

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Eesti Haigekassa, ruum 401

12.09.2018

Algus kell 10.00, lõpp kell 13.18

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Le Vallikivi (Eesti Perearstide Selts)
Ann Paal (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)
Andres Lehtmets (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)
Mare Toompuu (Sotsiaalministeerium)
Kaidi Usin (Terviseamet)
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)

Kirjaliku arvamuse esitas:

Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

Protokollija: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. TTL -i järgmiste muutmissetepanekute arutelu:

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1254	EMO ja valmisolek
1256	Majutuse voodipäev
1267	Lastearsti ambulatoorne vastuvõtt
1269	Multidistsiplinaarse meeskonna (MDM) ambulatoorne vastuvõtt
1260	Isoleeritud patsiendi käsitlemine
1308	Teenuste paketi täiendamine seoses SE-ga 512 <ul style="list-style-type: none">• Kiirabi osutamine• Meremeeste ööpäevaringse eesti- ja ingliskeelse meditsiinilise kaugkonsultatsiooni võimaluse tagamine laeval• Ravikindlustamata isikute vältimatu abi rahastamine• TAI teenused (sh tubakast loobumise nõustamise, mitteopiaatne institutsionaalne ravi alaealistele, kaksikdiagnoosiga patsientidele rehabilitatsiooni ja nõustamisteenuste pakkumine, ravikindlustuseta noorte seksuaalnõustamine)• HIV/AIDS ravimid, immuunpreparaatide soetamine, tuberkuloosiravimite soetamine, antidoodid

Taotluse nr	Taotluse nimetus
	<ul style="list-style-type: none"> • Viljatusravi kulude hüvitamine
1251	Veresoonte endovaskulaarkirurgiliste operatsioonide piirhindade kaasajastamine
1192	Enteraalne toitmisravi väljaspool intensiivravi

2. Muud teemad

1. TTL -i järgmiste muutmisettepanekute arutelu

Taotlus nr 1254 – EMO ja valmisolek

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Haigekassa

EMO: Alates 2016. aastast rakendusid TTL-s piirkondlike haiglate (TÜK-i ja PERH-i) jaoks EMO teenused vastavalt patsientide triaazikategooriale (teenusepõhine tasustamine), protseduuride, uuringute teostamisel tasutakse teenusepõhiselt, ravijuhtude tükeldamine ei ole hospitaliseerimisel lubatud. Teiste asutuste puhul makstakse jätkuvalt arsti valmisolekutasu, vastuvõttude ja protseduuride, uuringute teostamisel tasutakse teenusepõhiselt, ravijuhtude tükeldamine ei ole hospitaliseerimisel lubatud. Maailmapank (MP) esitab konkreetsed soovitusel, kuidas peaks praegust EMO tasustamist täiendama, arvestades süsteemi muutmisega kaasnevat mõjusid ravikvaliteedile, töökorraldusele jne („Paying for emergency care in Estonia“, 25. august 2018). Eesmärgiks on vältida plaanilise ravi asendamist EMO-ga ning käsitleda patsiente võimalikult kiiresti ja suunata sobivale jätkuravile. MP ettepanekuteks on eristada plaanilise töö ja EMO eelarve, liikuda enam valmisolekutasu põhise tasustamise poole ning keskenduda probleemidele väljaspool EMO. Tasustamise arendamise soovitusteks on valmisolekutasu, mis sisaldab kõiki EMO-s osutatavaid teenuseid (sh uuringud ja protseduurid, valvearstide konsultatsioonid), suurematele haiglatele innovaatiliste ja kvaliteeditegevustega seotud tasu ning kvaliteediindikaatorite rakendamine ja tulevikus tulemuste arvestamine tasustamisel.

Maakonnahaiglate eelarvepõhine tasustamine: 2018. aasta 1. aprillist lisati teenus „Eriarstiabi ja õendusabi teenuste osutamine kuus“. Teenust rakendatakse hajaasustusega saare üldhaiglas ehk Hiiumaa Haiglas. Teenus sisaldab kõiki tervishoiuteenuse osutamisega seotud kulusid, v.a hemodialüüs, verepreparaadid ja transport. Teenuste osutamise maht ja sellest saadav tulu on vähenenud, seetõttu ei ole püsikulude katmine tagatud. Kuid eriarstiabi pakkuva asutuse olemasolu on endiselt vajalik, sest puudub kiire ja ilmastikukindel ligipääs teistesse haiglatesse. Tasu arvutamisel on lähtutud asjaolust, et kõiki ressursse (personal, ruumid, aparatuur) ei ole võimalik optimaalselt kasutada, kuid nende olemasolu on endiselt vajalik. MP esitab konkreetsed soovitusel, kas ja kuidas peaks praegust tasustamist täiendama, kas ja kuidas eelarvepõhist tasustamisest rakendada ka teistele väikestele üldhaiglatele (Financing Rural Hospitals, 28. august). MP hinnangul on eelarvepõhine tasustamine Hiiumaa Haigla puhul ainus meetod, mis tagab haigla toimimise Hiiumaal. Püsima peab võimalus võrrelda teiste haiglatega ning motiveerida efektiivsusele. Mõõdetavad indikaatorid peavad olema seotud nende aspektidega, mida on haiglal võimalik otseselt mõjutada. Vajalik määratleda eesmärgid, miks eelarvepõhist rahastamist peaks rakendama teistele üldhaiglatele (kulude kokkuvõid,

välditava ravi vähendamine, jätkusuutlikkuse tagamine, populatsioonipõhine tasustamine). Lisaks valmisolekule peab arvesse võtma ka tegevusi.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Mõju EMO tasustamise muudatusest haigekassa eelarvele on ca 2 952 077 aastas.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Vajalik.

Diskussioon

EMO: Valmisolekutasu rakendamist toetab MP, kelle raportis on välja toodud lahendust vajavad probleemid: a) vältida plaanilise ravi asendamist EMO teenustega, b) muuta EMO kiiremaks ja tõhusamaks. MP teeb 3 ettepanekut: a) eristada EMO ja plaanilise eriarstiabi rahastamine, b) rakendada EMOs valmisolekutasu (osakaal EMO rahastusest suuremates haiglates kuni 80% ja väiksemates 100%), c) lahendada probleemid väljaspool EMO (vähendada statsionaarse ja suurendada ambulatoorse ravi rahastamist, suurendada esmatasandi võimekust, rakendada e-konsultatsioonid ja ühtne registratuur).

Haigekassa esindaja selgitas, et EMO valmisolekutasu eesmärk on lihtsustada raviasutuse sisese töö planeerimist, patsiendi käsitluse efektiivsust ja kiirust ja ravikvaliteeti. Tõstatus küsimus, kuidas toetab valmisolekutasu nimetatud eesmärkide saavutamist, sh kiirem ja tõhusam EMO, esmatasandi võimekuse kasv, efektiivsuse ja ravikvaliteedi suurenemine. Probleemi lahendamist tuleb pigem alustada esmatasandist. Valmisolekutasu toetuseks toodi välja, et üks rakendamise eesmärke on haiglate tegelike kulude katmine: kuna EMO-l on kohustus tegeleda kõigi pöörduvate patsientidega, ei ole võimalik kergemaid patsiente välja selekteerida. Samas toodi välja, et haiglal on võimalik mõjutada EMO-s osutatud teenuste, eeskätt uuringute mahtu, seega on võimalik efektiivsust suurendada. Haigekassa esindaja selgitas, et MP soovitus on valmisolekutasu arvutamisel arvestada, milliste erialade puhul on haiglal valmisolek valveringe osutada, kui palju on patsiente, milline on nende raskusaste ning mis on olnud sellise profiiliga patsientidele osutatavad teenused, st tasu oleks igale haiglale disainitud eraldi ning arvestaks juba osutatavate teenuste erinevust. Samuti oli ekspertide poolt rõhutatud, et võimalikult palju teenuseid peaks olema valmisolekutasusse arvestatud. Komisjoni poolt toodi esile, et ka valmisolekutasu puhul tuleks arvestada teenuste osutamiseega. Rõhutati, et täiendavalt on vaja tegeleda patsientide liikumisega ja sellega seotud kokkulepetega (nt kuidas jõuab EMO-sse saabunud isik ilmselt vajalikuks osutuva psühhiaatrilise abini).

Komisjon on seisukohal, et suund EMO valmisolekutasu rakendamisele on üldjoontes õige, kuid tasustamine peaks koosnema kahest komponendist - valmisolekutasust ja olemasolevast teenusepõhisest tasust, mis toetab efektiivsust. Toodi välja, et kulud ei pea olema kaheks jaotatud, kuid peavad lähtuma tegelikust teenuste mahust Valmisolekutasu puhul tuleks arvestada, millistel erialadel on haiglal valmisolek EMO valveid pakkuda. EMO eelarve tuleks eraldada teiste osakondade eelarvest, et EMO teenuste maht ei „sööks ära“ teiste erialade teenuste mahtu. Samas on oluline, et EMO probleemide lahendamist ei peaks alustama EMO rahastamise mudelist, vaid tervishoiusüsteemi, sh esmatasandi võimekuse suurendamisest. Tuleb leida lahendus, kuidas vähendada EMO-s erakorralist abi mittevajavate patsientide hulka. Oluline on, et patsiendid, kes ei vaja kiiret erakorralist sekkumist ei jääks abita. Tegemist on olulise tervishoiupoliitilise küsimusega, mis tuleb lahendada riigi tasemel.

Maakonnahaiglate eelarvepõhine tasustamine: Käesolevas taotluses on ettepanek rakendada maakonnahaiglate rahastamisel eelarvepõhist mudelit, mille eesmärk on tagada statsionaarne eriarstiabi väikese/väheneva rahvastikuga piirkonnas. MP poolt pakutud "Global budget" või "block grants" on

perioodiline fikseeritud makse, mis on haiglale garanteeritud ja ei sõltu teenuste kasutusest. Rahastamismudeli plussiks oleks haigla säilimine maapiirkonnas, kindel tulubaas, lihtne administreerimine, ebavajalike teenuste kasutuse vähenemine, paindlikkus, samas ei ole välistatud teenuste valiku/kättesaadavuse ja kvaliteedi vähenemine. MP andmetel ei ole tõendus ja kogemus piisav antud mudeli laialdaseks rakendamiseks, mistõttu soovitatakse kombineerida teenusepõhist ja eelarvepõhist rahastamist. Mudelit on rakendatud Hiiumaa haiglas. Haigekassa esindaja selgitas, et lepingus on kirjeldatud, millised tervishoiuteenused Hiiumaa Haiglas peavad olema osutatud. On defineeritud erialad, mille puhul peab olema tagatud ambulatoorne vastuvõtt vähemalt kord kuus. Määratletud on loetelu osutatavatest uuringutest ja protseduuridest. Soovitakse komisjoni arvamust mudeli rakendamiseks teistele maakonnahaiglatele, kuna vastavaid taotlusi on juba laekunud.

Arutlusel oli, kas väheneva ja vananeva (hajaasustusega) rahvastikuga maakondade tervishoiuasutuste kulud peaksid olema kaetud solidaarsuskindlustuse vahenditest või on tegemist probleemiga, millega peaks tegelema riik regionaalpoliitilise programmi raames. Eelarvepõhine rahastamine võib küll olla väiksematele maakonnahaiglatele atraktiivne, kuid selle universaalne rakendamine võib vähendada süsteemi efektiivsust. Leiti, et saartel asuvate haiglate korral on osade erialade puhul põhjendatud pigem spetsialisti transport saarele, mitte patsientide transport mandrile. Samas on selge, et demograafiliste protsesside jätkumisel on kohalike haiglate jätkusuutlikkuse vähenemise näol tegemist suureneva rahvatervise probleemiga.

Komisjon leiab, et tegemist on tervishoiupoliitilise otsusega, mis vajab lahendust riigi tasemel. Lahenduse osana tuleb esmalt kokku leppida tervishoiuteenuste osutamise mahus maakondade ja erialade lõikes (haiglavõrgu arengukava) ning otsustada finantseerimise baas (solidaarne tervisekindlustus või riigieelarve).

Komisjoni arvamus

EMO: suund EMO valmisolekutasu rakendamisele on õige, kuid tasustamine peaks koosnema kahest komponendist - valmisolekutasust ja olemasolevast teenusepõhisest tasust (kulud ei pea olema kaheks jaotatud, kuid peavad lähtuma tegelikust teenuste mahust). Teenusepõhine tasu EMO tasustamise muutust tuleb teha paralleelselt tervishoiusüsteemi korraldusliku poole lahendamisega.

Maakonnahaiglad: hajaasustusega piirkondade eelarvepõhine tasustamine on tervishoiupoliitiline otsus, mis vajab lahendust riigi tasemel. Lahenduse osana tuleb kokku leppida tervishoiuteenuste osutamise mahus maakondade ja erialade lõikes ning otsustada finantseerimise baas.

Taotlus nr 1256 – Majutuse voodipäev

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Haigekassa

Taotluse sisu: EHK lisas 2017. aastaks tervishoiuteenuste loetellu teenuse "Majutuse voodipäev". Teenust saab kasutada kahel eesmärgil: haige lapse hooldaja majutus ning patsiendi majutus sotsiaalsel põhjustel (maksimaalselt 2 päeva). Muudatused on tehtud voodipäevade nüüdisajastamise protsessi käigus, kuhu olid kaasatud referentshaiglate finantsistid, ravianalüüsi ja kvaliteedi teenistuste juhid, õendusjuhid, Eesti Sisearstide Ühenduse esindaja ning Eesti Kirurgide Assotsiatsiooni esindaja. Nüüdisajastamise käigus lähtuti põhimõttest, et voodipäev on baas, millele saab juurde kodeerida eriala spetsiifilisi kulutõhusaid ja kaasaegseid diagnostika ning ravitegevusi.

2017. aastal majutuse voodipäeva sotsiaalsetel põhjustel ei kasutatud. Vastavat teemat arutati kohtumisel Eesti Haiglate Liiduga (EHL), kelle seisukoht oli, et voodipäev on ilmselt vajalik erinevate terviseseisundite puhul. Samuti toodi välja, et voodipäeva kasutuselevõtt nõuab raviasutuse korralduse muutust (eraldi osakond). EHL soovitas liikuda selle teemaga edasi lähtudes konkreetsest seisundist/protseduuridest, nt kiiritusravi. Kohtumisel kiiritusravi arstidega lepiti kokku, et koostatakse küsimustik, mis selgitab välja patsientide eelistused ja põhjused, küsimustik viiakse läbi kõige varasemalt sügisel kahe kuu vältel, muudatused viiakse vajadusel 2020. aasta TTL-i. Muudatuste vajalikkuse väljaselgitamiseks on EHK kogunud TLH-lt, TÜK-lt ja Pärnu Haiglalt andmeid personali arvu ja teenuste mahu kohta. Muudatuste tegemisse on haaratud ka pediatría voodipäev, kuna parimal juhul on võimalik eristada ainult ambulatoorset ja statsionaarset tööd.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Teenuse hind peab vastama teenuse osutamiseks vajalikele kulutustele.

Diskussioon

Tegemist on majutuse võimaldamisega lapse või hooldatava hoolduseks ja nn sotsiaalsetel näidustustel (näit kiiritusravi patsiendid, kes saavad kaugemalt ja vajavad majutust igapäevase ravi võimaldamiseks).

Majutuse voodipäev sotsiaalsetel põhjustel: Arutlusel oli, et maksumaksja raha eest ei peaks osutama hotelliteenust. Samas leiab komisjon, et tervishoiuteenuste kättesaadavus peab olema tagatud võrdselt kõigile, ka kaugemal piirkondades elavatele patsientidele. Tõstatus küsimus, mis on kiiritusravi patsientide küsitluse eesmärk. Küsitluse üheks eesmärgiks on kaardistada, kui palju patsiente viibib statsionaaris, kuna neil puudub võimalus minna ööseks koju või muu ööbimise võimalus ning kui palju patsiente lükkab ravi edasi, kuna puudub võimalus regulaarselt päevaravis käia, millised on patsientide eelistused (haiglas/haigla lähedal ööbimine, organiseeritud transport). Komisjon soovis andmeid, kui palju on hetkel statsionaaris inimesi nn sotsiaalsetel põhjustel, kelle puhul muu majutusvõimaluse (haiglasisene või lähedalasuv majutus) loomine tekitaks eelarve kokkuhoiu. Protsessi peaks kaasama ka teisi erialasid ning vaatama teemat laiemalt. Komisjon ootab ära küsitluse tulemused ning vaatab taotluse uuesti üle.

Haige lapse hooldaja majutus: Haigekassa esindaja selgitas, et juhul kui ilmneb, et pediatría voodipäeva hind ei ole optimaalne, võib probleemi lahendada kolmel viisil:

- eristada pediatría voodipäev sisehaiguste voodipäevast ning lisada sellele täiendavalt personali ressursi;
- lisada personali aega majutuse voodipäeva, mis kataks täiendava suhtluse lapse hooldajaga;
- lisada personali ressursi mõlemasse (pediatría ja majutuse) voodipäeva.

Tõstatus probleem, et laste ravi rahastamiseks ei kasutata ainult pediatría voodipäeva, vaid ka näiteks kirurgia või sisehaiguste voodipäeva. Komisjon leiab, et otsus peaks olema rakendatav kõigi vastavate voodipäevade lõikes. Komisjon ootab ära hõiveanalüüsi tulemused ja küsimus võetakse uuesti päevakorda.

Komisjoni arvamus

Majutuse voodipäev sotsiaalsetel põhjustel: Komisjon ei soovi, et maksumaksja raha eest kaetaks mitte-tervishoiuteenuseid, kuid samas peab vähendama tervishoiuteenuste ebavõrdset kättesaadavust. Komisjon ootab ära küsitluse tulemused ning vaatab taotluse uuesti üle.

Haige lapse hooldaja majutus: Komisjon ootab ära hõiveanalüüsi lõplikud tulemused ja küsimus võetakse uuesti päevakorda.

Taotlus nr 1267 – Lastearsti ambulatoorne vastuvõtt

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Lastearstide Selts

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse alusel on eraldi lastearsti ambulatoorse vastuvõtt vajalik, sest pediatriline ambulatoorne vastuvõtu optimaalne kestus ületab paljude teiste erialade vastuvõtu kestust ning selles on mitmeid elemente, mida ei ole teiste eriarstide või perearsti vastuvõttudes. Ei soovita eristada lastearsti ambulatoorse vastuvõtu korral esmast ja korduvat vastuvõttu, vaid tehakse ettepanek, et edaspidi kehtiks lastearsti vastuvõtu korral üks üldine vastuvõtt.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Esitatud kirjanduse ülevaates on näidatud, et perearstipõhise mudeli puhul suureneb pediatriliste pöördumiste arv EMOSse (Hamilton, et al, 2007), lapsi suunatakse liigselt ja põhjendamatu haiglasse (Vehviläinen, et al, 1997), kolmanda tasandi lastearstid peavad tegema teise tasandi tööd (Hamilton, et al, 2007) ja perearstid ja teised pediatrilist abi osutavad arstid ei ole resertifitseeritud vastava pädevuse omamiseks ja säilitamiseks (Hamilton, et al, 2007). Toodi välja Riigikontrolli audit 2016 a, kus on näidatud, et perearsti aeg ja ressursid on piiratud, mis võib omakorda viia ravi- ja ennetustöö kvaliteedi langusele. Auditi põhjal käivad lapsed tervisekontrollis ebaregulaarselt. Seoses elanikkonna vananemisega kaldub perearstide fookus eakatele. Taotluses toodud uuringutest üle vaadatud Shaw, et al (2014) retrospektiivne ökoloogiline uuring, kus USAs eriarsti visiidi pikkus 1990-2010 aastatel pikenes 19-lt 21 minutini. Katerndahl, et al (2015) küsitlusuuring näitas sise- ja perearsti vastuvõtu keerukust ja ajamahukust. Freed, et al (2010) andmeanalüüs näitas pediatriliste visiitide osakaalu suurenemist teiste erialade arvel. Visiidi pikkust ega keerukust ei analüüsitud. Freed, et al (2017) küsitlusuuring näitas, et alla pooled lapsevanematest usaldasid perearsti täielikult. 3/4 lapsevanemaid kinnitas, et nad saavad perearstilt suunamise pediatrile, kui nad seda küsivad. Kolmandik lapsevanematest ei olnud rahul perarsti koordineeriva rolliga lapse suunamisel eriarstide juurde. Kokkuvõttes on tõendus pediatrilise vastuvõtu aja pikendamise kohta heterogeenne ja piiratud kvaliteediga.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Teenuse osutamise kordade arv aastas kokku: 0-18 (k.a.) vanusegrupi patsientide korral 215 651; 0-14 (k.a.) vanusegrupi patsientide korral 181 214. Aastane lisakulu eelarvele: 0-18 (k.a.) vanusegrupi patsientide korral 1 898 000 eurot; 0-14 (k.a.) vanusegrupi patsientide korral 1 569 486 eurot.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Vajalik. Sisuliselt ei ole uus teenus, vaid on eriarsti vastuvõtuteenuse ajaliselt pikem versioon. Hinna väljatöötamine haigekassa pädevuses.

Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Lastearsti ambulatoorse vastuvõtu kestuse ja teenuse sisu osas on tehtud vähe uuringuid. Hinnangu alusel ei erine hilisteismeliste (vanem kui 14 aastat) vastuvõtt oluliselt täiskasvanute vastuvõttust ja nende patsientide vastuvõtu pikendamine ei ole hinnangu andja arvates õigustatud.

Diskussioon

Täna kasutab pediaater eriarsti esmase (21 eurot) ja korduva (13 eurot) vastuvõtu koode. Taotlus uue teenuse "lastearsti ambulatoorne vastuvõtt" loomiseks: pediatriline ambulatoorne vastuvõtu aja pikendamiseks võrreldes teiste eriarstidega ja esmase/korduva vastuvõtu vahetamisest üldise (30 min) vastu.

Komisjon leiab, et ambulatoorseid vastuvõtte ei peaks eristama erialapõhiselt. Arutlusel oli, kas oleks vajalik hõiveanalüüs kõigi erialade üleselt. Leiti, et see ei ole vajalik, sest see toimub erialade nüüdisajastamisel. Haigekassa esindaja selgitas, et eriala nüüdisajastamisel vaadatakse statsionaarseid ja ambulatoorseid teenuseid koos, vastuvõttude ajad jäetakse pikkuselt samaks ning vajadusel lisatakse ressursi teistesse teenustesse. Arutlusel oli, et arsti aeg läheb järjest rohkem hinda ja vastuvõtu aja pikendamise asemel tuleks arst vabastada lisategevustest. Komisjon leiab, et efektiivsuse suurendamiseks tuleb kasutada arsti aega maksimaalselt efektiivselt, st suurendada õdede, sekretäride ja abiliste rolli vastuvõtul, nii et arsti aeg kuluks eelkõige meditsiinilistele ja mitte abitegevustele. Samas tuleks säilitada arsti motivatsioon, et vältida läbipõlemist.

Tõstatus küsimus, kuidas peaks tervishoius määratlema last, st millises vanuses võrdsustub laps tervishoiuteenuste kasutusel täiskasvanuga. Tegemist on tervishoiukorraldusliku küsimusega ning see võetakse edaspidi uuesti arutlusele.

Komisjoni arvamus

Komisjon leiab, et eriarsti ambulatoorseid vastuvõtte ei peaks eristama erialade lõikes. Ambulatoorse vastuvõtu läbiviimist tuleks toetada, et arsti aja kasutus oleks võimalikult efektiivne.

Taotlus nr 1269 – Multidistsiplinaarse meeskonna (MDM) ambulatoorne vastuvõtt

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Lastearstide Selts, Eesti Lasteneuroloogide Selts, Eesti Lastekirurgide Selts, Eesti Seljaajusonga ja Vesipeahaigete Selts

Teenus, sihtrühm ja näidustus: MDM vastuvõtu sisuks on kaasasündinud neuraalatoru ja sellega kaasuva patoloogiaga (spina bifida ja hüdrosefaalia) patsientide mitme erineva eriala eriarsti ja spetsialisti samaaegne meeskondlik vastuvõtt, et tagada patsiendi terviklik käsitlemine, õigeaegne sekkumine ja adekvaatne jätkuravi. MDM vastuvõtt hoiab kokku patsiendi ja tema hooldajate aega ja kulutusi transpordile ning tagab usalduslikuma ravisuhte ja rahulolu tervishoiuteenusega. Meeskonda kuulub vähemalt kolm eriarsti (nt neuroloog, kirurg, sisearst jne), kaks spetsialisti (nt füsioterapeut, psühholoog, logopeed jne), kaks õde ja sekretär/asjaajaja. Alternatiiviks oleks hetkel kehtiv olukord, kus vastava näidustusega patsient käib mitmel erineva eriala arstide ning spetsialistide vastuvõttudel.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Olemasolev tõendus piiratud. Toodud Fieggan, et al (2014), mis oli ülevaateartikkel. Khan, et al (2015) RCT, kus interdistsiplinaarse ambulatoorse rehabilitatsiooni rühmas 3 kuu jooksul paranes põie/soole funktsioon, kognitiivne funktsioon, vähenes depressioon, paranes elukvaliteet. Vajalikud pikemad RCTd. Cuxart, et al (2016) kirjeldab MDM kliiniku tööd Barcelonas. Ravijuhistest toodud Merkens, et al (2006) Spina bifida Guidelines (konsensusdokument).

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Hetkel käsitlevad erinevate erialade arstid spina bifida ja kaasasündinud hüdrosefaaliaga patsiente eraldi vastuvõttudel. Taotluse esitaja hinnangul hoiaks MDM vastuvõtt ära korduvad vähema

efektiivsusega eriarstivisiidid. Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu alusel muudab multidistsiplinaarne lähenemine patsiendi käsitlemise optimeeritumaks ja tagatakse parem ravitulemus. Patsientide arv aastas 130. Aastane lisakulu eelarvele taotluse alusel arvatud hinnast lähtuvalt – 30 219 eurot; meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu alusel arvatud hinnast lähtuvalt – 6 797.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)
Vajalik.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu alusel muudab multidistsiplinaarne lähenemine patsiendi käsitlemise optimeeritumaks ja tagatakse parem ravitulemus. Teaduskirjanduses on kirjeldatud, et multidistsiplinaarne lähenemine on krooniliste haiguste puhul elukvaliteeti parandav ning hilisemaid komorbiidsust ja tüsistusi vältiv. Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu alusel on multidistsiplinaarse meeskonna kasutamist spina bifida ja hüdrosefaalia diagnooside puhul teaduskirjanduses vähe kajastatud, sest enamuses arenenud riikides on multidistsiplinaarne lähenemine iseenesestmõistetav.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Olemasolev tõendus MDM töö efektiivsuse kohta spina bifida patsientidel piiratud. Ballard, et al (2012) ühekeskeline retrospektiivne andmeanalüüs näitas laste seljaoperatsioonide haavainfektsioonide vähenemist MDM rakendamise järgselt 7%-lt 4%-le (statistil ebaoluline tulemus). MDM efektiivsust on uuritud ka teistel erialadel, eeskätt onkoloogias. Brunner, et al (2014) ühekeskeline retrospektiivne andmeanalüüs pea- ja kaelapiirkonna haigusseisundite ravis näitas, et 30% juhtudest muudeti MDM arutelul raviplaani ja ravijärgimus oli 84%. Pikaajalisi tulemusnäitajaid ei hinnatud. Freeman, et al (2015) onkoloogiliste haigete retrospektiivse kohortuuringu tulemusel leiti statistiliselt oluline erinevus ravijuhiste järgimisel, ravi ajastusel ja kulude osas. Pillay, et al (2016) süstemaatilises ülevaates leiti, et 4-45% onkoloogilistest haigetest täpsustas MDM konsiilium operatsioonieelset diagnostikaplaani ja vähi staadiumi, elulemusnäitajatele olulist mõju ei olnud. Vajalikud täiendavad uuringud elukvaliteedi osas.

Diskussioon

Teatud haigusseisundite (spina bifida, kroonilised haigused, multimorbiidsus, arenguhäired jne, kus haige ei pruugi olla otseselt ühegi eriala alla liigitatav) terviklik käsitus eeldab mitme eriala spetsialistide koostööd multidistsiplinaarse meeskonnana. Haiglatingimustes toimub konsultatsioon ja konsiilium, kuid ambulatoorselt on MDM arutelu korraldamine keeruline. Teema oli arutlusel 8. augustil seoses taastusravi meeskonna ambulatoorse vastuvõtuga neuroloogilistele haigetele. Komisjon eeldas, et on ka teisi erialasid, kus ambulatoorsete meeskonnakoosolekute läbiviimine on oluline, mistõttu soovitati teenus rakendada erialadeüleselt. Erialaseltsidega täpsustada kriteeriumid ja piirangud teenuse osutamisel. Arutlusel oli, et vastuvõtt tuleb dokumenteerida ja patsiendile koostatakse raviplaani. MDM definitsioonina on erialakirjanduses toodud vähemalt 3 või enama eriarsti JA tugispetsialisti(de) samaaegne vastuvõtt meeskonnana.

Komisjoni arvamus

Pooldatakse teenuse rakendamist ambulatoorses eriarstias erialadeüleselt. Teenus vajab täpsustamist rakendustingimuste osas.

Taotlus nr 1260 – Isoleeritud patsiendi käsitus

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Haigekassa

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Isolatsiooniabinõude rakendamise eesmärk on vältida nakkushaiguste ja multiresistentsete mikroobide põhjustatud infektsioonide või nendega koloniseeritud patsientide haigustekitajate levikut haiglateskkonnas. Isoleeritud patsiendi käsitluseks on Terviseamet 2016. aastal andnud juhised tervishoiuteenuse osutajatele „Isolatsiooniabinõud“. Probleem tõstus voodipäevade nüüdisajastamise protsessi käigus. Nähakse vajadust täiendava personali ja materjali ressursi jaoks. Muudatuste vajalikkuse väljaselgitamiseks on EHK kogunud PERH-lt, LTKH-lt ja TÜK-lt andmeid tegeliku personali arvu, teenuste mahu ja materjali kulu kohta.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Teenuse hind 36,54 eurot, sh arvestatud täienevat materjali kulu ja personali aega (õde 30 min, hooldaja 60 min). Teenuse osutamise arv aastas 57 432, sealjuures arvestatud 6% sisehaiguse, kirurgia, järeldravi ning I ja II astme invsiivravi voodipäevade kogumahust 2017. aastal. Lisakulu eelarvele aastas 2,1 mln.

Diskussioon

Tegemist on isolatsiooniabinõude rakendamisega multiresistentsete tekitajate poolt põhjustatud infektsiooni või kolonisatsiooni korral. Lisakuluks on isikukaitsevahendid, aseptika, tööjõud. Arutlusel oli, et probleem on oluline ning nakkusohtliku patsiendi isolatsiooniga kaasnevad kulud peavad olema kaetud. Komisjonile tundub, et teenuse osutamise prognoos ja eelarvemõju on ülehinnatud ning andmeid tuleks täpsustada, kusjuures andmete kogumisse tuleks kaasata kõik haiglavõrgu arengukava haiglad. Hõiveanalüüsi järgselt vaadatakse üle, kas hetkel kehtivad voodipäeva hinnad katavad ära isoleeritud patsiendi käsitlusega seotud kulud ning milliste isolatsioonikategooriate puhul on vajadus täiendavatele ressurssidele.

Komisjoni arvamus

Komisjon palub täpsustada teenuse prognoosi ja eelarvemõju. Taotlus vaadatakse uuesti üle, kui andmed on täpsustatud.

Taotlus nr 1251 – Veresoonte endovaskulaarkirurgiliste operatsioonide piirhindade kaasajastamine

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Haigekassa

Taotluse sisu: Koostöös Eesti Veresoonte- ja Endovaskulaarkirurgia Seltsiga on koostatud esmased teenuste kirjeldused, mida hetkel kontrollitakse hõiveanalüüsides. Haigekassa poolt koostatud ülevaatest lisanduvate vahendite tõenduspõhisuse osas selgub, et erialaselt on teinud ettepaneku lisada perifeersed stendid (iselaienev, balloonlaiendatav, ravimkaetud), ravimkaetud balloonid, lõikavad balloonid, emboliprotseksiooniseade, endovaskulaarsed okluseerivad vahendid, endovaskulaarne trombektoomia ja/või endarterektoomia seade, endovaskulaarne litotripsia balloon, akendega/harudega stentprotees, intrakraniaalsed balloonid ja stendid, intrakraniaalsed flow-diverterstendid, emboliseerivad ained/implantaadid. Kuna endovaskulaarkirurgia ja invasiivkardioloogia teenuseid osutab sama personal samas struktuuriüksuses, ei ole võimalik enne invasiivkardioloogia kirjelduste koostamist teostada meetodikakohast kontrolli, kas esmased endovaskulaarkirurgia kirjeldused peegeldavad suures pildis tegelikkust. EHK soovib 2018. aasta sügisel uue Eesti Kardioloogide Seltsi ja Eesti Veresoonte- ja Endovaskulaarkirurgia Seltsiga selles osas jõuda kokkuleppeni, mis hõlmab nii 2018. kui ka 2019. aastat.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Teostatud olemasoleva tõenduse ülevaade vahendite rühmade ja revaskulariseerimise lokaliseerimise loikes eeskätt Euroopa, USA ja UK ravijuhendite ja süstemaatiliste ülevaadete alusel (Neumann, et al 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization, Aboyans, et al 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, Gerhard-Herman, et al 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease, NICE 2018. aastal uuendatud ravijuhend Peripheral arterial disease: diagnosis and management, Kayassi, et al 2016 Cochrane süstemaatiline ülevaade Drug-eluting balloon angioplasty versus uncoated balloon angioplasty for peripheral arterial disease of the lower limbs). Kuna tegemist on kiirelt areneva valdkonnaga, on teemaga seonduvate uuringute arv suur, mistõttu antud ülevaade jäi protokollist välja ja on saadaval vajadusel. Kokkuvõttes on suur osa taotletavaid vahendeid (stendid üldiselt) tõendatult efektiivsed pikaajaliste tulemusnäitajate osas, osadel andmed efektiivsuse kohta seni ebapiisavad või vastuolulised (sh ravimkaetud stendid ja ballooned, lõikavad ballooned). Kuluefektiivsuse hinnangud on vastuoluliste tulemustega ja ei saa välistada tootjate mõju tulemustele. Kuna puudusid konkreetset andmed taotletavate teenuste/vahendite iseloomu, mahu ja hinna kohta, ei olnud võimalik hinnata kuluefektiivsust ja eelarvemõju. Vajalik täpsustada erialaseltsi plaane ja soove. Kuna tegemist on äärmiselt laia tõendusbaasi ja eeldatavalt suure eelarvemõjuga, võib kaaluda efektiivsuse, kuluefektiivsuse ja eelarvemõju hindamise hinnangu tellimist müokardi ja perifeersetes arterites revaskulariseerimise vahenditele (metallstendid, ravimkaetud stendid, ravimkaetud ballooned, lõikavad ballooned jt).

Diskussioon

Teenuseks on endovaskulaarkirurgiliste operatsioonide piirhindade kaasajastamine, kusjuures soovitakse lisada ka uusi tehnoloogiaid (stendid, ballooned jm). Taotluses puudub eksperdi hinnang ja patsientide arv/kuluefektiivsuse hinnang/eelarvemõju. Haigekassa on esitanud tõendus põhise ülevaate, kuid andmed taotletavate teenuste/meetodite/vahendite/diagnooside osas on ebapiisavad. Haigekassa esindaja selgitas, et nüüdisajastamise käigus ei esitatud eraldi taotlusi uute lisavahendite kohta, mida soovitakse loetellu lisada. Edaspidi on haigekassal plaanis vältida selliseid olukordi ning palub alati uute teenuste korral esitada eraldi taotlus või informatsioon näidustuste, alternatiivide ja tõendus põhise materjalidega. Komisjon leiab, et otsuse tegemiseks ei ole piisavalt andmeid. Taotlus peab olema konkreetne. Informeeritud otsuseks on vaja täpsustada diagnoosid, tehnoloogiad/teenused, tõendus efektiivsuse ja ohutuse kohta, mahud, hinnad, kulutõhususe analüüs, eelarvemõju. Komisjon teeb ettepaneku kohtuda erialaseltsiga, et taotlust täpsustada.

Komisjoni poolt tehti ettepanek oluliselt suurendada tõenduse ja kuluefektiivsuse hindamise võimekust haigekassa baasil, et tõhustada TTL ajakohastamist, parandada andmete kvaliteeti ja vähendada tervishoiutöötajate koormust taotluste esitamisel. See vähendaks muuhulgas vajadust tellida tervisetehnoloogiate hinnanguid ülikoolilt.

Komisjoni arvamus

Otsuse tegemiseks ei ole hetkel piisavalt andmeid. Komisjon soovib kohtuda erialaseltsiga. Lisaks palub komisjon eelnevalt täpsustada sihtrühm, näidustus, olemasolev tõendus efektiivsuse ja ohutuse kohta (metaanalüüsid, süstemaatilised ülevaated, RCT-d, ravijuhised), kogemus Eestis, kulutõhusus ja eelarvemõju. Haigekassa saadab eriala esindajatele küsimused ette.

Taotlus nr 1308 – Teenuste paketi täiendamine seoses SE-ga 512

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Haigekassa

Kiirabi osutamine ja meremeeste kaugkonsultatsioon: Kiirabi esmane hinnamudel tegevuspõhise kuluarvestuse alusel on koostatud, hetkel tehakse liidu ja teenuseosutajatega viimaseid täpsustusi. Koostamisel on uus Tervise- ja tööministri määrus „Kiirabi eest tasumise korra, kiirabibrigaadi pidajale makstava tasu arvutamise meetoodika ja kiirabi hinna ning meditsiinilise kaugkonsultatsiooni teenuse eest makstava tasu arvutamise meetoodika ja selle teenuse hinna kehtestamine“, kus reguleeritakse määruse muutmise kriteeriumid, tasu arvutamise meetoodika, teenused ja nende hinnad. Samuti on koostamisel kiirabi leping. Uued lepingupartnerid otsitakse konkursiga 2022. aastaks. Lisakulu ca 3,8 miljonit eurot.

Meretöö seadusega on haigekassale üle tulnud kohustus tagada kaugkonsultatsioon meremeestele laeval. Hetkel on PERHis olemas üks telemeditsiini arst, kes konsulteerib nii meremehi kui ka väikesaari. Eesmärgiks on teenus ühitada kiirabi hankega.

Ravikindlustamata isikute vältimatu abi rahastamine ja TAI teenused: TAI teenustest peab haigekassa hakkama 2019. aastast VV kabinetiotsuse seletuskirja kohaselt rahastama järgmisi teenuseid:

- Ravikindlustamata kaksikdiagnoosiga patsientide päevaravi;
- Mitteopiaatne institutsionaalne ravi alaealistele Tallinna Lastehaiglas;
- Ravikindlustamata noorte reproduktiivtervisealane nõustamine ja seksuaalsel teel levivate haiguste ennetamine;
- Noorte veebipõhine seksuaalnõustamine;
- Tubakast loobumise nõustamine.

Rahastamise eelduseks on muudatus õigusaktides, mille alusel saab haigekassa hakata tasuma eelnimetatud teenuste eest. Õigusaktide muudatust valmistab ette Sotsiaalministeerium. Kuna antud hetkel ei ole õigusaktide muudatused veel valmis, ei ole teenuste rahastuse ülevõtmiseks lõplikke ettevalmistusi tehtud – need sõltuvad õigusaktides antavatest kohustustest. Samuti on vaja õigusaktide muudatusi ravikindlustamata isikute vältimatu abi rahastamiseks.

HIV/AIDS ravimid, immuunpreparaatide soetamine, tuberkuloosiravimite soetamine, antidoodid: Raviasutuste jaoks siinkohal midagi ei muutu. Need teenused tervishoiuteenuste loetellu ei lähe. Sotsiaalministeeriumi asemel hakkab hankeid korraldama haigekassa. Hetkel on käimas haigekassa ja Terviseameti vahelise koostöö kokkuleppimine logistika osas.

Viljatusravi kulude hüvitamine: Seaduse muudatuse raames otsustati üle vaadata IVF teenused, sealjuures hõlmata nüüdisajastamisse munarakkude külmutamine jt. 2018. aastast rakendus muudatus, mille kohaselt tasub kõikide tsükli eest haigekassa (varasemalt tasus haigekassa 3 tsükli eest ja edasise Sotsiaalministeerium). Nüüdisajastamise raames on varasemate teenuste puhul osad teenused lahku löödud. Uutest teenustest on plaanis lisada intrauteriinne inseminatsioon, munarakkude külmutamine, sulatamine ja hindamine ning seemnerakkude eraldamine munandi bioptaadist, külmutamine, sulatamine ja hindamine. Uute teenuste puhul rakenduks meditsiinilise näidustuse kriteerium.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)
Prioriteetne.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Olemasolev tõendus piiratud (vähe RCTsid, RCT kvaliteet madal). Rienzi, et al (2016) süstemaatiline ülevaade ja metaanalüüs: analüüsi eesmärgiks oli munarakkude ja embrüote krüopreservatsiooni valikmeetodi väljaselgitamine WHO käsitusjuhiste koostamiseks. Olemasolevate RCT-de (7) ja

kohortuuringute tulemuste põhjal leiti, et munarakkude/embrüote kiirkülmutamine ehk vitrifikatsioon on efektiivseim rasestumismäära osas munaraku kohta (madala kvaliteediga tõendus) ja külmutatud koe/raku eluvõimelisuse osas (mõõduka kvaliteediga tõendus). Potdar, et al (2014) süstemaatiline ülevaade ja metaanalüüs (17 RCT ja mitte-RCT): külmutatud ja värske munaraku rasestumismäärades erinevust ei esinenud, kuid raseduse katkemismäär oli suurem külmutatud munaraku korral. Vajalikud lisauuringud. Glujovsky, et al (2014) Cochrane metaanalüüsil (2 RCT-d) hinnati munarakkude vitrifikatsiooni efektiivsust: selgus, et sünnitamismäär ei hinnatud, rasestumise tõenäosus suurenes (RR 3,9), tüsistuste määr ei hinnatud ja meetodid ei olnud täpselt kirjeldatud. Cochrane hindas olemasolevat tõendust munarakkude vitrifikatsiooni efektiivsuse osas mõõdukaks. Austraalia tervishoiuministeeriumi tervisetehnoloogia analüüs 2018 hindas tõendust munasarja koe külmutamise efektiivsuse kohta vähihaigetel: andmed efektiivsuse, kasutajate arvu, eeldatava sünnitusemäär, külmutamise kohta prepuberteedieas puudulikud. Tüsistusena ei ole välistatud vähirakkude ülekande, mida on PCR-meetodil hinnanguliselt leitud 7% (leukeemiahaigetel kuni 31%) ovariumi korteksi transplantaatidest ja mille kliinilise olulisuse kohta on andmed ebapiisavad (Rosendahl, et al, 2013). Ravijuhised: Martinez, et al (2017) International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM 2015 expert consensus: onkoloogilised ja mitmed süsteemsed mitteonkoloogilised haigused ning nende ravi mõjutavad oluliselt fertiilsust; fertiilses eas onkoloogilistele ja mitteonkoloogilistele naistele on munarakkude ja/või embrüote vitrifikatsioon valikmeetodiks viljakuse säilitamisel. Meetodit kasutavad ka naised, kes soovivad fertiilsust pikendada ja transsoolised isikud. Seemnerakkude külmutamine enne fertiilsust vähendavat ravi on soovituslik täiskasvanud meestele. Munandikoe säilitamine enne viljakust ohustavat ravi on soovituslik pre-puberteedi ealistele poistele. Samas on tõendus laste osas puudulik. Soovitused on konsensuslikud ja nõrga tõenduspõhisusega (tase III), kuna suured kohort-ja randomiseeritud uuringud puuduvad.

Diskussioon

Viljatusravi kulude hüvitamine: Teenuse nimetus on eksitav, kuna tegemist ei ole klassikalise viljatusraviga. Tegemist on uute teenustega, mis on seotud fertiilsuse säilitamisega meditsiinilistel näidustustel (näit onkoloogiline haige). Otsuses ei saa lähtuda TTH04 (2014) raporti andmetest, kuna see käsitles viljatusravi, kuid taotletavad teenused on seotud fertiilsuse säilitamisega meditsiinilistel näidustustel. TTH04 autorid soovitasid koostada IVF ravijuhised, luua IVF register, lihtsustada rahastamise mehhanismi, vähendada omaosalust ravimitele (kättesaadavuse erinevus), hüvitada ravimid, kui ei jõuta munarakkude hankimiseni, hüvitada doonorsugurakkude kasutamine, sugurakkude säilitamine, hüvitada testise biopaat, rahastada psühholoogiline nõustamine doonorsugurakkude kasutamisel. Taotletavate teenuste osas on kirjeldatud soovitustega osaline kattuvus, kuid peab arvestama, et tegemist on eelnevalt (onkoloogilise) diagnoosiga haigetega ja seega uue olukorraga, mida tuleb analüüsida eraldi.

Komisjonil tõstatus mitmeid küsimusi uute teenuste osas

- Kas tegemist on munaraku/seemneraku, ovaariumi/testise koe või embrüo säilitamisega? Haigekassa poolses lühiülevaates mainitakse testise koe säilitamist poistel, kuid jääb segaseks, kas teema on toodud sisse tõenduse ülevaatenäitena või on kavas Eestis rakendada.
- Milline on kliiniline efektiivsus, ohutus sh vähirakkude ülekande risk?
- Kuidas ovaariumi/testise koe taasiirdamine toimub (või ei ole seda plaanis teha?)
- Kui palju naisi/mehi vajab teenust?
- Pikaajaline beebide ja emade ohutus?
- Külmutamise kestus ja lõpetamise otsuse mõju elukvaliteedile?
- Säilitamise kulud? Kes kannab külmutamiskulu?

- Mis on ühe elussünni maksumus antud näidustustel?
- Millised on omaosalusega seotud kulud?
- Kulutõhusus? Eelarvemõju?
- Kas eetika, sh lapsed ning kättesaadavus on läbi arutatud?

Komisjon leiab, et rahastuse otsusele eelnevalt tuleks esitatud küsimused läbi arutada ning seetõttu teeb ettepaneku erialaseltsiga kohtuda.

Komisjoni arvamus

Kiirabi osutamine ja meremeeste kaugkonsultatsioon, ravikindlustamata isikute vältimatu abi rahastamine ja TAI teenused ning HIV/AIDS ravimid, immuunpreparaatide soetamine, tuberkuloosiravimite soetamine, antidoodid teemade osas võtab komisjon info teadmiseks.

Viljatusravi kulude hüvitamine: Otsuse tegemiseks ei ole hetkel piisavalt andmeid. Komisjon soovib kohtuda erialaseltsiga. Lisaks palub komisjon eelnevalt täpsustada sihtrühm, näidustus, olemasolev tõendus efektiivsuse ja ohutuse kohta (metaanalüüsid, süstemaatilised ülevaated, RCT-d, ravijuhised), kogemus Eestis, kulutõhusus ja eelarvemõju. Haigekassa saadab eriala esindajatele küsimused ette.

Taotlus nr 1192 – Enteraalne toitmisravi väljaspool intensiivravi

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Kliinilise Toitmise Selts

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Eesti Kliinilise Toitmise Selts taotleb uue teenuse „Enteraalne toitmisravi väljaspool intensiivravi“ lisamist tervishoiuteenuste loetellu. Enteraalne toitmisravi on näidustatud nii statsionaaris, õendusabis, hooldusasutuses kui ka kodus viibivale patsiendile, kellel suukaudset toitmist pole võimalik teostada või see ei taga patsiendi vajadustele vastavat kaloraaži/toitainete kogust ning kes seetõttu vajab lisatoitmist nasogastraalsondiga, nasoduodenaalsondiga, nasojejunaalsondiga, gastrostoomiga või jejunostoomiga spetsiaalse kliiniliseks toitmiseks mõeldud täisvärtusliku toitelahusega. Püreestatud tavatoit ei ole patsientidele alternatiiviks, kuna tulenevalt paksemast konsistentsist pole seda võimalik läbi haiglates kasutusel olevate toitmissüsteemide EnFit ühenduste patsientidele manustada. Kõik uued toitmissüsteemid omavad EnFit ühendusi, mis on Euroopa standardiks, vanade ühenduste tootmine on lõpetatud. Seega patsientidel, kes vajavad toitmist läbi stoomi või sondi alternatiivsed võimalused spetsiaalsetele toitesegudele puuduvad.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: eetilistel kaalutlustel RCT-d alatoitumusega patsientidel läbi ei ole viidud. Enamus jälgimisuuringuid on läbi viidud haigla tingimustes. TTH raporti vahearuaude alusel on retrospektiivsetes kohortuuringutes näidatud elulemuse paranemist ja intensiivravi vähenemist (Klek, et al 2011). Ravijuhistes on olemasoleva tõenduse põhjal kirjeldatud sihtrühmad, näidustused (suukaudse toitumise efektiivsus ehk toitainete omastamine või mitteomastamine), meetodid, manustamisviis, energiavajadus, olukorra regulaarne hindamine ja vastavad tegevusjuhised: 1. ESPEN Guidelines on Adult Enteral Nutrition, NICE juhised 2017. Ülevaade ravijuhistest TTH vahekokkuvõttes.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Kogukulu teenuste lisandumisest tervishoiuteenuste loetellu on hinnanguliselt 1 824 073 eurot, 10% omaosaluse korral 1 641 665 eurot, 30% omaosaluse korral 1 276 851 eurot ning 50% omaosaluse

korral 912 036 eurot. Boolusena toitmisel oleks omaosalus patsiendile vastavalt 1,90, 5,70 ja 9,50 eurot, püsiinfusiooni korral 3,63, 10,89 ja 18,15 eurot. Haigekassa tellis Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudilt tervisetehnoloogiate hindamise raporti „Eritoitesegude kasutamise kulutõhusus toitmiseravis“, mille eesmärgiks on analüüsida eritoitesegudega enteralse toitmise kasutegurit ja kulutõhusust ning hinnata, milline oleks koduse toitmiseravi optimaalne korraldus Eestis. Nimetatud raport peaks valmima 2018 aastal. Vahearuandest selgus, et enteraalset toitmist vajavaid patsiente on Eestis 120-220. Eelarvemõju baashinnangus on lähtutud 200 patsiendist, kelle enteraalse toitmise aastane kogukulu oleks 732 446 eurot, millest suurima osa (468 180 eurot, 64%) moodustaks toitmise stoomiga. Tundlikkuse analüüsil selgus hinnanguline eelarvemõju alampiir 439 467 eurot (juhul kui patsiente oleks vähem, 120) ja ülempiir 1 031 098 eurot (juhul kui stoomide, pumpade jm vahendite kulu oleks 50% suurem). Seega on eelarvemõju andmed vastukäivad.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)
Vajalik.

Diskussioon

Momendil on enteraalne toitmine rahastatud intensiivravi voodipäeva hinnas, mujal (kodus, hooldusravis) mitte. Komisjon leiab, et teema on oluline, vajajad peavad saama toidetud. Tõstatus küsimus, kas sondisüsteemide kompenseerimine võiks toimuda läbi sotsiaalkindlustusameti (SKA), kuna tegemist on abivahendiga ning nendel patsientidel on üldjuhul vormistatud puudeaste. Haigekassal puudub info, kas SKA on seni sondisüsteemide patsientidele hüvitanud. Tõstatus küsimus, kuidas hetkel eritoidu eest tasutakse. Haigekassa esindaja selgitas, et haigekassa on kompenseerinud eritoitu ligikaudu 50 patsiendile läbi erandkorras ravimite kompenseerimise. Puudub täpsem info, kuidas kõigil patsientidel (ca 200) eritoit on kompenseeritud. Toodi esile, et erandkorras hüvitamine ei lahenda probleemi süsteemselt (võrdne patsientide kohtlemine, toidu jõudmine inimeseni). Tõstatus küsimus, kas kättesaadavad on ainult kirjeldatud EnFit toitmissüsteemid. Komisjon leiab, et kuigi vajajad peavad saama kvaliteetse toidu, ei peaks selle eest üle maksma. Haigekassale tehakse ettepanek alustada hinnaläbirääkimisi. Enne rahastamise otsust peaksid haigekassa, Sotsiaalministeerium ja SKA omavahel kokku leppima, kes ja mida patsientidele hüvitab.

Komisjoni arvamus

Komisjon leiab, et tegemist on olulise teenusega ja vajajad peavad saama kvaliteetselt toidetud. Eelnevalt tuleb välja töötada teenuse rakendustingimused. Rahastamise osas tuleks algtada hinnaläbirääkimised ja kokku leppida haigekassa, SKA ja Sotsiaalministeeriumi vastutusalal.

2. Muud teemad

Komisjon on saanud esimese vaide. Arutlusel oli, kuidas peaks vaideid lahendama. Kuna komisjon on nõuandva õigusega organ ning lõpliku otsuse teeb haigekassa juhatus, tuleks vaided suunata otse haigekassa juhatusele.

10. oktoobril kell 14.00 toimub komisjoni koosolek, kus antakse ülevaade haiglaravimite taotlustest.