

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS

1. Taotluse algataja	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	<i>Eesti Haigekassa</i>
Postiaadress	<i>Lastekodu 48, Tallinn 10144</i>
Telefoni- ja faksinumber	██████████ faks 6 208 449
E-posti aadress	<i>info@haigekassa.ee</i>
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	<i>Keili Kõlves, keili.kolves@haigekassa.ee</i>

2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)	
2.1. Teenuse nimetus	<i>Luuüdi transplantatsiooni järgne patsientide vaksineerimine.</i>
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus (edaspidi loetelu) olemasoleva teenuse korral	<i>Puudub, uus teenus</i>
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	
2.4. Ettepaneku eesmärk	<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse (edaspidi teenuse) lisamine loetellu ¹ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmise ² <input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmise ³ <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmise ⁴ <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust ⁵ <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmise ⁶ <input type="checkbox"/> Muu (selgitada)
2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi <input type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi <input checked="" type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid <input type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid <input type="checkbox"/> Operatsioonid <input type="checkbox"/> Laboriuuringud, lahangud ja kudede transplantaadid <input type="checkbox"/> Veretooded ja protseduurid veretoodetega <input type="checkbox"/> Hambaravi <input type="checkbox"/> Kompleksteenused <input type="checkbox"/> Ei oska määrata/ Muu (selgitada)

¹ Täidetakse kõik taotluse väljad või tuuakse selgitus iga mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

² Kui teenuse piirhinna muutmise tingib uue meditsiiniseadme, ravimi vm lisamine teenuse kirjeldusse, täidetakse taotluses uue ressursi kohta kõik väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja juurde, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita. Kui piirhinna muutmise tingib ressursi maksumuse muutus, täidetakse vähemalt väljad 1- 2 ning 8.1.

³ Täidetakse kõik allpool esitatud väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

⁴ Täidetakse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

⁵ Täidetakse taotluse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

⁶ Täidetakse punktid 1-2, 4.6, 9 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

15. novembril 2017. a toimus Sotsiaalministeeriumi immuunoprofülaktika komisjoni koosolek, mille teemade hulgas puudutati ka immuniseerimist luuüdi siirdamise järgselt. Käesoleval hetkel on selle rahastamine süsteemse lahenduseta ja patsiendid finantseerivad seda ise või jätavad vaktsineerimised tegemata. Taotluse eesmärk on leida lahendus, mis võimaldaks tõendus põhised ja kulutõhusad vaktsineerimised katta ravikindlustuse vahenditest. Õigusliku aluse selleks annab „Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus“ §42 lg7.

Luuüdi (ja ilmselt ka teiste organite) siirdamise järgselt vajavad patsiendid revaktsineerimist kõikide immuniseerimiskava vaktsineerimistega. Otsustamist vajab, kas ja millistel tingimustel tuleks vaktsineerimist rahastada siirdamisele minevatel patsientidel ravikindlustuse vahenditest. Samuti tuleb kokku leppida, kes ja millisel ajahetkel vaktsineerimise läbi viib (esmatasand, eriarst). Luuüdi siirdamise puhul on sihtgrupi suurus 20-30 patsienti aastas. Võimalik, et lisaks luuüdi siirdamistele peaks sihtgrupi hulka arvama ka teised siirdamised.

3. Esitamise kuupäev	20.12.2017
4. Esitaja nimi ja allkiri	<i>Pille Banhard</i>