

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

16.08.2023

Algus kell 14.00, lõpp kell 15.31

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Kristi Rekand (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)
Tiina Sats (Tervisekassa)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

Puudusid: Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)
Timo Täht (Terviseamet)
Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)

Kutsutud: Malle Avarsoo (Tervisekassa)

Protokollija: Kadri Popilenkov (Tervisekassa)

Päevakord:

1. Taotluste arutelu

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1523	Amüloid-PET-uuring
1546	Oksüdatiivse stressi taseme määramine
1549	Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)
1558	Toitumisterapeudi individuaalkonsultatsioon

2. Tervishoiuteenuste loetelu muutmise taotluse vormi arutelu

1. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1523 – Amüloid-PET-uuring

Komisjoni liige Sergei Nazarenko deklareeris, et tal on huvide konflikt seoses taotlustega nr 1523. Sellest lähtuvalt ei viibinud ta antud taotluste arutelu ega arvamuse andmise juures.

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 25.01.2023.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Radioloogia Ühing, Eesti Nuklearmeditsiini Selts, L. Puusepa nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts, Eesti Psühhiaatrite Selts

Taotluse sisu: Taotletakse uue teenuse „Amüloid-PET-uuring“ lisamist tervishoiuteenuste loetellu. Positronemissioontomograafia uuring peaaju beeta-amüloidi (A β) ladestuste hindamiseks (edaspidi amüloid-PET) on molekulaarkuvamismeetod. Amüloid-PET põhineb asjaolul, et radioaktiivse 18Fga märgistatud märkaine seostub spetsiifiliselt peaaigus olevate β -amüloidi naastude külge ning märkainest lähtuv radioaktiivne kiirgus võimaldab β -amüloidi naastude esinemist ajukoes kuvada. Kuna β -amüloidi naastud on Alzheimeri tõve neuropatoloogiliseks aluseks, võimaldab see meetod mitteinvasiivselt *in vivo* amüloidpatoloogiat hinnata ning aitab Alzheimeri tõbe diagnoosida.

Eesti Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi ravijuhendis (2017) on amüloidvalgu visualiseerimine lisauuringuna näidustatud ebaselge etioloogiaga, atüüpilistel (sh varase algusega) ja/või kiiresti progresseeruva dementsusega patsientidel, kellel FDG-PET-uuringu või SPET perfusiooniuuringu abil dementsuse patoloogia ei selgu.

2013. aastal andsid Amyloid Imaging Task Force, The Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging (SNMMI) ja The Alzheimer's Association ekspertarvamuste konsensusena välja amüloid-PET uuringu sobivuse kriteeriumid, mille põhjal on antud uuringu jaoks sobivad näidustused:

- patsiendid püsiva või progressiivse seletamatu kerge kognitiivse häirega (MCI);
- patsiendid, kes vastavad võimaliku Alzheimeri tõve kliinilistele kriteeriumitele (sh atüüpiline
- kliiniline kulg või etioloogiliselt segatüüpi ilming);
- patsiendid, kellel on atüüpiliselt varajase algusega dementsus (vanus \leq 65 a.).

Samu sobivuse kriteeriume on kinnitanud 2016. aastal SNMMI ja European Association of Nuclear Medicine (EANM) koostööna väljaantud juhised ning 2020. aastal EANM töögrupi ekspertarvamus. Uuringud on näidanud, et sobivuse kriteeriumitele vastavate patsientide hulgas on amüloid-PET uuring olulisel määral (~60%) muutnud patsiendi käsitlust, mis õigustab antud uurimismeetodi kasutust valitud patsientidel.

Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Ekspert toob välja, et Alzheimeri tõve (AT) tüüpi dementsus on kõige sagedasem dementsussündroomi põhjus (üle 60% dementsuse juhtudest) ja sellesse haigestumine suureneb seoses rahvastiku vananemisega. Positronemissioontomograafia (PET) uuring peaaju β -amüloidi ladestuste hindamiseks on molekulaarkuvamismeetod, mis võimaldab radioaktiivse 18F-ga märgistatud märkaine seostumise spetsiifiliselt peaaigus olevate β -amüloidi naastude külge ning märkainest lähtuva radioaktiivse kiirguse abil β -amüloidi naastude esinemist ajukoes kuvada. See meetod võimaldab mitteinvasiivselt amüloidpatoloogiat hinnata *in vivo* ning aitab AT diagnoosida. Taotluse eesmärk on uue tervishoiuteenuse „Amüloid-PET-uuring“ lisamine tervishoiuteenuste loetellu. Uuringu kogemus on Eestis olemas Põhja-Eesti Regionaalhaiglas, kuid valmisolek ka teistes haiglates, kus on olemas nuklearmeditsiiniline kiirgustegevusluba (Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA TÜ Kliinikum, Ida-Tallinna Keskhaigla). Taotluses on toodud amüloid-PET uuringu näidustuseks:

- Varajases eas ilmnev progressiivne dementsus (vanus \leq 65 a.).

- Alzheimeri tõve kahtlusega patsiendid, kellel on atüüpiline kliiniline kulg.
- Püsiva või süveneva seletamatu kerge kognitiivse häirega patsiendid.

Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel on märgitud:

- F00 Dementsus Alzheimeri tõvest;
- F02 Dementsus MK muudest haigustest;
- F03 Täpsustamata dementsus;
- F06.7 Kerge orgaaniline tunnetushäire;
- G30 Alzheimeri tõbi;
- R41 Tunnetuse ja teadlikkusega seotud muud sümptomid ning tunnused.

Kood R41 võib viidata ka muule patoloogiale kui dementsus, mistõttu võiks kaaluda selle nimekirjast eemaldamist. RHK-11 kasutuselevõtmisel Eestis need koodid arusaadavalt muutuvad.

Teenus on üldiselt ohutu, v.a mõned märkainega kasutamise seotud kõrvaltoimed, mille ravi on sümptomaatiline. AT diagnoosimisel on võimalik veel kasutada amüloidvalgu määramist liikvoris. Liikvori analüüs on invasiivne uuring ning osadel patsientidel ei ole see teostatav, nt anotoomilise eripära või protseduurist keeldumise tõttu. Euroopa Nuklearmeditsiini Assotsiatsiooni (EANM) fookuskonverents (2019) on ekspertarvamusena välja toonud, et liivoriuuring on küll odavam, kuid amüloid-PET uuring võimaldab vältida mittevajalikke invasiivseid protseduure, korduvaid visiite, mis omakorda aitab kaasa sihipärasemale, põhjalikumale ja standardsemale patsiendi käsitlusele. Eesti Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi ravijuhendis (2017) on amüloidvalgu visualiseerimine lisauuringuna näidustatud ebaselge etioloogiaga, atüüpilistel (sh varase algusega) ja/või kiiresti progresseeruva dementsusega patsientidel, kellel FDG-PET uuringu (fluorodeoksüglükoosi-positronemissiooni tomograafia) või SPET perfusiooniuuringu abil dementsuse patoloogia ei selgu. FDG-PET uuring hindab hüpometabolismi ulatust ja lokaliseerimist ajus, kuid ei anna informatsiooni haiguse neuropatoloogia kohta. FDG-PET uuringut ei saa seetõttu ebaselgetel juhtudel käsitleda alternatiivina.

Soovitav on järgida taotluses toodud kriteeriume. Raviarve soovituslik eriala: neuroloogia ja psühhiaatria. Uuringut teostatakse piirkondlikus või keskhaiglas, kus on nuklearmeditsiiniline kiirgustegevusluba (Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA TÜ Kliinikum, Ida-Tallinna Keskhaigla). Taotluses on amüloid-PET uuringu mahuks prognoositud 36 uuringut aastas, mis on üsna realistlik. Kokkuvõttes soovib ekspert lisada amüloid-PET uuringu tervishoiuteenuste loetellu vastavalt eeltoodud kriteeriumitele.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)

Kuluarvestuse andmetele vastavalt on taotletava teenuse **piirhinnaks 2 236,49 eurot**. Ravijuhu maksumus on võrdne piirhinnaga, kuna taotluses on välja toodud, et puuduvad tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule. Piirhinna sisse arvestatud transpordi hind, milleks on 450 eurot koos käibemaksuga, võib lisaandmete kohaselt varieeruda. Põhja-Eesti Regionaalhaiglal on taotletava teenuse osutamise kogemus olemas 2015. aastast. Lisaandmeid esitades toodi välja, et nimetatud haigla ostis aastatel 2018–2022 kokku 22 viaali 18F-flutemetamoli koos 44 doosiga, s.t igas viaalis tarniti kaks doosi 18F-flutemetamoli. Lisatakse, et sellisel juhul jaguneb transpordi hind dooside arvuga. Kahe doosi tarnimisel on seega transpordi hinnaks ühe doosi kohta 225 eurot. Sellest olenevalt muutuks ka taotletava teenuse piirhind, mis oleks 2 011,49 eurot eelpool välja toodud 2 236,49 euro asemel. Olulise punktina mainitakse, et transpordi hinnale võib lisanduda veel täiendav kulu radiomärkaine transportimiseks Tallinna lennujaamast tervishoiuteenuste osutajate juurde Tallinna linna siseselt või Tartusse, kuid selle kulu piirhinna sisse arvestamiseks andmed puuduvad.

Taotletava tervishoiuteenuse kulutõhususe analüüsi teostamiseks Eesti kontekstis on aluseks võetud Prantsusmaal läbiviidud uuring, milles ühe osana leiti, et lisades standardsele diagnostilise protsessile amüloid-PET-uuringu võrreldes liikvori uuringuga, võidetakse 0,022 QALY-t isiku kohta. Taotluses esitatud teise alternatiiviga võrreldes ei ole leitud uuringute põhjal QALY-sid isiku kohta leitud. Seega oli käesolevate andmete põhjal võimalik väljendada ainult amüloid-PET-uuringu kulutõhusust

võrreldes liikvori uuringuga ICER-i abil. Leiti, et ICER varieerub olenevalt taotletava teenuse alternatiivi hinnast Eesti kontekstis vahemikus **80 944–92 955 eurot/QALY**. Taotleja poolt esitatud lisaandmetele tuginedes varieerub amüloidi määramine liikvoris 191,48 eurost kuni 455,73 euronit tulenevalt sellest, kuidas raviasutusesti alternatiivi osutamist raviarvele kodeeritakse. ICER ületab Eestis kasutatavat künnist, milleks on 40 000 eurot QALY kohta ja seetõttu on võimalik järeldada, et taotletav teenus ei ole Eesti kontekstis kulutõhus. Siinkohal tuleb aga arvesse võtta, et analüüsi teostamisel aluseks võetud uuringu sihtrühm on laiahaardelisem kui taotluses kirjeldatud sihtrühm, mistõttu ei pruugi leitud ICER kajastada taotletava teenuse tegelikku kulutõhusust. Samuti tuleb arvesse võtta, et käesoleva kulutõhususe analüüsi raames leiti taotletava teenuse kulutõhusus võrreldes ainult ühe taotluses väljatoodud alternatiiviga tulenevalt teemat kajastavate uuringute vähesusest. Juhul, kui avalikustatakse täiendavaid kulutõhususe uuringuid taotletava teenuse raames, siis on soovituslik teostada uus kulutõhususe analüüs selleks, et saada selgem ülevaade taotletava teenuse kulutõhususest Eesti kontekstis.

Taotletava teenusega kaasneva rahalise mõju hindamiseks Tervisekassa eelarvele on taotluses prognoositud, et järgmise nelja aasta jooksul on tervishoiuteenust vajavate patsientide arv 30–36 ning, et ühe patsiendi kohta on üks ravijuht. Olulise osana tuuakse välja, et taotletav teenus ei asenda osaliselt ega täielikult olemasolevaid teenuseid. Samuti, et taotletava teenusega ei kaasne samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt teisi tervishoiuteenuseid. Prognoositav lisakulu on ligikaudu **67 100–80 500 eurot aastas**.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli esmakordselt arutelul 2023. aasta jaanuaris. Leiti, et tegemist on tõendatud valiidusega diagnostikameetodiga, mis on näidanud kliinilist kasu ja mida toetavad ravijuhised. Võtmeküsimuseks on sobivate patsientide seleksioon, mis tagab selle, et patsientide käsitus suurel osal juhtudest muutub. Komisjon tõi välja, et tõenäoliselt ei ole piiratud ressursside tingimustes tegemist kõige prioriteetsema uuringuga, mida rahastada. Samas leiti, et uuringu läbiviimise võimalus sobivatel patsientidel võiks olemas olla. Küsimus on ka, kas Eestis on piisavalt positronemissioontomograafia seadmeid.

Taotleja kinnitas, et uuring ei ole eelduseks ühegi spetsiifilise ravimeetodi valikuks, vaid võimaldab vältida mittenäidustatud ravi ja optimeerida haigusjuhu käsitlust. Samuti ei asenda ühtegi olemasolevat uuringut.

Eksperti arvates oli taotlus asjakohane. Ekspert nõustus näidustustega, refereeris olulisemaid teadusuuringuid, mis on toodud ka taotluses ja komisjoni mittesüsteematises ülevaates. Uuringu ohutus ja kasutus maailmapraktikas on taotluses kajastatud asjakohaselt. Nuklearmeditsiiniline kiirgustegevusluba on olemas PERH-il, TÜ Kliinikumil ja ITK-l, uuringu läbiviimise kogemus PERH-il. Ekspert soovitas lisada amüloid-PET uuringu tervishoiuteenuste loetellu.

Kuluefektiivsuse hindamiseks esitas taotleja ülevaate amüloid-diagnostikumi 18F-flutemetamoli kasutamisest ja hinnastamisest. Kasutuse teeb kallimaks asjaolu, et radiofarmatseutikum laguneb kiiresti nii transpordi ajal kui haiglas (poolestusaeg vaid 110 minutit), mistõttu seda saab kasutada lühiajaliselt ja mis teeb selle kasutamise mitmel patsiendil keeruliseks. Tavaliselt ostetakse korraka doosi, mille hinnale lisandub käibemaks ja transpordikulu. Kiire lagunemise tõttu ostetakse seda lähedalt, Helsingist.

Tervisekassa tundis ka huvi amüloidi määramise kohta liikvoris, mida võib käsitleda alternatiivse uurimismeetodina. Taotleja hinnangul seda siiski sisuliseks alternatiiviks lugeda ei saa, kuna see on invasiivne, seda tehakse valdavalt muul näidustusel (kahtlus entsefaliidile, prioonhaigusele vms), kui patsient annab nõusoleku ja ei ole vastunäidustusi (antikoagulantravi), valdavalt statsionaaris ja ka vastuse saab oluliselt hiljem. Samas on see uuring ära toodud Eesti Alzheimeri tõve ravijuhistes ja on oluliselt odavam. Teiseks alternatiiviks saaks lugeda FDG-PETi, mida soovitab ka Eesti ravijuhend. Taotleja leiab, et nimetatud uuring hindab ainult hüpometabolismi ulatust ja asukohta ajus ning ei anna seega informatsiooni haiguse aluseks oleva neuropatoloogia kohta.

KTH: Teenuse piirhinnaks on 2237 eurot (sh doosi hind 1200 eurot + km, transport 450 eurot). Olemasolev tõendus kuluefektiivsuse kohta varieerub (ICER 4770-372 000). Tervisekassa poolt

teostatud kulutõhususe hinnang põhines Prantsusmaa uuringu andmetel (lisanduv QALY 0,022), mis viidi läbi kerge kognitiivse puudulikkusega patsientidel ja kus võrdluseks oli amüloidi määramine liikvoris. Erinevate stsenaariumite alusel tuli ICER väärtuseks 82 000 – 93 000 eurot lisanduva QALY kohta, mis ei ole kuluefektiivne. Võimalik, et eelselekteeritud varasema algusega ja atüüpilise kliinilise kuluga patsientide puhul oleks ICER madalam, kuid seda ei ole hetkel tõenduse puudumisel võimalik hinnata.

Aastas teostataks uuringut 30-36 patsiendile, aastane lisakulu eelarvele oleks 67 000 - 80 000 eurot. Kokkuvõttes valiidne mitteinvasiivne diagnostikameetod, mis on näidanud kliinilist kasu ja mida toetavad ravijuhised. Ekspert soovitab. Probleem on teenuse hinnas. Kui teenuse hind võimaldaks langetada ICERi 40 000 € tasemele, oleks see aktsepteeritav. Kui taotleja esitab uue valiidse uuringu, mis põhineb eelselekteeritud kõrge riskiga valimil, saab koostada uue kuluefektiivsuse hinnangu.

Diskussioon

Arutati, et praeguste kuluefektiivsuse arvutuste juures ei ole taotluse toetamine võimalik. Komisjon saaks taotlust arutada uuesti, kui teenuse hind võimaldaks langetada ICER-i 40 000 euro juurde või kui taotleja esitaks eelselekteeritud kõrge riskiga patsientide valimil põhineva uuringu ja selle baasilt saaks koostada uue kuluefektiivsuse hinnangu.

Leiti, et teenusel võiks olla diferentsiaaldiagnostikas roll atüüpiliste ja noorte patsientide puhul. Vanuseline määratlus peaks olema pigem alla 60 kui alla 65 eluaasta ning patsiendid peaksid olema valitud väga selgete kriteeriumite alusel.

Leiti, et tegemist ei ole prioriteetsuselt olulisima uuringuga, kuna küsitav on, milline on uuringust saadav praktiline kasu (peamiselt, kas memantiini hakatakse manustama või mitte). Antud teenus ei ole elupäästev ja mittekuluefektiivse teenuse toetamise näol pretsedendi loomine ei ole mõistlik.

Komisjoni arvamus

Komisjon ei toetanud hetkel teadaolevate andmete alusel teenuse loetellu lisamist. Kui on võimalik näidata kuluefektiivsust (hinnalangetus või uus uuring eelselekteeritud patsientidel), on komisjon valmis taotlust uuesti arutama.

Taotlus nr 1546 – Oksüdatiivse stressi taseme määramine

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 25.01.2023.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Viljatusravi ja Embrüoloogia Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on täiendada oksüdatiivse stressi määramise võimalusi spermaanaluüsis ja nimetada tervishoiuteenuste loetelus olemasolev teenuskood 666705 „Nitro-blue analüüs granulotsüütide oksüdatiivse purske määramiseks“ edaspidi teenuseks „oksüdatiivse stressi taseme määramine“. MiOXSYS on diagnostiline test, mis on spetsiifiliselt mõeldud oksüdatiivse stressi taseme määramiseks spermas. Esmaseks eesmärgiks on hinnata oksüdatiivse stressi taset idiopaatilise viljatusega meespatsientidel. Toode koosneb Mioxsys Analyzer-st (analüsaator) ning sensorist. Sensori vastavasse avasse tuleb asetada ca 30µl seemnevedelikk. Analüüs võtab aega mõne minuti.

Erinevad rahvusvahelised organisatsioonid nagu Maailma Terviseorganisatsioon, Euroopa Uroloogide Assotsiatsioon ja European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) on oma juhistes välja toonud oksüdatiivse stressi negatiivsed mõjud inimese reproduktiivsusele, eriti selle negatiivse mõju seemnerakkude kvaliteedile ja funktsioonile, mis on omakorda põhjuseks reproduktiivsuse langusele. Taotluses on toodud, et viimased andmed näitavad, et kuni 30% kõigist viljatutest paaridest maailmas kannatab meeste oksüdatiivsest stressist põhjustatud viljatuse tõttu. Varajane oksüdatiivse stressi määramine rutiinse osana haiguskäsitlusest annab täiendava sisendi viljatuse käsitlemiseks, vähendab võimalikke järgnevaid visiite, vähendab põhjendamatu antioksidantide kasutamist, aitab

varasemalt diagnoosida kaasuvaid põletikulisi haigusi. Juhul, kui ravi käigus otsustatakse edasi minna kunstliku viljastamisega, on samuti oluline vähendada oksüdatiivse stressi taset, kuna viimane halvendab protseduuri edukust.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli esmakordselt arutelul 2023. aasta jaanuaris. Komisjon leidis, et tegemist on nõrga tõendusega meetodiga, mis on hetkel eksperimentaalses staadiumis ja mida ei soovita ka ravijuhendid. OS toime patofüsioloogia ei ole selgelt kirjeldatud; on näidatud, et selle tase on negatiivses korrelatsioonis kõigi sperma kvaliteedi näitajatega, aga miks, jääb selgusetuks. Ühe võimaliku põhjusena tuuakse välja sperma DNA kahjustus, kuid selget tõendust selle kohta ei leidnud. Ravijuhised toovad OS geenikahjustuse ühe võimaliku põhjusena välja, kuid selle ennetuseks soovitatakse tervislikke eluviise, uuringuteks geneetilist analüüsi. WHO 2021. aasta ravijuhis ütleb, et reaktiivne hapnik (ROS), mida toodetakse leukotsüütide poolt võib põhjustada seemnerakkude arvu vähenemist. Samas puudub seni põhjapanev uuring, mis näitaks seost ROS ja spontaanse või toetatud rasestumise vahel. Komisjon leidis, et hetkel on teadmata, miks eksisteerib negatiivne korrelatsioon viljastumise määra ja oksüdatiivse stressi taseme vahel. Arvatakse, et oksüdatiivne stress kahjustab DNA-d, aga see on vaid arvamus (ei ole tõestatud, et oksüdatiivne stress on seotud geenimutatsioonidega). Riskikohana toodi välja ka see, et testi läbiviimise tulemusel tekib patsientidel teatav ootus, aga nende ravikäsitlus jääb siiski samaks. Seega tegi komisjon soovitus taotlusega mitte edasi minna.

Taotleja soovib menetluse jätkamist ja on tänaseks esitanud lisanduva tõenduse (kuus publikatsiooni).

Uuringud:

1. Agarwal, et al 2019 Asian J Andrology oli käsitletud juba jaanuaris (vt protokoll). Tõendus hinnatud nõrgaks.
2. Agarwal, et al 2019 on ülevaateartikkel, mille autorite kollektiiv on rahvusvaheline ja kus pakutakse välja mehe viljatuse käsitlusjuhised. Autorid teevad ettepaneku võtta kasutusele uus termin Male Oxidative Stress Infertility ehk MOSI, mis kirjeldaks viljatust koos spermatoosoidide kahjustuse ja oksüdatiivse stressi esinemisega. See haaraks ka neid, kelle eelnev diagnoos oli idiopaatiline viljatuse. Oksüdatsiooni-reduktsiooni potentsiaal on oluline biomarker MOSI klassifitseerimisel, kuna arvestab nii oksüdantide kui antioksidantidega (reduktandid) ja seda saab diagnoosida oksüdatiivse stressi OS määramisega. OS raviprotokollid ei ole täna tõendus põhised ja neid tuleb muuta, viies sisse OS määramise. See omakorda võimaldab ka antioksidantravi määramist. Efektiivsuse tõenduseks oli toodud korrelatsiooni, sensitiivsuse ja spetsiifilisuse andmed juba eelnevalt kirjeldatud artiklist (Agarwal, et al 2019 Asian J Andrology) ja publitseerimata andmed Hamad Medical Corporationi ja Cleveland Clinicu andmebaasidest. Lisaks toodi ülevaade antioksidantravi efektiivsusest (n=7 RCT). Kokkuvõttes soovitati idiopaatilise viljatuse korral testida OS MIOXSYSega, nõustada elustiili osas (suitsetamine, alkohol, radiatsioon, toksiinid, muud riskifaktorid) ja soovitada antioksidantravi. Soovitatakse ka sellise käsitluse testimist RCTs. Tõenduse hindamine ülevaateartikli alusel ei ole asjakohane.
3. Sallam, et al 2021 Al-Azhar International Medical Journal (Egiptus) prospektiivne jälgimisuuring (n=50 idiopaatilise viljatuse diagnoosiga paari) sperma OS mõju hindamiseks viljatuse ravis. OS hinnati viljatusravi käigus spermas, follikulaarvedelikus ja embrüo rakkudes oksüdatsiooni-reduktsiooni potentsiaali (ORP) abil. 36% patsientidest rasestus. ORP ei olnud seost (korrelatsiooni) rasestumise määraga ($r=-0,05$, $p=0,7$). Samas oli ORP AUC rasestumise prediktorina 0,85. Positiivne korrelatsioon rasestumisega leiti ORP esinemisel follikulaarvedelikus ($r=0,42$, $p=0,002$), kuid AUC jäi madalaks (0,65). Järeldati, et ORP tase spermas ja embrüo rakkudes on hea rasestumise prognostiline marker. Ei saa välistada valikunihet (esialgselt 216 paarist sisenes uuringusse 50) ja mõõtmisnihet (avatud jälgimisuuring). Tõendus nõrk.
4. Vassiliou, et al 2020 MIOXsys-e analüsaatori valideerimisuuring staatilise ORP hindamiseks. Kasutati paralleelselt kahte MIOX-analüsaatorit, testiti 286 sperma proovi 24 kuu jooksul.

Võrdluseks hinnati ka reaktiivset hapnikku kemoluminestsentsmeetodil. Hindajate vahel statistiliselt erinevust ei leitud ($p=0,48$). Tulemused jäid stabiilseks esimese 240 minuti jooksul ejakulatsioonist. Ka külmutamise ja ülessulatamise protsessis jäid erinevused statistiliselt ebaolulisteks ($p=0,8$). Samas nendel, kellel OS näitaja oli enne külmutamist kõrge, langes see ülessulatamise järgselt. Järeldati, et MIOXsyse mõõtmised on täpsed ja ei ole oluliselt mõjutatud uuringu aja ega temperatuuri poolt. Huvide konflikti ei raporteeritud, aga uuringut finantseeris Aytu BioScience, mis on Mioxyse turustaja USA-s. Tõendus nõrk.

5. Aitken, et al 2022 ülevaateartikkel mehe viljatusest, reaktiivse hapniku ja OS tekkemehhanismidest ajakirjas Antioxydants. Artikkel kirjeldas reaktiivse hapniku allikaid ejakulaadis (leukotsüüdid, spermatoosidide mitokondrid, elektrofiilsed aldehüüdid, östrogeenid, polüküllastamata rasvhapped, elektromagnetiline kiirgus, apoptoos, NADPH oksüdaas, aminohappe oksüdaas) ja nende biokeemilistele mehhanismidele. Kliinilistest uuringutest juttu ei olnud.

6. Henkel, et al 2022 oli käsitletud juba jaanuaris. Tõendus hinnati nõrgaks.

Kokkuvõttes järeldus muutunud ei ole. Meetodi kliinilise tõendatuse tase põhineb ühel avatud retrospektiivsel jälgimisuuringul (Agarwal 2019) ja kahel prospektiivsel jälgimisuuringul (Sallam 2021 ja Henkel 2022). Nendes uuringutes leiti, et ORP on negatiivses korrelatsioonis enamuse sperma kvaliteedi parameetritega, viljastumismääraga, blastotsüsti arenguga, kliinilise rasedusega ja elussünnimääraga. Nimetatud andmete alusel on arvatud ka sensitiivsus, spetsiifilisus ja AUC, mis on valdavalt hea, $>0,75$. Samas ei ole OS toime patofüsioloogia selgelt kirjeldatud ja korrelatsiooni põhjuslikud mehhanismid ei ole täpselt teada. Arvatakse, et OS võib põhjustada sperma DNA kahjustust ja mõjutada sperma funktsiooni. Tõendatuse tase uuringutes on madal, kuna ei saa välistada valiku- ja mõõtmisnihet ja tootja mõju. Lisaks puuduvad võrdlusuuringud, mis näitaks ORP määramise kliinilist mõju nii ravikäsitletele kui ka tervisenäitajatele. Meetod on küll täpne (Vassiliou 2020), kuid selle kliiniline mõju vajab hindamist täiendavates uuringutes. Kuigi uuringute juhtiv autor Agarwal soovib idiopaatilise viljatuse korral testida OS MIOXSYSega, nõustada elustiili osas (suitsetamine, alkohol, radiatsioon, toksiinid, muud riskifaktorid) ja määrata antioksidantravi, soovib ka tema esmalt sellise käsitlemise testimist RCTs (Agarwal 2019. ülevaateartikkel).

Ravijuhised on meetodi suhtes konservatiivsed. WHO 2021. aasta ravijuhis ütleb, et reaktiivne hapnik (ROS), mida toodetakse leukotsüütide poolt võib põhjustada seemnerakkude arvu vähenemist. Samas puudub põhjanev uuring, mis näitaks seost ROS ja spontaanse või toetatud rasestumise vahel. Lisaks ütleb WHO, et kliinilisest perspektiivist peaks OS ja reaktiivse hapniku mõõtmist kasutama ettevaatusega, kuni ilmneb rohkem andmeid nende diagnostilise väärtuse kohta. Selliseid teste kasutatakse androloogia-alases uurimistöös ja mõnes androloogia kliinikus ja viljatusravi laboris. ROSi hindamiseks kasutatav meetodika ja diagnostilised testid varieeruvad. Ka EAU 2022. aasta (2023. aasta uuendus) seksuaal- ja reproduktiivtervise ravijuhised on konservatiivse lähenemisega. EAU väitel on OS mehe viljatuse üks põhjusi, mis mõjutab sperma kvaliteeti ja funktsiooni. See võib olla seotud sperma DNA kahjustusega, mis omakorda on seotud embrüo arengu pidurdusega, raseduse katkemisega ja viljatusega. OS on tavaliselt seotud suitsetamisega ja teiste keskkonnafaktoritega, mistõttu elustiili valikud vähendavad DNA kahjustuse riski. Samas ütleb EAU, et seda ei ole RCTdes näidatud ja piisav tõendus puudub. Lisaks ei ole ROS testimiseks standardiseeritud meetodeid ja puudub konsensus antioksidantravi kestuse kohta. Kuigi ROSi saab määrata erinevate meetoditega, peaks rutiinne määramine jääma eksperimentaalseks, kuni nende testide valiidsus on tõendatud randomiseeritud kontrollitud uuringutes. Taotleja väitega, et testide lisamine rahvusvahelistesse juhistesse on meditsiiniseadmete arendamise viimane etapp ja see toimub tavaliselt siis, kui enamik riike juba lisab tehnoloogia riiklikesse hüvitamissüsteemidesse, ei saa nõustuda. Üldjuhul on vastupidi, ravijuhiseid ajakohastatakse piisava tõenduse olemasolul, misjärel on sellistel muudatustel mõju rahastusotsustele. Võrdlusuuringu puudumisel ei ole võimalik ka kulutõhususe hindamine.

Diskussioon

Toodi välja, et kuigi Euroopa uroloogide juhendi järgi saab reaktiivseid hapnikuosakesi erinevate meetodikatega mõõta, peaks mõõtmise praegu olema veel eksperimentaalne, kuni ükski meetodika ei ole randomiseeritud kontrollitud uuringutega valideeritud. Lisaks isegi, kui oksüdatiivse stressi tase on mõõdetud, siis ravi antioksidantidega on küsitava väärtusega. Ameerika uroloogide juhend aastast 2020 ütleb samuti, et esiteks ei soovitata oksüdatiivse stressi taset määrata ja teiseks ei ole võimalik anda soovitusi toidulisandite ja antioksidantide kasutamiseks ravi eesmärgil. Jätkuvalt oleks peamiseks ravisoovituseks tervislike eluviiside järgimine.

Komisjon leidis, et on väga põhjalikult (sh osaliselt korduvalt) läbi töötanud kõik taotleja poolt esitatud uuringud ja olukord ei ole võrreldes komisjoni eelneva aruteluga võrreldes muutunud. Argumente ehk kliiniliselt relevantseid uuringuid, mis tõestaksid testi kasutamise põhjendatust ja sellest tulenevat kasu, ei ole juurde tulnud, mistõttu ei ole põhjendatud ravikindlustuse vahendite kasutamine testi rahastamiseks.

Komisjoni arvamus

Komisjon ei toetanud teenuse loetellu lisamist.

Taotlus nr 1549 – Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 19.04.2023.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Füsioterapeutide Liit, Eesti Taastusarstide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on loetelus olemasoleva teenuse „Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)“ (kood 7050) osutamise laiendamine erakorralise meditsiini valdkonnas kergema triaazikategooriaga stabiilse üldseisundiga trauma patsientidele (nt pehmekoe vigastused, isoleeritud jäsemete või nende osade luumurrud ja dislokatsioonid, valu) koos füsioteraapia teenuse kandmisega erakorralise meditsiini osakonna (EMO) raviarsti arvele. Füsioterapeut aitab kaasa traumajärgsete tüsistuste ennetamisele, nõustades konservatiivsete ravimeetodite, traumajärgselt iseseisva toimetuleku, liikumisabivahendite ja sobivate kehaliste harjutuste osas. Eesmärk on tänu akuutses faasis füsioterapeudi teenusele jõudmisele ravikvaliteedi tõstmine, patsiendi ja personali rahulolu tõstmine ning potentsiaalselt esmatasandi tervishoiu koormuse vähendamine.

Taotluse alusel võib füsioteraapia teenuse lisandumine EMO-s vähendada patsientide viibimise aega osakonnas, tõsta patsientide rahulolu, personali rahulolu (läbi teenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse kasvu). Efekt tuleb välja peamiselt siis, kui füsioterapeut töötab esmase (iseseisva) vastuvõtjana ning paralleelselt nii iseseisva kui teise (arsti suunamisel) vastuvõtjana EMO-s.

Teenuse vajadus on taotluse andmetel ca 1800 teenust aastas.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Teenus oli esmakordselt arutelul 2023. aasta aprillis. Leiti, et teenuse rakendamise seoses on rahulolu kasv patsiendi vaatest väga tõenäoline ja ka oluline, eriti arvestades personaliressursi puudust EMO-des. Samas tõstatus ka küsimusi. Esiteks, kas füsioterapeute on piisavalt, et neid EMO-desse suunata ning samas mujalt ära võtta. Teiseks, teenuse pakkumisel EMO-s võib juhtuda, et hakatakse nõ ära kasutama võimalust saada füsioteraapia/taastusravi teenust EMO kaudu kiiremini. Muudatus võib seega senisest veelgi enam suurendada roheline triaazikategooria patsientide mahtu EMO-s. Toodi välja, et füsioteraapiasse saab praegu patsiendi suunata nii EMO-st kui ka perearsti kaudu ning füsioterapeut ei pea ilmingimata olema EMO-s kohapeal. Kolmandaks leiti, et ei ole mõeldav, et füsioterapeut on EMO-s olemas 24/7, mistõttu tekib olukord, kus teatud juhtudel on teenus tagatud ja teatud juhtudel mitte. Väiksemate EMO-de puhul on füsioterapeut suure osa ajast vastava vajadusega patsientide ootel.

Kokkuvõttes leiti, et on arusaamatu, mis probleemi täpsemalt soovitakse lahendada. Toodi välja, et tõenäoliselt on peamine eesmärk võimalikult varane füsioterapeudi sekkumine ja patsiendi kiirem taastumine. Pakuti välja küsida taotlejalt täpsustust muudatuse eesmärgi kohta ja kas oleks võimalik hinnata ka arstide ja õdede töökoormuse vähenemist sellest muudatusest tulenevalt.

Leiti, et oleks vaja ka erakorralise meditsiini arstidega läbi arutada, millisena näevad nemad füsioterapeudi rolli EMO-s. Tegu on korraldusliku küsimusega ja teises etapis võiks kaasata ka Eesti Haiglate Liidu. Lisaks toodi välja, valmisolekutasu tingimustes oleks füsioterapeut EMO-s rahastatud, kui ta on osa ajast sobivate patsientide ootel ja mujal teda rakendada ei ole võimalik.

Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku küsida taotluse kohta täiendav arvamus Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsilt – milline on nägemus füsioterapeutide kaasamise vajaduse ja rolli osas EMOs. Lisaks täpsustada taotluse esitajaga, kas muudatuse rakendamiseks on piisavalt füsioterapeutide ressursi. Pärast täpsustusi tuua taotlus uuesti komisjoni.

Tänaseks on Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Selts vastanud Tervisekassa küsimustele. Seltsi väitel on füsioterapial vajalik roll patsiendi vigastuse terviklikuks käsitlemiseks. EMOs alustatud füsioterapia parandab teenuse kättesaadavust ja patsientide rahulolu teenusega, ei halvenda või parandab ravi kvaliteeti, võib suurendada kulutõhusust ühiskondlikul tasandil. SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla EMOs on 2023 aastal piloteeritud EMOs individuaalse füsioterapia teenus ning patsientide rahulolu on oluline. Sagedasemad interventsioonid on patsientide harimine, koduse esmase harjutuste plaani koostamine, liikuvuse hindamine, immobiliseerimine, teipimine, abivahendite kasutamise õpetamine. Näitena toodi randme- ja roidemurruga patsiendid, keda parema ravitulemuse saamiseks tuleb koheselt juhendada, kuna taastusravi liigeste funktsiooni säilitamiseks algab kohe. Samas puudub EMO arstil täna võimalus suunata patsienti mõistliku aja jooksul FT vastuvõtule. Lisaks eeldatakse, et FT kaasamine EMOs vähendab EMO arstide koormust. Patsientide viibimise aeg osakonnas võib küll pikeneda, kuid arsti vastuvõtul viibimise aeg väheneb. Juhul kui füsioterapeut on patsiendi esmane vastuvõtja, võib patsiendi EMOs viibimise aeg isegi lüheneda. Kuna patsient saab juba EMOs terviklikuma käsitlemise, võib see EMO koormust vähendada ka tagasipöördumiste arvelt. FT töö oleks eeskätt päeva ajal ja mitte öösel.

Diskussioon

Tervisekassa lisas, et nii Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Selts kui ka taotleja on oma tagasisides kinnitanud, et toetavad teenuse rakendamist ainult suuremates EMO-des, kus on suuremas mahus vastava näidustusega patsiente. Vastasel juhul oleks füsioterapeudi ressurss EMO-s nõ kinni, kuna ta on patsientide ootel ja ei saa teenust osutada mujal.

Leiti, et inimese vaatest on oluline, et ta saaks võimalikult kiiresti oma keha taas usaldama ja liikuma ehk võimalikult varane traumajärgne taastusravi on oluline. Seega on taotluse eesmärk üllas. Lisaks, mida varem alustada füsioterapiaga ja patsienti selle vajalikkusest informeerida, seda parem on patsiendi tervisekäitumine ja teraapiaga seotud distsipliin. Leiti, et on kahetsusväärne, kui patsient jääb süsteemis toppama, kuna tema jaoks on ebaselge, kuidas ta peaks füsioterapeutini jõudma. Praegune patsienditeekond ei ole terviklik ja sõltub suuresti ka sellest, kui toetav ja koostöövalmis on patsiendi perearstikeskus. Lisaks toodi välja, et teenuse rakendamisest tulenev teatav arstide ja õdede koormuse vähenemine EMO-s võiks olla realistlik. Samas tõstatus küsimus, miks väidetakse, et EMO arst ei saa patsienti mõistliku aja jooksul füsioterapeudi vastuvõtule suunata, kui tegelikult on võimalik teha saatekiri ja anda patsiendile vajalikud kontaktid (leiti, et EMO-des võiks olla nimekirja piirkonna füsioterapeutidest, kellega patsiendid saavad kontakteeruda).

Teisalt toodi välja, et teenuse toetamisega pigem avatakse EMO senisest enam rohelist triiaazikategooria patsientidele, mis on vastuolus sellega, mida soovitakse EMO-de ülekoormatuse tingimustes saavutada. Lisaks on küsitavusi ka ravi jätkumise osas, kuna tegemist ei saa olla ühekordse teenusega. Tagatud peab olema ravi jätkumine ja ravi tulemuste hindamine. Kindlasti ei saa tagasikutsumisi teha EMO arvel, kuna seda ei ole võimalik pikemaks perioodiks avatuna jätta. Leiti, et probleemi, kus patsient ei oska endale saada füsioterapeudi aega, tuleb lahendada teisiti, kui teenuse pakkumisega EMO-s.

Ühe seisukohana toodi välja, et täna ei paista olevat väga suurt probleemi sellega, et patsiendid ei jõua õigeaegselt füsioterapeutidele. Pärast EMO-s käimist jõuavad nad üldjuhul töövõimetuslehe avamiseks perearsti juurde, kus vaadatakse muuhulgas, kas füsioteraapiasse/taastusravisse suunamine on tehtud. Toodi välja, et tegemist on korraldusliku küsimusega ja kui mõnel raviasutusel on piisavalt koormust, võib ta EMO juures füsioteraapia kabineti avada. Ei ole mõistlik panna füsioterapeut EMO-sse patsiente ootama. Pigem tuleks tagada see, et põhjendatud tervisemurega patsiendid, kes vajavad füsioterapeutidele *cito* aega, selle võimalikult kiirelt ka saaksid. Leiti, et tegemist on raviteekonna kujundamise küsimusega, kus ühelt poolt vastava näidustusega patsiendid saaksid kiirelt füsioteraapia teenusele, teisalt see ei oleks organisatoorselt ebaefektiivselt lahendatud. Tervisekassa tõi välja, et need põhimõtted tuleks koostöös füsioterapeutide, haiglate ja perearstidega välja töötada, et oleks tagatud ühtlane patsiendikäsitlus sõltumata sellest, kas füsioterapeut on EMO-s olemas või mitte.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku arutada Eesti Füsioterapeutide Liiduga, millised on võimalikud lahendused, et vastava vajadusega EMO patsiendid jõuaksid kiiremini füsioteraapia teenusele, ning pakkuda välja optimaalseim lahendus. Seejärel on vajalik seotud osapoolte informeerimine.

Taotlus nr 1558 – Toitumisterapeudi individuaalkonsultatsioon

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 19.04.2023.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Toitumisteraapia Assotsiatsioon

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on uue teenuse „Toitumisterapeudi individuaalkonsultatsioon“ lisamine tervishoiuteenuste loetellu. Taotluses on toodud, et toitumismustri tervislikuks muutmine aitab märkimisväärselt leevendada tänapäeval üha rohkem levinud terviseprobleeme. Toitumisteraapia teenuse rakendamine aitaks tervishoius parandada tervist kõigi krooniliste nn elustiilihaiguste puhul, ennetada paljusid haiguseid ja bariaatrilist kirurgiat ning parandada klientide elukvaliteeti haigusseisundite puhul, millel on tõenduspõhiselt abi toitumisteraapiast. Teenust taotletakse rakendamiseks nii esmatasandi meditsiinis kui vajadusel hospitaliseeritud patsientidele (näiteks haiglast väljakirjutamise eelselt või teatud osakondades).

Toitumisterapeut on koolitatud andma klientidele tervisliku, toitainete mõttes tasakaalus toitumise soovitusi kaalu langetamiseks ja tänapäevaste nn elustiilihaiguste ennetamiseks. Toitumisterapeut ei lähtu kaalulangetamisel ainult kaloraazist, vaid tasakaalustab kliendi menüüd ning aitab muuta selle toitaineterikkaks. Selline toitumine on jätkusuutlik ja tagab kaalu langetamise tervislikult ja tasakaalustatult toitudes.

Taotluse alusel on toitumisterapeudi teenus näidustatud järgmistel juhtudel:

- metaboolne sündroom;
- seedeelundkonnaga seotud terviseprobleemid;
- bariaatriline kirurgia;
- neerupuudulikkus;
- podagra;
- vaimse tervisega seotud terviseprobleemid (sh autismispektri häire, depressioon, tähelepanupuudulikkus ja käitumishäire, aga ka skisofreenia);
- migreen;
- söömishäired;
- alatoitumus;
- toiduallergiad ja -talumatused (sh tsöliaakia jt);

- erinevad enesepiiratud välistamisdieetid;
- epilepsia;
- toitumisterapeudi nõustamine pärilike haiguste korral eriarsti suunamisel (toitumisterapeut töötab geneetikute meeskonnas ja vajab spetsiaalset lisaväljaõpet).

Toitumisterapeudi poolt antavad tervislikud tasakaalustatud toitumisnõuanded on taotluse alusel lisaks ülal nimetatutele kasulikud ka hormonaalsete probleemide, autoimmuunsuse jt immuunsusega seotud terviseprobleemide korral.

Toitumisterapeut on kõrgharidusega toitumisteraapia täiendkoolituse läbinud isik. Eestis tegutsevad toitumisterapeutid toitumisterapeudi kutsestandardi (tase 6) alusel. Eestis tegutses 2022. a lõpus u 60 koolitatud toitumisterapeuti.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli esmakordselt arutelul 2023. aprillis. Soovitakse toitumisteraapia (nutrition therapy) individuaalkonsultatsiooni (nutrition intervention) lisamist TTLi. Eesti Toitumisteraapia Assotsiatsioon ETTA on seisukohal, et meditsiinisüsteemis, sh perearsti praksises peaksid tegutsema toitumisterapeutid, sest nende pädevusse kuulub haiguspuhune toitumisnõustamine. Teenust osutatakse nii esmatasandi meditsiinis kui vajadusel hospitaliseeritud patsientidele (näiteks haiglast väljakirjutamise eelselt või teatud osakondades). Toitumisteraapia teenuse rakendamine esmatasandi tervishoius aitaks parandada tervist kõigi krooniliste nn elustiilihaiguste puhul, ennetada paljusid haigusi ja bariatrilist kirurgiat ning parandada klientide elukvaliteeti haiguseisundite puhul, millel on tõenduspõhiselt abi toitumisteraapiast. Näidustused: metaboolne sündroom, SVH ennetus, seedeelundkonna probleemid (gastriit, haavandtõbi), diabeet, neerupuudulikkus, podagra, rasvumus, vaimse tervise probleemid (autism, depressioon, tähelepanuhäire, söömishäired), skisofreenia, migreen, alatoitumus, toiduallergia ja -talumatus (laktoositalumatus, tsöliaakia), epilepsia.

Komisjon leidis, et haiguspuhune toitumisnõustamine on vajalik, kuid väljendati kahtlust teenuse kvaliteedi tagamise ja kutsestandardi andmise kvaliteedi osas. Toitumisterapeutid ei ole registreeritud tervishoiutöötajate registris. Tõstatus küsimus, milline kõrgharidus peab olema, et taotleda kutsestandardit tase 6. Kui see ei pea olema meditsiinalane, on piisavate teadmiste olemasolu kaheldav. Hetkel ei ole komisjonil kindlust ütlema, et süsteem on piisav ning ka taotluses ei olnud teenuse kvaliteedi tagamise kohta piisavalt informatsiooni. Leiti, et taotluse esitajalt oleks vaja saada täiendavat infot kutse andmise protseduuri ja nõuete kohta, et hinnata selle sobivust meditsiinisüsteemis. Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku küsida taotlejalt, milline on toitumisterapeudi kutsestandardi andmise protseduur ja nõuded – sh nõutud baasharidus ja kuidas see suhestub vajadusse osata patsienti nõustada tema haigusest tulenevalt.

Tänaseks on taotleja vastanud. Toitumisnõustamise ja -teraapia teenust reguleerivad Eesti Vabariigis kutsestandardid, mida uuendatakse iga 5 aasta järel. Kuna toitumisnõustamise ja -teraapia kutsestandardid on võrdlemisi sarnased ja toitumisterapeut omab eeldusi ja võib täita muuhulgas ka toitumisnõustaja ülesandeid, on keeruline üht teisest eristada. Kutsestandard on aluseks toitumisnõustamis- ja -teraapiaõpet pakkuvatele asutustele õppekavade koostamisel ning kutse andmisel.

Toitumisterapeudi põhilised erinevused võrreldes toitumisnõustajaga:

- kõrgharidus (sh mittemeditsiiniline);
- tegeleb kliendi terviseprobleemidega oma pädevuse piirides vastavalt konkreetsetele juhistele;
- kogub klienti puudutavaid andmeid ka haigustest või ravist tingitud eripärade kohta, kasutades selleks sobivaid meetodeid (nt toitumispäevik) ja tehes vajadusel koostööd teiste spetsialistidega. Andmete analüüsimisel toetub ka haigusväljavõtetele ja uuringutulemustele;
- hindab kliinilise toitmise vajadust, arvestades näidustusi ja vastunäidustusi, tunnustatud ravi- ja tegevusjuhendeid ning suunab kliendi vastava spetsialisti juurde;
- püstitab toitumise ja eluviisiga seotud, haigust ja raviseisundit arvestavad lühi- ja pikaajalised toitumisteraapia eesmärgid;

- suunab klienti regulaarselt liikuma arvestades erinevatest terviseseisunditest tingitud vajadusi ja piiranguid.

Kompetentsid on mõlemal sarnased, nõustamisprotsessis kliendiga läbitakse nii toitumisenõustamises kui -teraapias samad etapid. Mõlema eksam põhineb juhuanalüüsil (andmete kogumine, nende analüüsimine, eesmärkide püstitamine ja tegevusplaani koostamine, toitumisenõustamise ja/või -teraapia teostamine ning saavutatud tulemuste hindamine). Tegevus salvestatakse ja hinnatakse komisjoni poolt. Kutsetunnistus väljastatakse isikutele, kes on kutseeksamil tõendanud oma pädevust kõikide kompetentsi punktide osas. Kutse andja on hetkel Eesti Toitumisenõustajate Ühendus (ETNÜ) (mitte Toitumisteraapia Assotsiatsioon) ja kutsekomisjoni liikmed on Eesti Tsöliaakia Selts MTÜ, Lääne-Tallinna Keskhaigla AS, Tervisekool, Annely Sootsi Koolitus OÜ, Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledž, Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA, Rahvatervise Akadeemia, Nutrilligent OÜ, Eesti Tervisedenduse Ühing MTÜ, Eesti Toitumisteraapia Assotsiatsioon MTÜ, Tervise Arengu Instituut, Eesti Toitumisenõustajate Ühendus MTÜ.

Tuleb eristada ka **toitumisteraapiat ja kliinilist toitmisravi** (suukaudsete toitmisravi preparaatide soovitamist, enteraalset või parenteraalset toitmist). Toitumisteraapia on suunatud ambulatoorses praktikas esinevate terviseseisundite puhustele toitumissoovitustele, kliinilise toitmisravi peamiseks sihtrühmaks on haiglaravil viibivad patsiendid ja akuutsete haigusseisunditega isikud. Toitumisterapeute esindab Eesti Toitumisteraapia Assotsiatsioon (ETTA), kliinilist toitmisravi Eesti Kliinilise Toitmise Seltsi (ESTPEN). Toitumisterapeut ei paku kliinilise toitmise teenust, ei tegele haiglas viibivate haigetega ega ka isikutega, kel on ägedad terviseseisundid. Tema kohuseks on suunata sellised juhtumid edasi vastavatesse institutsioonidesse (haigla, perearst vms).

Diskussioon

Leiti, et nõue, kus toitumisterapeudi kutse saamise eelduseks on mis iganes eriala kõrgharidus, ei ole piisav. Ravikindlustuse vahenditest rahastatav nõustamine saab baseeruda vaid meditsiinilisel haridusel. See tagab, et terapeut on võimeline patsienti nõustama tema haigusseisundist lähtuvalt. Lisaks peab arvestama sellega, et seisukohad meditsiinis on ajas muutuvad, mis tähendab, et tagatud peab olema elukestev, mitte ühe kutse omandamisel baseeruv, õpe. Leiti, et mittemeditsiinilisest baasharidusest tulenevalt ei ole tegemist tervishoiuteenusega.

Toodi välja, et toitumisterapeudi kutsestandardi kutsealana on välja toodud psühholoogia, seega on siin kutsestandardi ja teenuse sisu vaheline vastuolu, mistõttu tõstatus küsimus, kas teenuse nimetus peaks olema midagi muud. Toodi välja, et see segadus oleks vaja lahendada, et mõistetes oleks selgus ja oleks arusaadav, kes millist teenust osutab.

Leiti, et toitumisteraapia järele on vajadus olemas, kuid tänane kirjeldus nõuete osas teenuseosutajale paneb teenuse kvaliteedis kahtlema. Teenust peaksid osutama kvalifitseeritud spetsialistid, kellel on tervishoiu- või meditsiinialane baasharidus ning tagatud on elukestev õpe ning nende pädevuse hoidmine. Tehti ettepanek, et tulevikus annaks Eesti Kliinilise Toitmise Selts hinnangu, millised kliinilised spetsialistid (sh arstid ja õed, kellel on lisaks vastav täiendkoolitus) on kvalifitseeritud ravikindlustuse vahenditest rahastatavat toitumisteraapia (sh haiguspuhust) teenust osutama.

Komisjoni arvamus

Komisjon ei toetanud teenuse loetellu lisamist.

2. Tervishoiuteenuste loetelu muutmise taotluse vormi arutelu

Tervisekassa selgitas, et tulevikus on plaanis teha vorm elektroonseks, kuid praeguste muudatustega ollakse keskendunud eelkõige vormi sisu kohandamisele, mis on eeltöö elektroonilise vormi jaoks. Elektrooniline taotluse vorm on planeeritud Partnerportaali arenduste II etappi, mille analüüsitöö algab sel sügisel ja eelduslikult algavad arendustööd 2024. a alguses. Täpsem ajakava selgub sügise poole.

Muudatuste aluseks olev sisend:

- Töötoad Tervisekassa siseselt taotluste menetlejatega (2022);
- Töötoad erialaseltside ja Ravimitootjate Liiduga (2022);
- Küsitud tervishoiuteenuste loetelu komisjoni esmast tagasisidet (2022 lõpp).

Sisuliselt ei ole küsitav informatsioon olulisel määral muutunud, kuna küsitav sisend on menetluseks oluline. Küll aga on mõnevõrra muudetud seda, kuidas infot küsitakse. Peamised muudatused võrreldes kehtiva vormiga:

- Meditsiiniline tõendus on toodud mitmest punktist ühte kokku järgmises järjestuses: alternatiivsete raviviiside kirjeldus, uuringute ülevaade, kõrvaltoimed/tüsistused, ravijuhised, kokkuvõtte tõendus põhisisusest;
- Uuringute kokkuvõtete esitamine kompaksete lühikokkuvõtete kujul (suunatud küsimustega);
- Tüsistuste ja kõrvaltoimete esinemise sagedused maha võetud ja jäetud vaid kõige olulisimate kõrvaltoimete ja nende ravi kirjeldamine;
- Kulutõhususe punktist võetud välja kulude/hinna esitamine eeldusega, et kõik kulud esitatakse eraldi vormil, ja ka tervishoiuökonomilise analüüsi kokkuvõtte punkt, kuna esitatakse eraldi dokumendina. Alles jäid kulutõhususe uuringud ja kokkuvõtte kulutõhususest (ei ole kohustuslikud esitada) ning hinnang omaosaluse põhjendatusele;
- Lisaks mitmeid sõnastuse kohendamisi selguse huvides (eelkõige nt teenuse mahuproгноoside küsimisel), punktide liitmised/lahutamised ning liigutamised loogilisemasse järjekorda.

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni senise tagasiside kokkuvõte:

- Teadusuuringute esitamise osa peaks lihtsustama (ei peaks uuringutulemusi tõlkima, ainult viited olulisimatele uuringutele) vs meditsiinilisest tõendusest peaks olema olema taotleja koostatud abstrakt – hetkel on Tervisekassa ettepanek jätta uuringutulemuste esitamine sisse, kuid lühikokkuvõtetenä ja ei pea tõlkima;
- Kuluefektiivsuse osa ei peaks taotleja täitma – Tervisekassa ettepanek on jätta esitamine vabatahtlikuks;
- Taotluse vormil peaks eraldi punktina kajastuma teave patsiendi vaatest, s.h teenuse tulemuste kohta patsiendi tervise seisukohast, tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest, osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest, ohutusest, kõrvaltoimetest. Tervisekassa seisukoht:
 - tulemus patsiendi tervise seisukohast – uuringute alusel;
 - tervishoiuteenuse olemus ja otstarve – teenuse lühikirjeldus, näidustus, näidustuse aluseks oleva haiguse või terviseseisundi iseloomustus, uuringutulemused lisaks juurde;
 - osutamisega kaasnevad ohud/kõrvaltoimed – kõrvaltoimete ja tüsistuste iseloomustus ja nende ravi (taotletav vs peamine alternatiiv), osutamise kogemus maailmapraktikas. Lisaks on võimalus esitada patsientide esindusorganisatsioonide arvamus eraldi vormil. Tervisekassa ettepanek on tuua vormile lisaks juurde patsiendi poolt tehtavad kulutused (nt transpordi vms) ja seotud mugavused (nt teenuse osutamise koht jne) taotletava teenuse ja selle alternatiivi puhul.

Diskussioon

Leiti, et sageli on taotlustes puudu nõ inimkeelne selgitus, mis tooks selgelt välja probleemi, mida soovitakse lahendada, ning vastaks küsimusele, kellel ning mis läheb taotletava muudatusega paremaks. Komisjon tegi ettepaneku seda veelgi paremini suunavate küsimustega vormil välja tuua. Toodi välja, et see on ka patsientide vaatest väga oluline, et patsiendid oleks võimelised taotluste osas sisuliselt kaasa rääkima. Hetkel on vormil kajastuv olnud patsientide jaoks pigem keeruliselt mõistetav. Küsimuses „kellel ja mis läheb paremaks“ peaks kajastuma juba ka patsiendi vaade.

Patsientide esindaja palus lisaega hindamaks, kas on vajadus anda täiendavat sisendit vormi muutmiseks patsiendi vaatest – nt inimkeskse tervishoiu, krooniliste haigustega seotuse või enneaegse suremuse vaatest.

Leiti, et detailseid ettepanekuid ei ole mõttekas hakata koosoleku vormis arutama, mistõttu võiksid komisjoni liikmed need esitada Tervisekassale kirjalikult. Otsustati, et diskussioonis väljatoodud ettepanekuid kirjalikult taasesitama ei pea.

Komisjoni arvamus

Otsustati, et komisjoni liikmed saavad oma täiendavad ettepanekud taotluse vormi täiendamiseks kirjalikult Tervisekassale (Tervisekassa annab tähtaja ja suunised), kes viib täiendused vormile sisse ning toob ettepanekutega vormi uuesti komisjoni koosolekule.