnata lähtudes Davis *et al* (2012) uuringus kasutatud sisenditest, mis eeldavad, et võrreldes edasistest diagnostilistest uuringutest loobumisega tuvastatakse rütmivalvuri abil 33% patsientidest vastasel korral diagnoosimata jääv arütmia, kus 21,4% patsientidest saavad kahekambriise südamestimulaatori ja 3% ICD. Diagnoosi põhjal tehtud ravivalikutega kaasneb patsiendi kohta 0,366 lisanduvat QALY. Strateegiaga seostatav ICER on ühe lisanduva QALY kohta orienteeruvalt 10 598,07 eurot. Rütmivalvuri strateegiat võib pidada ebaselge süngoobiga patsientide puhul kulutõhusaks strateegiaks.

Krüptogeense ajuinfarktiga patsientidel kodade virvendusarütmia monitoorimise kontekstis võib Chew *et al* (2020) uuringust lähtuvalt teha lihtsustatud hinnangu, et võrreldes konventsionaalse holtermonitooriga on rütmivalvuri strateegia lisakulu patsiendi kohta orienteeruvalt 3094,94 eurot ning lisanduv QALYde arv 0,11. Sellest tulenevalt on strateegiaga seostatav ICER ühe lisanduva QALY kohta orienteeruvalt 28 135,82 eurot. Rütmivalvuri strateegiat võib pidada krüptogeense ajuinfarktiga patsientide puhul kulutõhusaks strateegiaks.

Teenuse kirjelduse põhjal on teenuse eeldatav maksumus 2764,26 eurot. Eeldatav mõju eelarvele esialgu 46 424 – 61 899 eurot aastas ning maksimaalselt 92 848 eurot aastas.

Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)

Rütmivalvuri hinnakirja lisamine. Võimaldab kuni 3 aasta jooksul püsivat südame rütmi salvestust ja analüüsi, kaug-kodujälgimine võimaldab patsiendi ööpäevaringset jälgimist. Vajalik patsientide monitoorimiseks, kelle esinevad korduvad ja ebaselged teadvusekaotuse episoodid (bradükardia ja südameblokaad, ventrikulaarsete/supraventrikulaarsete rütmihäirete diagnoosimiseks). Kodade virvendusarütmia diagnoosimiseks. Alternatiiviks 24-tunni Holter või invasiivne eletrofüsioloogiline uuring.

Uuringud:

1. Farwell 2005 RCT (n=201) korduva ebaselge süngoobiga patsiendid, võrreldi ILR efektiivsust EKG diagnoosini jõudmisel tavadiagnostikaga 17 kuu jooksul, ILR selgel efektiivsem, HR 6,53 (stat ja kliiniliselt oluline tulemus). ILR rühmas hiljem vähem uuringuid ja korduvad hospitaliseerimisi, kulusäästev ei olnud. Tõendus mõõdukas.

2. Podoleanu 2014 RCT (n=78) sama meetodika mis eelmises, sama tugev tulemus: EKG diagnoosini jõudis 14 kuu jooksul 46% vs 5% uuritavatest (p<0,001). Vähem uuringuid ja hospitaliseerimisi. Elukvaliteet rühmades ei erinenud. Tõendus mõõdukas.

3. Kahe eelmise ja kahe lisandunud sarnase meetodikaga RCT alusel (DaCosta 2013, Krahn 2001) tegi ESC metaanalüüsi (n=660) ebaselge süngoobiga patsiendi diagnoosini jõudmise hindamiseks ILR vs tavadiagnostika abil, diagnoosi tõenäosus HR=3,7 (2,7-5,0). Tugev tõendus.

Ravijuhised:

1. Brignole, et al 2018 ESC süngoobi ravijuhised:

Korduva ebaselge etioloogiaga sünkoobiga, 1/A
Kõrge riskiga sünkoobipatsiendid, kelle etioloogia ei ole selge 1/A
Reflekssünkoobi kahtlusega patsiendid 2a/B
Ebaefektiivne epilepsia ravi 2b/B
Ebaselged kukkumised 2b/B

2.Hindricks 2020 ESC kodade virvendusarütmia käsitusjuhised: ICM (implantable cardiac monitor) kasutatakse AF skriinimiseks teiste vahendite (EKG, pulss, mobiilsed äpid, polar, nutikellad, telemeetria, Holter) ebapiisavuse korral. AF leidmiseks soovitatakse oportunistlikku skriiningut 65+ aastastele. Insuldihaigetel, kellel on varasem AF diagnoos, tuleks kasutada ICM AF diagnoosimiseks 2a/B.

Kokkuvõttes tõendus ja soovitused tugevad.

KTH: teenuse kulu 3100 € (teenus, vahend, 2x päevaravi). Teenusega lisandub ebaselge sünkoobi diagnostikas 0,37 QALY (hea tulemus), ICER 10 600 € (kuluefektiivne). Krüptogeense ajuinfarkti AF diagnostikas on tervisekasu madalam (0,11 QALY) ja ICER 28 000 eurot (samuti hea tulemus). Eelarvemõju kuni 93 000 € aastas.

Diskussioon

Arutlusel oli, et võrdlusgrupiks on hetkel toodud tavaline 24h Holter uuring, kuigi tänapäeval on kasutusel ka kleebitavad (*patch*) Holter monitorid, mis töötavad 1-2 nädalat järjest. Tõstatus küsimus, kas võrdlus peaks olema tehtud teiste kaasaegsete meetoditega.

Arutlusel oli, et kuna tegemist on invasiivse meetodiga, siis tõenäoliselt on eelnevalt muud võimalikud uuringud läbi viidud ning implantaat paigaldatakse selekteeritud patsientidele. Pöörati tähelepanu, et hetkel ei ole taotluses esile toodud, et patsiendil on eelnevalt läbi viidud muud alternatiivsed uuringu võimalused. Seetõttu teeb komisjon ettepaneku erialaseltsiga üle täpsustada, kas on olemas võrdlusuuringud *patch*-Holter uuringuga ning millised uuringud peaksid olema tehtud *loop-recorder*'i kasutamisele eelnevalt. Samuti võiks erialaseltsiga üle täpsustada, kas *patch*-Holterit Eestis kasutatakse ning kas selleks on vastav teenus loetelus olemas. Haigekassa esindaja selgitas, et kardioloogia eriala teenused said värskelt nüüdisajastatud ning loetelus on olemas teenus EKG monitooring 24 tundi, mida vajadusel saab kodeerida mitme päeva kohta. Haigekassa saab erialaseltsiga üle täpsustada, kas vastav teenus katab ka *patch*-Holteri uuringut.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab teenuse lisamist, kuid erialaseltsiga tuleks eelnevalt üle täpsustada, millised uuringud tehakse eelnevalt, et *loop-recorder* ei oleks esmane valik.

2. Eriõe vastuvõtt

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 12.02.2020, 14.10.2020, 11.11.2020, 10.02.2021 ja 07.04.2021.

Haigekassa esindaja selgitas, et haigekassa nõukogu soovib TTL komisjoni arvamust, kas eriõe pilootprojekti rahastamine võiks toimuda läbi tervishoiuteenuste loetelu.

Haigekassa ettepanek on lisada tervishoiuteenuste loetellu 11. peatükki „Juhtprojektid tervishoiusüsteemi arendamiseks“ kaks uut teenust:

- eriõe vastuvõtt (30 min) (kood 3019);
- eriõe kaugvastuvõtt (kood 3219).

Teenuste kodeerimine raviarvetele oleks lubatud juhul, kui teenust osutaval tervishoiutöötajate registrisse kantud õendustöötajal on registreeritud kliinilise õenduse, intensiivõenduse või terviseõenduse eriala. Teenuste hinnad võrdsustatud õe vastuvõtu ja õe kaugvastuvõtu hindadega.

Piloot on plaanis läbi viia vastavalt järgnevale ajaraamile:

- Projektiga alustamine raviasutustes, s.o ettevalmistustöö raviasutustes (1. juuli 2021 - 31. august 2021)
- Eriõe teenuse piloteerimine, s.o eriõe teenuse osutamine (1. september 2021 - 1. märts.2022)
- Tulemuste analüüs ja kokkuvõtted (aprill 2022)
- Eriõe teenuse piloodi tulemuste tutvustamine TTL komisjonile ja edasiste sammude kokkuleppimine, võimalik muudatuse jõustumise aeg 01.07.2022.a.

Diskussioon

Komisjon jääb oma varasema otsuse juurde, et vajalik on pilootprojekti läbiviimine. Komisjon soovis täpsustada, millistel erialadel on plaanis pilootprojekt läbi viia. Haigekassa esindaja selgitas, et plaanis on kaasata valuravi, onkoloogia ja kardioloogia erialad.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab eriõe pilootprojekti läbiviimist ja rahastamist läbi loetelu 11. peatüki „Juhtprojektid tervishoiusüsteemi arendamiseks“.

3. Soolise ebakõla (F64.0) ekspertiisikomisjoni teenuse rahastamine

Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et soolise ebakõla käsitlemisega ja soo vahetusega seotud regulatsiooni muudatus on päevakorral seoses uue rahvatervishoiu seaduse välja töötamisega (senine volituskorraldus muutub ja läheb tervishoiuteenuste korraldamise seadusesse). Sellega seoses oli kavas regulatsiooni ka kaasajastada ning ühtlasi uuendada arstliku ekspertiisikomisjoni koosseisu, mille otsused on aluseks soo muutmisega seotud tervishoiuteenuste osutamiseks ja ka rahvastikuregistris soo andmete muutmiseks. Hetkel on ekspertkomisjoni koosseisu kiire muutmise vajaduse tekitanud senise komisjoni otsus lõpetada tegutsemine enne uue moodustamist. Uute liikmetega läbirääkimiste pidamisega tulemusena ning ka komisjoni senisest laiapähele ja kaasaegset käsitlust võimaldava koosseisu tagamisega seoses on kerkinud vajadus lahendada F64.0 diagnoosiga ravikindlustatud inimestele osutatava konsiiliumi teenuse rahastamine. Lahendus ei eelda TTL-is uute teenuste lisamist, rakendada saab § 39 „Psühhiaatriliste uuringute ja protseduuride piirhinnad“ olemasolevaid teenuseid (Raviplaani koostamine või muutmise ravimeeskonna poolt, 3 erineva suurusega meeskonna teenust) eeldusel, et teenust osutab haigekassa lepingupartner.

Diskussioon

Haigekassa esindaja selgitas, et antud teema arutlusele toomine on oluline ka seetõttu, et varasemalt on olnud üleval diskussioon, kas haigekassa peaks tasuma soovahetusoperatsioonide eest. Tol korral otsustati, et haigekassa ei peaks soovahetusoperatsioonide eest tasuma, kuna see ei kuulu meditsiinilise näidustuse alla. Kuna ekspertiisikomisjoni rahastamise teema on sellega tihedalt seotud, siis oleks oluline teemat laiemalt vaadelda.

Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas lisaks, et kirurgilised sekkumised on vabatahtlikud. Seniste andmete alusel suurem enamus nendest isikutest kirurgilist sekkumist ei soovi. Hetkel on nii ekspertiisikomisjoni kui ka kirurgilised teenused tasulised.

Tõstatus küsimus, milline on planeeritud uue ekspertiisikomisjoni koosseis – mitu liiget ja millistelt erialadelt. Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et komisjoni kuuluksid kindlasti psühhiaatria (sh kliinilise seksuoloogია lisapädevusega), günekoloogia, uroloogia, endokrinoloogia ja kliinilise psühholoogia eriala esindajad.

Tõstatus küsimus, kuidas toimub teenuse rahastamine nendele, kellel puudub riiklik ravikindlustus. Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et seniste andmete alusel on enamustel isikutel olnud kehtiv ravikindlustus. Ravikindlustuseta isikutele jääks teenus esialgu tasuliseks, kuid sihtgrupi esindusorganisatsiooniga arutatakse, kas kindlustamata isikutel oleks võimalik saada toetust esindusorganisatsioonilt, et ekspertiisikomisjoni teenus oleks ka neile kättesaadav. Tõstatus küsimus, kui sagedasti ekspertiisikomisjon koos käib. Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et eelmisel aastal käis komisjon koos viiel korral. Arutlusel oli, kas õige on kasutada psühhiaatria eriala ravimeeskonna teenuseid, võttes arvesse, et tegemist on multidistsiplinaarse komisjoniga.

Toodi esile, et seni on üheks ekspertiisikomisjoni ülesandeks olnud hindamise käigus aru saada, kas inimesel on psüühikahäireid, mis mõjutaksid tema otsust soovahetamise osas. Tõstatus küsimus, kuidas on see osa lahti kirjeldatud uues regulatsioonis. Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et uues rakendusaktis on sõnastatud – välistatud peab olema psüühikahäire esinemine, mis ei luba isikul teha selgelt kaalutletud otsust oma soo vahetamise suhtes.

Komisjon arutles, et esialgu annaks tagasiside ekspertiisikomisjoni rahastamise osas, mida on võimalik teha ilma tõenduse hindamiseta, võttes arvesse, et erinevaid konsiliumi teenuseid on loetelus juba praegu. Kirurgiliste sekkumiste osas komisjon hetkel ei arutle ega arvamust avalda, selleks on vajalik eelnevalt esitada vastavasisuline taotlus koos vajalike materjalidega. Komisjon on arvamusel, et ekspertiisikomisjon on vajalik ning nende rahastamine põhjendatud. Rahastamise allikas on poliitiline otsus.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab ettepanekut rahastada ekspertiisikomisjoni läbi TTL-is olemasolevate teenuste.

4. Taastusravi eriala teenuste nüüdisajastamine

Haigekassa esindaja selgitas, et käesoleval aastal on tööplaanis taastusravi teenuste nüüdisajastamine (teenuste, nende tingimuste, kirjelduste ja piirhindade ülevaatamine). Selleks on moodustatud töögrupp, kuhu kuuluvad Eesti Taastusarstide Selts, Eesti Füsioterapeutide Liit ning Eesti Tegevusterapeutide Liit. Samuti on kaasatud Eesti Haiglate Liidu esindaja. Raviastutused, kes nüüdisajastamiseks kuluandmeid esitavad on Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus, Tartu Ülikooli Kliinikum, Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Ida-Tallinna Keskhaigla.

Neli suuremat sisulist muudatust, mida on töögrupp arutanud ja soovib TTL-i viia:

a) Meeskonnatöö teenuse loomine

Meeskonnatöö rahastamine aitaks tõhustada taastusravi kaasaegset käsitlust, parandada teenuse kvaliteeti ning võimaldaks kaasata raviotsustamise senisest enam ka patsiendi lähedasi. Töögrupp tõi välja, et raviastutustes tehakse taastusravi osakondades ka praegu meeskonnatöid, kuid selleks ei ole TTL-is sobilikku kodeeritavat teenust, milles kajastuks spetsialistide tööaeg. Kuna see teenus on hetkel rahastamata, ei kasutata seda nii suures mahus ja nii süsteemselt kui võiks. Ettepanek on luua eraldi meeskonnatöö teenus, mis võimaldab teenust rahastada, selle kasutust lihtsamini jälgida ning annab teenuse rakendamiseks suurema motivatsiooni. Juhul kui meeskonnatöö tasu oleks kajastatud voodipäeva hinnas, siis makstakse selle eest olenemata sellest, kas seda osutatakse või mitte. Haigekassa tasub teenuse eest siis, kui raviastutus on rakendustingimused täitnud (nt: meeskonnatöö tulemus (otsus, raviplaan) peab olema dokumenteeritud). Raviastutus saab ise otsustada, millist hindamisvahendit selleks kasutada. Meeskonnatöö vorm peab olema asutuste vahel ühtlustatud. Kaalume, kas sarnaselt teistele konsiliumitele oleks vajalik lisada vorm määrusesse.

Meeskonnatöö kestvus on 30 minutit ning hõlmatud on taastusarst ning õde ja/või hooldaja ning keskmiselt kolm spetsialisti järgnevast nimekirjast: füsioterapeut, tegevusterapeut, psühholoog, logopeed. Hetkel on veel lahtine, kuidas täpsemalt hakkab haigekassa tasustama sotsiaaltöötaja/juhtumikorraldaja tööd, kellel on oluline roll meeskonnatöö läbiviimisel.

b) Füsioteraapia teenuste piirmäära kustutamine

Tervishoiuteenuste loetelus § 29 (lõige 11, punkt 5) sätestab, et koodidega 7050, 7056, 7065 tähistatud tervishoiuteenuste piirhinda rakendatakse ühele isikule osutatud tervishoiuteenuse korral kuni 60 korda kuue kuu jooksul (välja arvatud koodidega 8029, 8028 ja 8031 tähistatud statsionaarse taastusravi puhul). Töögrupp tõi välja, et tänasel päeval ei ole arstil võimalik kiiresti tervisesüsteemist kontrollida, millal patsient teises raviastutuses füsioteraapia teenust sai ning sageli ei saada kõik asutused epikriisi

infosüsteemi. Samuti ei pääse terapeutid ise TIS-i andmetele ligi. Sellest tulenevalt ei ole asutused patsientidele teenuste piirmäärade osas taustakontrolli teinud. Haigekassal puudub samuti hea meetod antud tingimuse kontrollimiseks, mistõttu ei ole seda seni praktikas rakendatud.

Sellest lähtuvalt võiks TTL-ist kaotada füsioteraapia teenustele kehtestatud piirmäära limiidid. Sarnaselt voodipäevadega võiks füsioteraapia edasise ravivajaduse otsus aluseks olla senise teraapia dokumenteeritud tulemuslikkus.

c) Statsionaarse taastusravi voodipäeva omaosaluse määra kaotamine

Kehtivas TTL-is on statsionaarses taastusravis võimalik rakendada nelja voodipäeva teenust, millest ühe puhul peab patsient tasuma 20% omaosaluse määra (8030 Funktsioone toetav taastusravi (vähemalt 19-aastasele isikule)). Töögrupi arvamus oli, et ka krooniliste funktsioonihäiretega patsientidel võiks voodipäev olla täielikult haigekassa poolt rahastatud. Selle tingimuseks on, et taastusrarst on enne haiglaravi hinnanud patsiendi senise ravi efektiivseks, dokumenteerinud selle tulemuslikkuse ning koostanud taastusravikava. Referentsasutuste tagasiside põhjal on jäänud pigem kõlama, et krooniliste patsientide taastusravi voodikohtade osakaal on pigem madal ning nad ei näe, et patsiendi omaosaluse määra kaotamisel võiks nõudlus väga palju suuremaks minna. Omaosalustasu ülevõtmisel tähendaks see haigekassale iga-aastast lisakulu 2019.a andmete põhjal arvatuna ligi 317 000 eurot ning 2020.a andmete põhjal ligi 204 000 eurot.

d) Kõrgtehnoloogiliste vahendite rahastamine

Käsitleda kõrgtehnoloogiliste vahendite tasustamist taastusravi voodipäeva ja teraapia hinnast eraldi, arvestades ravi-asutuse või osakonna spetsiifikat tulenevalt ravitavate patsientide terviseseisundist ja vajadustest. Vastav ettepanek on tehtud, kuna juhul kui kõrgtehnoloogilised seadmed viia voodipäeva või teraapia hinda, siis suunatakse ressurss ka nendesse asutustesse, kus vastavat aparatuuri ei ole ja ei peagi olema.

Selleks toob töögrupp välja vajalikud kõrgtehnoloogilised vahendid, mis on asutustes kasutusel/peaksid olema kasutusel ning milliste meditsiiniliste näidustuste korral on seadmete kasutamine tõendatult kasutoov. Saadud info alusel teeb haigekassa koostöös töögrupiga ettepaneku, milline võiks olla sobilik rahastamismudel. Hetkel on plaan rakendada vastavalt spetsialiseerumisele igale asutusele teatud perioodi eest valmisolekutasu (nt kuutasu), mis kataks vajalike seadmete amortisatsioonikulu. Kuna kõik asutused ei pruugi olla veel endale vastavat aparatuuri soetanud, siis kaalume kahte võimalust:

a) kui asutusel standardina määratud seadmeid ei ole, siis haigekassa ei tasu;

b) anda asutustele ülemineku-aeg seadme soetamiseks. Lepitakse kokku, mis ajaks peavad seadmed olemas olema. Kui tingimustest peetakse kinni, siis jätkab haigekassa tasu maksmist. See lähenemine võimaldab koguda ressursi alginvesteeringu tegemiseks, kuid juhul kui investeeringut ei tehta, on see olnud põhjendamata kulu haigekassale. Võimalik on tasutud summa ka tagasi küsida.

Peamised Eestis kasutatavad kõrgtehnoloogilised vahendid on kõnnirobot (nii lastele kui täiskasvanutele), eksoskeleton, funktsionaalne vertikaliseerimislaud, robotseadmed käe funktsionaalsuse taastamiseks. Taastusravis kasutatavate robotseadmete osas on viidud läbi hulgaliselt teadusuuringuid. Enamus neist käsitleb neuroloogilise diagnoosiga patsiente, kõige enam insuldi või peajuutrauma järgseid inimesi.

Diskussioon

Komisjon tegi ettepaneku, et kõrgtehnoloogiliste vahendite kohta tuleks teha eraldi taotlused ning seejärel võetakse see teema arutlusele.

Arutlusel oli, et meeskonnatöö teenuse kohta tahaks saada täpsemat kirjeldust. Haigekassa esindaja selgitas, et meeskonnatööd tehakse taastusravis juba praegu, kuid osade spetsialistide töö hetkel kehtivates teenustes ei kajastu. Võimalus on luua eraldi teenus, mis võimaldaks jälgida, millises mahus

meeskonnatööd rakendatakse. Teine võimalus on lisada teenustes mitte-kajastuv personali kulu voodipäeva või muude teenuste sisse, mis aga ei võimaldaks jälgida, kas ja millisel määral meeskonnatööd tegelikult kasutatakse. Tõstatus küsimus, kas taastusravi voodipäeva teenusesse jääks sellisel juhul majutusstandard ja muud teenused, mis hakkavad patsiendist sõltuma, on voodipäevale juurde kodeeritavad. Haigekassa esindaja vastas, et selliselt on plaan taastusravi teenustega liikuda. Tõstatus küsimus, kas meeskonnatöö teenust taastusravis planeeritakse nii ambulatoorselt kui ka statsionaarselt. Haigekassa esindaja kinnitas, et nii see on. Pöörati tähelepanu, et paar aastat tagasi lisati loetellu multidistsiplinaarse eksperdikomisjoni teenused. Tõstatus küsimus, kas need teenused ei kata ambulatoorse meeskonnatöö vajadust taastusravis. Komisjon leiab, et arvamuse andmiseks oleks vajalik teenuse täpsemat kirjeldust ning ülevaadet, kuidas see suhestub olemasolevatesse ja nüüdisajastamise käigus täpsustuvatesse teenustesse.

Füsioteraapia piirmäära osas oli arutlusel, et kordade arv peaks sõltuma sellest, milline on vahhindamise tulemus ehk on hinnatud, kas patsiendil on vajadus füsioteraapiateenust edasi saada. Vajaduse hindamine ja selle tulemus peaks olema ravidokumentides dokumenteeritud.

Haigekassa esindaja täpsustas voodipäeva omaosaluse punkti juures, et ka selle teenuse puhul on planeeritud lisada rakendustingimus ravimõju vahhindamise ja selle dokumenteerimise kohta. Sotsiaalministeeriumi esindaja tõi esile, et Eestis on omaosaluse koormus patsientidele suur, seega võimalusel tuleks seda vähendada. Pöörati tähelepanu, et suur omaosaluse koormus on ka statsionaarses õendusravis, mille võiks samuti tulevikus arutlusele võtta.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab füsioteraapia piirmäära kaotamist tingimusel, et kordade arv on määratud ravimõju vahhindamise tulemusest. Komisjon toetab statsionaarse taastusravi voodipäeva omaosaluse määra kaotamist.

Komisjon teeb haigekassale ettepaneku täpsustada meeskonnatöö teenuse kirjeldust ning esitada ülevaade, kuidas see suhestub olemasolevatesse ja nüüdisajastamise käigus täpsustuvatesse teenustesse. Teema võetakse seejärel uuesti arutlusele.

Komisjon tegi ettepaneku, et kõrgtehnoloogiliste vahendite kohta tuleks teha eraldi taotlused vastavalt kehtivale regulatsioonile ning seejärel võetakse see teema arutlusele.

5. Muud teemad

Haigekassa esindaja informeeris, et hetkel kinnitatud komisjoni koosseisu kolm aastat hakkab täis saama. Sellega seoses kirjutatakse komisjoni kuuluvate esindajate organisatsioonidele, et paluda nimetada uueks koosseisuks põhi- ja asendusliikmed. Sotsiaalministeeriumi eriala nõunikud uuendati 2020. sügisel ning selles osas liikmetes muudatusi ei tohiks tulla. Samuti uuendatakse kõikide liikmetega lepingud.

Teemaga seoses on tõstatunud küsimus, kas Sotsiaalministeeriumi eriala nõunikud sooviksid endale samuti asendusliikmeid, keda saaks valida Sotsiaalministeeriumi juurde kuuluvate eriala komisjonide hulgast. Hetkel kriteeriumite määramise alusel küll nõunikele hääleõigusega asendusliikmeid võtta ei saaks, aga vajaduse nägemisel saaks Sotsiaalministeerium ja haigekassa uurida võimalusi asendusliikmete leidmiseks.

Diskussioon

Arutlusel oli, et osade nõunike (sisemeditsiin ja kirurgia) puhul ei ole täpset eriala komisjoni, kelle hulgast valida. Toodi esile ka küsimus, kuidas põhi- ja asendusliikme vahel hoida infovahetust, kuna komisjoni töö on pidev ja teemad tulevad arutlusele korduvalt. Samas toodi esile, et tagala tagamine oleks asjakohane. Haigekassa ja Sotsiaalministeerium suhtlevad selles osas nõunikega edasi.