

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Eesti Haigekassa, ruum 112

24.04.2019

Algus kell 14.00, lõpp kell 17.00

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Ann Paal (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Le Vallikivi (Eesti Perearstide Selts)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Andres Lehtmets (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)
Ester Öpik (Terviseamet)
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)
Külli Friedemann (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. TTL -i järgmiste muutmisettepanekute arutelu:

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1373	Ravimkaetud balloonid
1374	Lõikavad balloonid

2. Võimalikud 1. juulist rakenduvad esmatasandi muudatused TTL-is
 - a) Gripivastane vaksineerimine üld- ja erihooldekodudes - taotlus nr 1311
 - b) E-konsultatsioon
 - c) Muudatused uuringu- ja tegevusfondis
 - d) Tervisekeskuste tingimuste täpsustamine
 - a) Nõuandetelefoni isikustatud nõustamise teenus
3. Laste ortodontilise eriravi rahastamise aluste muutmine ja laiendamine
4. Prioritiseerimine

1. TTL -i taotluste arutelu

Taotlus nr 1373 – Ravimkaetud balloonid

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Veresoonte- ja Endovaskulaarkirurgia Selts, Eesti Veresoontekirurgide Selts

Taotlus, sihtriühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on lisada tervishoiuteenuste loetellu uus meditsiinivahend - ravimkaetud balloone. Tegemist on teenuse osutamisel täiendatavalt kasutatava meditsiiniseadmega, mida taotleja ettepanekul võiks kasutada pindmises reiearteris, õndlaarteris (stenoosi, oklusiooni ja restenoosi korral) ja säärearterites (kõrge riskiga lesiooni ja amputatsiooniriski korral) perifeersete arterite ateroskleroosi korral. Teenusekood hõlmaks erinevaid endovaskulaarses ravis kasutatavaid ravimkaetud balloone. Meditsiiniseadmete kasutamine võimaldab endovaskulaarses ravis saavutada piirkonna revaskuleerimist. Tegemist on korduva aruteluga.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

DEB kasutamine on perifeersete arterite ateroskleroosi korral endovaskulaarse ravi lisavõimalus, eelkõige pindmises reiearteris, õndlaarteris ja säärearterites. Demonstreeritud on DEB kasutamisel neis lokaliseeritud nõi primaarse lesiooni kui restenooside korral head kliinilist efekti. Samas on viimastel aastatel ilmunud randomiseeritud uuringuid, ülevaateartikkel ja meta-analüüs, kus ravimkaetud (paclitaxel) balloone ja stendid on seotud suurenenud 2-5-aasta üldsuresusega. Kuna nende uuringutega ei selgu põhjuslik seos, on vajalikud lisauuringud.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Kui võrrelda ravimkaetud ballooni katmata balloonega, on lisakulu 145 000 eurot. Kui arvesse võtta ka kordusprotseduuride vähenemist, siis 5 aasta perspektiivis oleks kokkuhoid 33 000 eurot. Võib pidada kulutõhusaks meetodiks.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Suremusrisi suurenemise kahtlusel teostatud uus kirjanduse ülevaade. Uuringud: 1. Kajassi et al 2016 Cochrane süstemaatiline ülevaade / metaanalüüs sümptomaatilise alajäseme isheemiaga haigetel DEB võrreldes mittekaetud balloonega: 11 RCT, n=1830: 2 a esmane avatus OR 3.5 (tugev tõendus), 5 a revaskulariseerimise OR=0.21 (nõrk tõendus), 5 a restenoos OR=0.12 (mõõdukas tõendus) (kõik stat olulised). Erinevust amputeerimises, suremuses, elukvaliteedis, kliinikus (Rutherford), mobiilsuses ei näidatud (ükski uuring ei olnud piisavalt võimestatud nende tulemsnäitajate hindamiseks). Suremuse koguanalüüs riski suurenemist ei näidanud: OR=1.09 (95%CI 0.64-1.85), 9 RCT, 1649 patsienti). 5-a jälgimisperioodi jooksul suremus DEB rühmas siiski suurenes, kuid statistiliselt ebaoluliselt: 6 kuud OR=0.81 (0.31-2.14), 1 a OR=1.04 (0.64-1.71), 5 a OR=1.92 (0.71-5.19, 102 uuritavat, 1 RCT). 2. Lee, et al 2015 metaanalüüs 11 RCT, n=2059: revaskuleerimise OR=0.22 võrreldes tavaballooniangioplastikaga, võrreldav ravimkaetud stentidega (OR=0.92). Suurte kardiaalsete tüsistuste OR samuti väike 0.28 võrreldes tavaplastikaga, võrreldav ravimstentidega OR=0.84 (stat ebaoluline). Üldsuresuses eelist ei näidatud (OR=0.41 stat ebaoluline), suurte kardiaalsete kõrvaltoimete osas OR=0.24 (oluline). Võib eeldada, et osa RCT olid tootjate mõjuga. Lisaks suurte tulemsnäitajate osas tõendus piiratud. 3. Giacoppo, et al 2016 metaanalüüsis (8 RCT, sh suured InPact SFA, Levant, Thunder, n=1341) võrreldi ravimkaetud ballooni (DCB) ja tavaballooni kasutamise efektiivsust femoropoliiteaarteri lesioonide ravis kuni 5 a jooksul. 12 kuu revaskuleerimise RR=0,33 (0,19-0,57). Üldsuresus 1 a RR=0,96 (0,47-1,95), 2-5 a RR=1,13 (0,6-2,15). 4. Katsanos, et al 2018 suremuse metaanalüüs 8 RCT n=4663 baasil (sh Zilver PTX, Thuder, InPact SFA jt, analüüsis kaasati ka ravimkaetud stendid): 1 a üldsuresus võrreldav kontrolliga 2.3% vs 2,3%, RR=1,08, , 2 a 7,2% vs 3,2%, RR 1,68 (1.15-2.47), 5 a 14% vs 8% RR=1,93 (stat oluline), 4-5 a tulemsnäitajaid hinnati 3 RCTs n=863). Seega 2-5 a suremuse hinnang põhines suuremal valimil kui Cochrane analüüsis (5 a: 863 vs 102 patsienti), mistõttu saadi väiksem usaldusintervall ja näidati stat olulist suremuse suurenemist alates 2. aastast. Suremuse suurenemise põhjus jääb ebaselgeks. Piirangutena on toodud uuringute originaalandmete puudumist (teostati summaarste andmete põhjal), ükski nimetatud uuring ei olnud võimestatud suremuse hindamiseks (Albrecht 2019). Samas tehaksegi metaanalüüse selleks, et väikeste valimite summeerimisel saada täpsem tõendus. Vajalikud lisauuringud. 5. Albrecht et al 2019

2- a suremuse metaanalüüs 4 RCT (THUNDER, FEMPAC, PACIFIER and CONSEQUENT patsiendiandmete n=433) põhjal, paclitaxel-kaetud balloonid vs katmata tavaballoonid: 2 a puulitud suremus 8.7% (DEB) vs 7% kontrollid (p=0.55). 13 tunnuse analüüsil esines suremuse erinevus ainult >75-aastaste rühmas (p=0.03). Oodatakse kahe RCT tulemusi kroonilise alajäseme isheemia raviks (BASIL-2, bypass vs angioplastika alajäseme raske isheemia korral, BEST-CLI).

Ravijuhised. 1. Abojans et al 2018 Euroopa: femoropopliteaalarteri oklusiooni raviks DEB <25 cm lühikeste lesioonide raviks (2b, A), stendisisese restenoosi raviks (2b, B). 2. Gerhard-Herman, et al 2016 Ameerika: DCB soovitatud klaudikatsiooni endovaskulaarseks raviks koos ravimkaetud stentide ja lõikavate balloonidega (2a, A).

Arvamus: tulemused avatuse, revaskuleerimise osas femoropopliteaalarteri lühikeste <25 cm lesioonide ravis paremad kui tavaballoonidel. Ravijuhistes soovitatakse kasutada. 2018. a metaanalüüs (8 RCT) näitab suremuse suurenemist alates 2 aastast. Uuringusse olid kaasatud ka ka paclitaxeliga kaetud stendid. 2019. aastal antud uuringust indutseeritud uus metaanalüüs (4 RCTd, paclitaxel-kaetud balloonid vs tavaballoonid) 2-a suremuses erinevust ei näidanud. Seega on tegemist olukorraga, kus 4 metaanalüüsi suremusrisi suurenemist ei näita ja 1 näitab. Üks uuring üldjuhul põhjuslikku seost ei kinnita.

Diskussioon

Lühiajaline efektiivsus võrreldes tavaballooniga on oluliselt suurem. Kahe aasta jooksul on avatus ca 4 korda parem ja restenoose tekib ca 3 korda vähem. Andmed pikaajalise >5a efektiivsuse ja ohutuse kohta on piiratud, suremuse osas vastuolulised. Arutlusel oli, et teenuse sihtrühm on vanemaealised, seega elulemus võib olla mõjutatud ka muudest haigustest. Haigekassa andmetel on 73% antud haigetest vanemaealised. Teenusega seotud kulud on mõistlikud võrreldes alternatiiviga ning lühiajaliste ravitulemuste paranemisest ilmneb sääst. Samuti tuleb arvestada elukvaliteedi paranemist ning hoolduskoormuse langust. Komisjon pööras tähelepanu asjaolule, et juhul kui avaldatakse täiendavaid andmeid pikaajaliste tulemuste, sh suremuse osas, mis võivad mõjutada raviotsuseid, jääb edasine otsustus vastava eriala spetsialistidele/seltsidele.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab taotluse rahuldamist. Erialaseltsid peaksid edaspidi jälgima lisanduvat tõendust ravimkaetud stentide ja balloonide efektiivsuse ja ohutuse kohta. Haigekassa jälgib stentide ja balloonide kasutamise muutust järgnevatel aastatel.

Taotlus nr 1374 – Lõikavad balloonid

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Veresoonte- ja Endovaskulaarkirurgia Selts, Eesti Veresoontekirurgide Selts

Taotlus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on lisada tervishoiuteenuste loetellu uus meditsiinivahend - lõikavad balloonid. Tegemist on teenuse osutamisel täiendatavalt kasutatava meditsiiniseadmega, mida taotleja ettepanekul võiks kasutada perifeersete veresoonte haiguste ravis kaltsifitseerunud lesioonide/krooniliste oklusioonide/stendisiseste restenooside korral ja mittestenditavates lokalisatsioonides. Teenusekood hõlmaks erinevaid endovaskulaarses ravis kasutatavaid lõikavaid balloone (cutting-, scoring- ja Chocolate-tüüpi balloone). Meditsiiniseadmete kasutamine võimaldab endovaskulaarses ravis saavutada piirkonna revaskuleerimist. Tegemist on korduva aruteluga.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Lõikava ballooni kasutamine on perifeersete arterite ateroskleroosi korral endovaskulaarse ravi lisavõimalus, eelkõige kasutamiseks kaltsifitseerunud lesioonide/krooniliste oklusioonide/stendisiseste restenooside korral, mittestenditavates lokalisatsioonides (ühisreiarteris, õndlaarteri kesk ja

distaalosas, hargmiklesioonides). Samas on infot lõikavate balloonide kasutamise tõenduspõhisuse ja meditsiinilise efektiivsuse kohta vähe, mistõttu ka ravijuhistes nende kasutamise kohta ravisoovitused puuduvad.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Võrreldes kirurgilise raviga on tegemist kulukama meetodiga, samal ajal kui ravitoimes olulisi erinevusi leitud ei ole. Muudatusest tulenev lisakulu on 55 802 eurot aastas.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Uuringud. Uus meetod, uuringuid vähe, RCTd puuduvad. 1. Mustapha 2018 Chocolate BAR registri (patsiendid n=262, kelle perifeerse arteri oklusiooni on ravitud Chocolate perkutaanse transluminaalse angioplastika balloonkateetriga) andmed Ameerika 30 keskusest 2012 aastast alates: protseduuri edukus 85%, revaskuleerimisprotseduurivaba 76%, amputatsioonivaba 97%, elulemus 93%, 12 kuu avatus 64%. Võrdluse võimalust ei olnud, jälgimisperiod jäi ebaselgeks. 2. Sirignano 2018 lõikava Chocolate balloonkateetri (enne ravimkaetud ballooni) kasutuse esmane kogemus (n=81 järjestikust patsienti) pindmise reie- ja popliteaararteri lesiooni ravis 12 kuu jooksul: avatus 99%. Võrdlusrühm puudub. Tõendus efektiivsuse ja ohutuse osas ebapiisav.

Ravijuhised. Gerhard-Hermal et al 2017 Ameerika: soovitatakse üldsõnaliselt klaudikatsiooni endovaskulaarseks raviks koos teiste vahenditega (ravimkaetud stendid ja balloonid). Aboyns, et al 2018 Euroopa vahendeid eraldi ei maini.

Arvamus: lisavahend kaltsifitseerunud lesioonide raviks teiste meetodite kasutamise võimaldamiseks, mistõttu ei saa sellesse suhtuda nagu iseseisvasse teenusesse. Tegemist on uue tehnoloogiaga, mida ei ole ravijuhendites mainitud.

Diskussioon

Arutlusel oli, et tõendus on hetkel nõrk ning soovitused ravijuhistes puuduvad, mistõttu komisjon hetkel taotluse rahuldamist ei toeta. Komisjon saab taotluse uuesti arutlusele võtta, kui on lisandunud uusi andmeid või soovitusi.

Komisjoni arvamus

Komisjon ei toeta hetkel taotluse rahuldamist.

2. Võimalikud 1. juulist rakenduvad esmatasandi muudatused TTL-is

Esmatasandi muudatuste ettepanekud sünnivad tihtipeale vastavates töögruppides ning puudub konkreetne taotlus muudatuse TTL-i sisseviimise osas. Vajalik oleks kokku leppida, kuidas edaspidi vastavaid teemasid komisjonis käsitleda. TTL komisjoni käsitlevas määruses on näidatud, et kõik tervishoiuteenuste muudatused peaksid saama komisjoni heakskiidu. Ratsionaalsusest lähtudes ei anna komisjon hinnangut ainult juhul, kui muudatus puudutab ressursside või hindade muutust, vastavad muudatused võib esitada komisjonile infopunktidenä. Kõikidel muudel juhtudel on tõenduse ja kulutõhususe hindamiseks vajalik taotlus ja arutelu. Arutlusel oli, mida teha juhtudel, kui meetod on juba ühe eriala poolt kasutusel ja soovitakse laiendada erialade valikut. Komisjoni arvates oleks sellistel juhtudel vajalik hinnata rakenduslikke aspekte, näiteks koolituse vajadust ning sellisel juhul peaksid vastavad teemad komisjonis arutlusel olema. Leiti, et esmatasandi teemasid tuleb käsitleda eriarstiabiga sarnastel tingimustel.

- a) Gripivastane vaksineerimine üld- ja erihooldekodudes

Taotlus nr 1311 – Riskirühmade gripivastane vaksineerimine

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Haigekassa

Taotlus, sihtrühm ja näidustus: 03.04.2018 toimunud immunoprofülaktika ekspertkomisjoni koosolekul otsustati, et hooldekodude patsientidele tuleb riiklikult tagada gripivastane vaktsineerimine, kuna tegemist on vulneraabelse sihtrühmaga. Leiti, et antud sihtrühm oleks otstarbekas lisada immuniseerimiskavasse. Et tagada gripivastane vaktsineerimine üld- ja erihooldekodudes, tuleb teenus lisada tervishoiuteenuse loetellu.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Tartu Ülikooli Tervishoiu instituut on teostanud kulutõhususe raporti „Riskirühmade gripivastase vaktsineerimise kulutõhusus“ Nimetatud uuringu andmetel on 6–23-kuuliste laste vaktsineerimise korral lisanduva kvaliteetse eluaasta maksumuseks 15 107 eurot ning 65-aastaste ja vanemate isikute vaktsineerimisel 11 819 eurot. Tundlikkuse analüüsis jäi väikelaste vaktsineerimisel ICER vahemikku 8351 – 38 109 eurot lisanduva QALY kohta ning vanemaelistel vastavalt 5177 – 28 424 eurot QALY kohta. Muudatusest tulenev eelarvemõju on 121 380 eurot aastas.

Diskussioon

Haigekassa esindaja selgitas, et vaktsiinid on hangitud, vaktsineerimise teenus ja hind lülitatakse perearsti tegevusfondi. Vaktsineerimise teenuse osas hanget ei tehta, vaid teenuse osutamine lepatakse kokku hooldekodu ja perearstide vahel. Sotsiaalministeeriumi esindaja pööras tähelepanu, et kulutõhususe hinnangus on ekslik väide, et vaktsiini ei ole lisatud immuniseerimiskavasse – see on lisatud ning jõustub 1. septembrist 2019.

Arutlusel oli, et riiklikult rahastatud vaktsineerimise sihtgrupp on hetkel piiratud. Komisjoni ettepanek on vastavalt rahalistele võimalusele laiendada vaktsineerimist ka teistele riskigruppidele – eakad, lapsed, rasedad, meditsiinitöötajad.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab taotluse rahuldamist. Komisjon soovib võimalusel laiendada teenust ka teistele riskigruppidele.

b) E-konsultatsioon

On tehtud ettepanek, et patsiendi suunamine hematoloogi või allergoloogi-immunoloogi vastuvõtule toimuks ainult läbi e-konsultatsiooni. Eesmärk on vähendada ebavajalikke eriarsti vastuvõtte ning lühendada ravijärjekordi. Hetkel antud erialadel nii ka toimitakse.

Diskussioon

Komisjon tõstas küsimuse, kas hetkel on kõik Eesti perearstid suutelised e-konsultatsiooni teostama. Nähakse probleemi, et osade patsientide jaoks (näit Ida-Virus) võib kättesaadavus halveneda. Komisjon teeb haigekassale ettepaneku eelnevalt läbi viia analüüs, kas ja kui paljud perearstid e-konsultatsiooni ei kasuta, mis on selle põhjuseks ning mil määral mõjutaks vastava muudatuse loetellu lisamine teenuse kättesaadavust. Muudatust ei tohiks sisse viia enne, kui on selge, et kõigil perearstidel on vastav võimekus olemas.

Komisjoni arvamus

Komisjon leiab, et põhimõtteliselt võiks antud eriala spetsialistide vastuvõtule pääseda ainult läbi e-konsultatsiooni, kuid kuni ei ole selge, kas kõigil perearstidel on e-konsultatsiooni võimekus olemas, on komisjon äraootaval seisukohal. Kui on läbi viidud vastav analüüs, tuleb komisjon teema juurde tagasi.

c) Teenuste lisamine perearsti uuringu- ja tegevusfondi

Taotlusi ei ole esitatud ja komisjonile tutvustatakse teemat esmakordselt koosolekul. Muudatus puudutab metoodikamäärust, kus on toodud perearstide poolt uuringu- või tegevusfondi raames osutatavad uuringud ja protseduurid. Eesti Perearstide Selts on teinud HK-le ettepaneku lisada perearsti uuringu- ja tegevusfondi valitud TTL-s olevad eriarstiabi teenused ning võimaldada nende osutamine esmatasandil. Muudatuse eesmärk on vähendada eriarsti vastuvõtte. Rahaline mõju on marginaalne.

Ettepanek uuringufondi loetellu lisada:

- Hüübimisjada lisauuringud: fibrinogeen, TT*, kood 66303.

Ettepanek tegevusfondi loetellu lisada:

- Dermatoskoopia, kood 7007;
- Digitaalne dermatoskoopia, kood 7008;
- Puurbiopsia, kood 7006;
- Väikese implantaadi eemaldamine, kood 7118;
- Väikese implantaadi vahetamine, kood 7119.

Diskussioon

Komisjoni arvates peavad arstil protseduuri läbiviimiseks olema pädevus ja oskused. Kui on tegevusi, mida soovitakse perearstide pädevusse tuua (näiteks dermatoskoopia ja digitaalne dermatoskoopia), tuleb vastav koolitus lülitada residentuuriprogrammi ja/või vastava erialaseltsiga kokku leppida koolitusstandard (st koolituse sisu ja maht, koolituse formaliseerimine, sertifitseerimine ja pädevuse säilitamise kriteeriumid). Pädevuse küsimusi on komisjon arutanud ka eelnevate taotluste juures (nt naerugaasiga sedatsioon hambaravis, fiiberendoskoopilise protseduuri läbiviimine logopeedide poolt) ja alati rõhutanud formaalse koolituse, sertifitseerimise ja pädevuse säilitamise vajalikkust. Vajalik on ühtne arusaam, et tervishoiuteenuseid osutavate erialade nimekirja laiendamisega kaasneb pädevuse tagamine. Sarnaselt teiste erialadega eeldab komisjon formaalseid taotlusi ka esmatasandi teenuste kohta.

Komisjoni arvamus

Esmatasandil tehtavate muudatuste TTL-i lisamisel tuleb nende efektiivsust, ohutust ja kuluefektiivsust hinnata sarnaselt teiste erialadega ja peaks arvestama seotud erialaseltside arvamusega teenuse lisamise kohta.

d) Uuringufondi mahu tõstmine

Tõsta perearsti kvaliteedisüsteemi 0,8-kordse tulemuse saavutanud perearstidel uuringufondi mahtu. Kui perearstile makstakse eelmise aasta tulemuste eest lisatasu koodiga 3061 või 3069 tähistatud teenuse eest, tasub haigekassa uuringute, protseduuride ja laboriuuringute eest lisaks perearsti pearaha arvel tasutavatele teenustele kuni 43% (senise 42% asemel) perearsti nimistule pearahadeks arvestatud summast aastas. Muudatusest tulenev lisakulu üldarsti eelarvele 1,4 miljonit. Lõplik protsent, mille mahus suurendatakse uuringufondi, sõltub eelarvevahenditest ning lepitakse kokku haigekassa ja perearstide seltsi aruteludes. Muudatuse vajalikkus tuleneb suurest ületäitmisest ning tagamaks, et vajalike uuringute ja protseduuride läbiviimiseks jätkuks raha ka aasta lõpus. Muudatuse sisseviimisel 1. juulist oleks muutus kehtiv tagasiulatuvalt 1. jaanuarist 2019 ehk lisanduv maht rakenduks juba kogu 2019. aasta kohta.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab uuringufondi mahu tõstmist kvaliteedisüsteemi tulemusi täitnud perearstidele.

a) Tervisekeskuste tingimuste täpsustamine

Kehtiva tervishoiuteenuste loetelu alusel on tervisekeskus ühtses taristus üldarstiabi osutav juriidiline isik või füüsilisest isikust ettevõtja ning selles osutab üldarstiabi vähemalt kolm nimistuga perearsti, kelle nimistute suurus kokku on vähemalt 4500 isikut, täidetud on tervise- ja tööministri 29. oktoobri 2015. a käskkirjaga nr 163 sätestatud ruuminõuded ning seal osutatakse ka ämmaemanda iseseisva vastuvõtu teenust, füsioteraapiateenust ja koduõendusteenust. Nimetatud tervisekeskuse võivad moodustada ka mitu üldarstiabi osutavat äriühingut või füüsilisest isikust ettevõtjat koos, vastutades tervisekeskusele esitatavate nõuete täitmise eest solidaarselt ning tehes koostööd ämmaemanda iseseisva vastuvõtu teenuse, füsioteraapiateenuse ja koduõendusteenuse osutajatega. Muudatusega soovitakse haigekassale anda põhjendatud juhul (nimistute suurus sõltub piirkondlikust eripärast ja ei võimalda moodustada tervisekeskust) õigus rahastada ka nimetatud suurusest väiksemate isikute arvuga tervisekeskusi. Samuti anda õigus põhjendatud juhtudel liita tervisekeskuse olemasolevatele ruumidele juurde kuni üks nimistuga perearst juhul, kui kõik vastuvõtu ajad liituvale perearstile ja õdedele on tagatud seni tegutsenud tervisekeskuse ruumides ehk võimaldada ruumide riskasutust. Muudatustega ei kaasne lisakulu.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab tervisekeskuste tingimuste täpsustamist.

b) Nõuandetelefoni isikustatud nõustamise teenus

Haigekassa nõukogu ettepanekul võrdustati nõuandetelefoni isikustatud nõustamise teenuse hind anonüümse nõuandetelefoni konsultatsiooni teenuse hinnaga. Võrdsustatud hind ei vasta tegelikele pakkumistele ning on seetõttu tekitanud probleeme teenuse hankele. Hetkel on teenuse hind ühe kõne maksumus. Ettepanek on muuta isikustatud nõustamise teenuse tasumine baasraha põhiseks ühe kuu kohta. Edasine plaan on määratleda nõuandetelefoni isikustatud nõustamise valvering, isikustatud nõustamise maksimaalne maht ühes kuus ning kvaliteeditingimused teenuse osutamiseks. Isikustatud nõustamise teenuse kestus võrdsustatakse eriarsti korduva vastuvõtu kestusega ehk 15 minutit. Probleemkohaks on see, kui reaalselt osutatakse teenust vähem kui maksimaalselt määratletud ning toimub ületasumine. Samas väldiks selline hinnastamise mudel isikustamist juhtudel, kui see ei ole vajalik. Baastasu ühe kuu kohta on 13 014 eurot. Lisakulu ravikindlustuse eelarvele on 156 170 eurot aastas. Kui uued baashinnad on rakendunud, saab reaalse kasutusstatistika alusel hinnad uuesti üle vaadata ja vajadusel korrigeerida. Hetkel on TTL-is kirjas, et uus teenus rakendub 1. augustist 2019. Võttes arvesse teenuse rakendumisega seotud asjaolusid, lükatakse teenuse rakendumine edasi.

Diskussioon

Teema on varasemalt komisjonis arutlusel olnud. Tol hetkel soovis komisjon täpsemat selgitust teenuse sisu, kättesaadavuse, turvalisuse ja autentimise osas. Komisjon tõi esile, et tõendus tervisekasu osas on puudulik ja ei ole tagatud eakate teenuse kättesaadavus piiratud tehnilise võimekuse (autentimine Smart-ID abil) tõttu. Komisjon eelmisel arutelul hinnangut ei andnud ja palus arvestada antud aspektidega.

Komisjoni arvamus

Komisjon jääb varasema seisukoha juurde: kuna puuduvad täpsustatud andmed tõenduse ja kättesaadavuse kohta, ei ole võimalik hinnangut anda.

3. Laste ortodontilise eriravi rahastamise aluste muutmine ja laiendamine

Taotlus nr 1332, mille üheks osaks on laste ortodontilise eriravi rahastamise aluste muutmine ja laiendamine, on olnud komisjonis arutlusel varasemalt. Taotluse esitaja ettepanek on võimaldada ortodontia teenuseid kõigile alla 19-aastastele patsientidele. Hetkel võtab haigekassa tervishoiuteenuste

loetelus olevate ortodontia teenuste eest tasu maksmise kohustuse üle alla 19-aastastel isikel järgmiste diagnooside korral:

- prognaatne hambumus sagitaalse lahiga 9 mm ja enam;
- progeenne hambumus;
- lahihambumus, kui kontaktis on ainult molaarid;
- peetunud jäävintsisiivid või kaniinid;
- kui puudub intsiiv, kaniin või rohkem kui üks hammas lõualuu kummilgi poolel;
- huule-suulaelõhe ja muud näo-lõualuustüsteemi kaasasündinud vääringud;
- hambumusanomaalia raske või keskmise raskusastmega obstruktiivse uneapnoe korral, juhul kui adenotonsillektoomia ja positiivne õhurõhuravi (CPAP) on osutunud ebaefektiivseks;
- sügav traumeeriv hambumus, mille korral alumised lõikehambad on otseses kontaktis limaskestaga;
- külgmine risthambumus kolme ja enama hamba ulatuses lõualuu ühel poolel, mille korral on oluliselt häiritud näo sümmeetria ning lõualuude areng ja kasv.

Haigekassa küsis hinnangut Eesti Ortodontide Seltsilt näidustuste laiendamise vajaduse kohta. Seltsi hinnangul ei ole hetkel teisi meditsiinilisi näidustusi, mida oleks vajalik lisada Eesti Haigekassa poolt rahastatavate ortodontiliste diagnooside nimekirja. Hetkel on ortodontia teenustele ravijärjekorrad pikad, ca 5% patsientidest ei pääsenud teenusele 9 kuu jooksul. Järjekordade pikkus tuleneb nii spetsialistide vähesest arvust kui ka ravirahastamise lepingu piiratud mahtudest. Tegemist on olukorraga, kus spetsialistide vähesus mõjutab ravi kättesaadavust. Ortodontide poolt on loetletud nn prioriteetsed seisundid, mille korrigeerimine peaks eelistatult toimuma haigekassa rahastusel, ning kui seda nimekirja laiendada, halveneb ravi kättesaadavus. Komisjon peab näidustuste laiendamist oluliseks, kuid möönab, et piiratud inimressursiga on taotluse rahuldamine raskendatud.

Komisjoni arvamus

Komisjon teeb ettepaneku ortodontilise eriravi rahastamise näidustused üle vaadata ning võimalusel laiendada.

4. Prioritiseerimine

Koostati eelnevalt heakskiidetud teenuste nimekiri TTL-i lisamiseks käesoleva aasta 1. juulist vastavalt nende eeldatavale tervise- ja majandusmõjule. Nagu varasemalt jagati taotlused kahte rühma:

- A – prioriteetne ehk teenuse/meetodi/tehnoloogia eeldatav mõju rahvastiku tervisele on suur (näiteks haigus-spetsiifilise suremuse eeldatav vähenemine);
- B – vajalik ehk otsene mõju tulemusnäitajatele on väiksem.

Diskussioon

1329 „Emboliprotektsiooniseade“

Prioriteetsus – A.

1330 „Endovaskulaarne trombektomia ja/või endarterektomia seade“

Komisjon soovitas lisada seadme hinna olemasolevate teenuste hindadele. Prioriteetsus – B.

1370 „Ravimkaetud stent“

Pigem prioriteetne. Prioriteetsus – A-.

1372 „Perifeerne stentprotees“

Esmane ravivalik on kirurgia. Juhul kui kirurgia ei ole võimalik, võib olla alternatiiviks perifeerne stentprotees. Prioriteetsus A.

1373 „Ravimkaetud balloonid“

Sarnaselt ravimkaetud stentidega prioriteetsus – A-.

1326 „Munarakkude hankimine ja külmutamine ning külmsäilitamine 12 kuu jooksul“

Prioriteetsus – A.

1327 „Intrauteriinne inseminatsioon (IUI)“

Prioriteetsus – A.

1328 „Seemnerakkude hankimine ja külmutamine“

Prioriteetsus – A.

1306 „Ekstrakraniaalse täppiskiiritusravi planeerimine; Ekstrakraniaalse täppiskiiritusravi protseduur. Uute paikmete (lokaalselt levinud pankreasevähk, neerupealise metastaas) lisamine teenusele.“

Prioritiseerimine vastavalt eelarve võimalustele, sellest prioriteetsus – B.

1311 „Riskirühmade gripivastane vaktsineerimine“

Prioriteetsus – A.

Komisjoni arvamus

Taotluse nr	Taotluse nimetus	Prioritiseerimine
1329	Emboliprotektsiooniseade	A
1330	Endovaskulaarne trombektoomia ja/või endarterektoomia seade	B
1370	Ravimkaetud stent	A-
1372	Perifeerne stentprotees	A
1373	Ravimkaetud balloonid	A-
1326	Munarakkude hankimine ja külmutamine ning külmsäilitamine 12 kuu jooksul	A
1327	Intrauteriinne inseminatsioon (IUI)	A
1328	Seemnerakkude hankimine ja külmutamine	A
1306	Ekstrakraniaalse täppiskiiritusravi planeerimine; Ekstrakraniaalse täppiskiiritusravi protseduur. Uute paikmete (lokaalselt levinud pankreasevähk, neerupealise metastaas) lisamine teenusele.	B
1311	Riskirühmade gripivastane vaktsineerimine	A

5. Muud teemad

Terviseameti ja sotsiaalministeeriumi esindajate poolt tõstatati küsimus, kas uute tehnoloogiate TTL-i kandmisel tuleks arvestada nende kantust meditsiiniseadmete registrisse (nn CE-märgist). Terviseameti poolt tehti ettepanek, et kallimate meditsiiniseadmete hanke korral oleks sees nõue, et vastavad meditsiiniseadmed on registrisse kantud. Terviseameti poolt täpsustati, et registrisse kantakse konkreetsed tooted ja mitte seadmete grupid. Komisjon leidis, et kuna soovitus antakse

meditsiiniseadmete grupile ja mitte üksiktoodetele, ei saa tõenduse ja kuluefektiivsuse hindamisel registrisse kandmine kriteeriumiks olla. Konkreetse toote registrisse lisamise eest vastutab tootja ja seda peaks arvestama hankel.