

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Eesti Haigekassa, ruum 112

09.10.2019

Algus kell 14.00, lõpp kell 17.45

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

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

Kirjalik arvamused:

Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

Kutsutud: Erki Laidmäe (Eesti Haigekassa)
Kärt Veliste (Eesti Haigekassa)
Külli Friedemann (Eesti Haigekassa)
Made Bambus (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. Ülevaade ravimikomisjoni tööst ja haiglaravimite taotlustest
2. Teiste taotluste/teemade (ravimid, meditsiiniseadmed) osas koostöö arutelu
3. Meditsiiniseadmete loetelu taotlus: Köhimisaparaat CoughAssist E70
4. Statsionaarne hosiitsravi voodipäev
5. Tervishoiuteenus üldhoolduses
6. Muudatused perearstiabis
7. Prioritiseerimine
8. Muud teemad

1. Ülevaade ravimikomisjoni tööst ja haiglaravimite taotlustest

Haiglaravimite komisjoni haigekassa esindaja andis ülevaate haiglaravimite taotlustest ning haiglaravimite komisjoni hinnangutest taotlustele. Haiglaravimite komisjon teeb taotluste prioritiseerimise oktoobri koosolekul. Peamiselt on haiglaravimite taotlusena esitatud onkoloogia ja hematoloogia eriala ravimid ning bioloogilised ravimid.

Komisjonil tõstatus küsimus, millise põhimõttega toimub bioloogiliste ravimite rahastamine. Bioloogilise ravi rahastamisel lähtutakse eelkõige eelarvelistest võimalustest. Igal aastal kogutakse erialaseltisidelt ravi vajavate patsientide prognoos, võetakse arvesse ravimite hindu ning eeltoodu põhjal arvestatakse kuluprognosis. Tervishoiuteenuste loetelus olevate bioloogiliste ravimite kulu reguleeritakse lepingumahtudega, kusjuures lepingus on määratletud ravijuhtude arv ja juhu keskmine maksumus.

Kuna bioloogiliste ravimite hinnad on oluliselt langenud, hakkavad bioloogilise ravi järjekorrad kaduma. Käesoleva aasta suvel tehti üks bioloogiline ravim esmakordselt kättesaadavaks soodusravimite loetelu kaudu. Soodusravimite loetelus olevad ravimid on avatud kohustus ning nende kasutus ei ole piiratud lepingumahtudega.

Tõstatus küsimus, kas ja millisel määral lähtub ravimikomisjon ravimite kulutõhususe hindamisest cost/QALY hinnangust. Ravimikomisjon kasutab kuluefektiivsuse lävendiks 40 000 eurot/QALY kohta juhul, kui tegemist on elulõpu haigusega (nt kaugelearenenud kasvaja). Krooniliste haiguste korral arvestatakse lävendiks 20 000 eurot/QALY kohta. Samas ei ole need piirid fikseeritud ning otsustamisel võetakse arvesse ka teisi asjaolusid (nt harvaesinev haigus, alternatiivide olemasolu). Ka teistes riikides (UK, Tšehhi) on vastavad lävendid seatud tulenevalt rahalistest võimalustest. Lävendid võivad riigiti erineda.

2. TTL ja ravimikomisjoni koostööst ravimite ja meditsiiniseadmete tõenduse hindamisel

TTL komisjonil ja ravimikomisjonil on olnud ja võib ka edaspidi tulla kokkupuutekohti taotluste hindamisel (nt perekondliku hüperkolesteroleemia ravi PCSK9 inhibiitorite ja/või LDL-afereesiga, onkoloogiline sihtmärkravi ja geenimutatsioonide määramine, geeniravi, isotoopravi). Arutlusel oli, kuidas peaks toimuma koostöö taotluste juhtude korral. Kõik osapooled nõustasid, et ravivõimalused muutuvad üha keerulisemaks ning piirid klassikalise ravimi, tehnoloogia/seadme ja teenuse vahel võivad muutuda raskemini määratletavateks. Leiti, et hetkel määratletakse koostöövajadus ja -valdkond juhtumipõhiselt. TTL-i taotluse menetlusperioodi algul hinnatakse koostöö vajalikkust ning vastavalt sellele korraldatakse kahe komisjoni ühised arutelud. Kui tekib vajadus omavaheliseks konsulteerimiseks menetluse kestel, lepivad komisjonide esimehed jooksvalt protsessis kokku.

Haigekassa esindaja selgitas, et meditsiiniseadmete loetelu on oma olemuselt sarnane soodusravimite loeteluga. Loetelus on välja toodud tooted, mida patsiendid kasutavad kodus. Meditsiiniseadmete loetelu muudatuseettepanekute taotlusi esitavad seadmete tootjate kohalikud esindajad. Meditsiiniseadmed ostetakse apteegist või mõne teise partneri käest, kellega sõlmitakse ostumüügileping.

Meditsiiniseadmete loetelu osas ei ole hetkel haigekassale nõuandvat komisjoni. Meditsiiniseadmete loetelu muutmise taotlused puudutavad enamasti alternatiivsete seadmete loetellu lisamist ehk valiku laiendamist tootegrupi raames (nt ühe pakkuja testribad on loetelus olemas ja teine pakkuja soovib oma konkureeriva toote samuti loetellu lisada). Aeg-ajalt esitatakse taotlusi täiesti uutele seadmetele/tootegruppidele (ca 1-2 taotlust aastas), mille osas sooviks haigekassa ekspertkomisjoni hinnangut. Kuna vastavaid taotlusi ei ole palju, ei ole otstarbekas luua meditsiiniseadmete hindamiseks eraldiseisvat komisjoni. Seetõttu tegi haigekassa TTL komisjonile ettepaneku vaadata üle ja anda oma hinnang uute seadmete/tootegruppide taotluste osas. Komisjon andis Haigekassale vastava nõusoleku.

Komisjon pööras tähelepanu kodus kasutatavate seadmete kvaliteedi (sh valideerimise, taatlemise) tagamisele. Tegemist on olulise teemaga ja komisjon võtab selle tulevikus uuesti arutlusele.

3. Meditsiiniseadmete loetelu taotlus: Köhimisaparaat CoughAssist E70

Taotleja: OÜ Hansa Medical

Taotlus, sihtrühm ja näidustus: Köhimisaparaat on abiks patsientidele, kellel hingamislihased on nõrgad, köharefleks ebaefektiivne ja sekreedi väljutamine hingamisteedest raskendatud. Seade on näidustatud neurodegeneratiivne või neuromuskulaarne haiguse, püsiva neuroloogilise kahjustuse või tsüstiline fibroosi korral. Köhimisaparaadi järjepidev kasutamine võib aidata vähendada sekreedi kogunemist ja seeläbi vähendada hingamisteede infektsiooni riski, bronhiitide ja kopsupõletike sagedust ning sellest tulenevaid hospitaliseerimisi. Aparaaadi efektiivsusandmed tuginevad väikesemahulistel lühiajalistel madala tõenduspõhisusega uuringutel. Samas soovitatavad rahvusvahelised ravijuhendid seadme kasutamist hoolimata piiratud tõendusest.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Vaatamata vähesele teaduspõhisusele on antud aparaat kasutusel ebaefektiivse köhaga patsientidel. Ja see on rahvusvahelistes kliinilistes juhistes kui standardravi (Finkel et al 2018; Birnkrat et al 2018), mis oluliselt kergendab patsientide igapäevast toimetulekut. Ebaefektiivse köhaga on: neuromuskulaarsed haiged (müopaatiad, lihasedüstroofiad, spinaalne lihasatroofia), neurodegeneratiivsed patsiendid ning ka mõned raske ajukahjustusega patsiendid. Ilmselt on antud abivahendi vajadus mõistlik otsustada konsiiliumi korras. Kuigi standardravina on see enamasti siiski neuromuskulaarsetel haigetel, ei saa siiski jätta kõrvale ka teisi patsiente, kellel on ebaefektiivne köha. Kliinilises praktikas on kasutatud seda aparaati mujal maailmas ka järgmiste seisundite korral: muude raskete kesknärvisüsteemi haiguste, tsüstilise fibroosi ja kõikidel ülejäänud patsientidel, kellel on ebaefektiivne köha.

Erialaseltside arvamus

Eesti Kopsuarstide Selts ja L. Puusepa Nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts toetavad köhimisaparaadi hüvitamist patsientidele iseseisvaks koduseks kasutamiseks haigekassa poolt väljapakutud rakendustingimustel.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Seadme kulutõhusus tulenevalt vähestest efektiivsusandmetest on ebaselge. Rahastades seadet meditsiiniseadmete loetelu kaudu, tähendaks see 14 patsiendi korral eelarvemõju 74 844 €. Korraldades rahastust tervishoiuteenuste loetelu kaudu kujuneks esimese aasta eelarvemõjukuks 21 462 €.

Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)

Köhimisaparaat CoughAssist E70 põhineb mehaanilisel vahelduva positiivse ja negatiivse rõhu rakendamisel (mechanical insufflation-exsufflation) hingamisteede avatuse tagamiseks, köha stimuleerimiseks ja hingamisteede puhastamiseks.

Uuringud: 1. Auger, et al 2017 süstemaatiline ülevaade (n=325, 4 avatud väikesemahulist RCT, 3 avatud võrdlusuuringut, 5 juhuseeriat erinevatel sihtrühmadel (lapsed, täiskasvanud)) hindas mehaaniliste hingamisteede puhastamise vahendite kasu ja kahju neuromuskulaarsete haigustega patsientidel. Hinnati eeskätt kopsufunktsiooni, kuid ka hospitaliseerimismäära ja kestust, pneumoonia esinemissagedust, elukvaliteeti. Tegemist madala kvaliteediga lühiajaliste uuringutega, kus väikese mahu ja oluliste nihete tõttu ei saanud aparaadi efektiivsust lihasedüstroofia haigetel hinnata. Samas nenditakse, et vaatamata puudulikule tõendusele on kliiniline kasutus laialdane, eeskätt ambulatoorses ravis alternatiivi puudumise tõttu. 2. Morrow, et al 2013 Cochrane süstemaatiline ülevaade (5 RCT, n=105) hinnati hingamisabivahendite efektiivsust ja ohutust neuromuskulaarsete haigustega isikutel. Kõik olid avatud väikesemahulised lühiajalised (<2 päeva) tugeva nihkega uuringud. Hinnati eeskätt PCEFi (peak cough expiratory flow). Suremust, haigestumust, elukvaliteeti ega tüsistusi ei hinnatud. Selgus, et PCEF osas olid seadme efektiivsus ja ohutus võrreldavad teiste köha soodustavate meetoditega. 3. Chatwin 2018 ülevaateartikkel kirjeldab olemasoleval tõendusel (sh SÜ, hall kirjandus)

põhinevat ekspertkonsensust: puudub tõendus, kas aparaat aitab ennetada hingamisteede infektsioone, vähendada antibiootikumide kasutust ja hospitaliseerimisi. Aparaat on valikraviks nõrgematele lihasküstroofiatega (näit bulbaarparalüüsiga lapsed) haigetele. Kokkuvõttes tõendus efektiivsuse ja ohutuse osas nõrk (kopsufunktsioon) ja puudulik (kõik suured tervisenäitajad). 4. Birnkrant et al, 2018 ülevaateartikkel Duchenne'i lihasküstroofiaga haigete tänapäevasest käsitlusest, soovitatakse kasutada assisteeritud ventilatsiooni, sh mehaanilist ambulatoorselt.

Ravijuhised: Kõik leitud juhised soovivad neuromuskulaarsete haiguste korral vaatamata nõrgale tõendusele. 1. Strickland 2013 Ameerika ravijuhis hingamisteede puhastamiseks haiglatingimustes: soovitatakse amüotroofilise lateraalskleroosi korral ja tugevalt soovitatakse Duchenne'i lihasküstroofiaga lastele (mõlemal nõrk tõendus). 2. NICE motoneuroni haiguste ravijuhendis (2016) on olemasolev tõendus hinnatud väga madalaks kõigis võrdlustes, seade ei osutunud efektiivsemaks kui teised hingamise abivahendid/meetodid. Tulemuse põhjal soovitatakse kasutada hospitaliseeritud patsientidel infektsiooni korral (juhul kui teised meetodid ebaefektiivsed).

Ekspertarvamus pigem positiivne, kuid möönab ebapiisavat tõendust.

KTH annab hea ülevaate olemasolevatest uuringutest ja järeldab, et köhimisaparaadi järjepidev kasutamine võib aidata vähendada sekreedi kogunemist ja seeläbi vähendada hingamisteede infektsiooni riski, bronhiitide ja kopsupõletike sagedust ning sellest tulenevaid hospitaliseerimisi, kuid aparaadi efektiivsusandmed tuginevad väikesemahulistel lühiajalistel madala tõendus põhiseuga uuringutel, seejuures rahvusvahelised ravijuhendid soovivad seadme kasutamist. Seadme kulutõhusus tulenevalt vähestest efektiivsusandmetest on ebaselge. Eelarvemõju 22 000 eurot aastas.

Pulmonoloogide Selts toetab ja pakub ekspertkomisjoni koosseisu vähemalt kaheliikmelisena, kuhu kuuluvad neuroloogid, pediatrid või pulmonoloogid. Neuroloogide Selts toetab.

Diskussioon

Haigekassa esindaja selgitas, et köhimisaparaadi osas paluti taotlus esitada seadme tootjal, kuna tol hetkel puudus ülevaade, kas, kuidas ja millise süsteemi kaudu peaks seade rahastatud olema. Taotluse menetluse käigus tõstati küsimus, kas seade peaks olema läbi meditsiiniseadmete loetelu patsiendi poolt välja ostetav (st. 10% omaosalust ehk ca 600€) või võiks olla rahastatud läbi tervishoiuteenuste loetelu sarnaselt teistele loetelus olevatele kodustele teenustele (nt kodune hapnikravi, kodune respiraatorravi, aspiraatori kodukasutus). Taoliste koduste teenuste korral kasutab patsient seadmeid kodus, aga raviprotsess on korraldatud ja jälgitud raviasutuse poolt. Haigekassa leiab, et seade võiks olla rahastatud teenusena läbi TTL-i, mis tagaks seadme kasutamise koordineerimise (patsiendi koolitamine, jälgimine jne) ja optimaalse kasutuse. Lisaks toodi esile erialaselt tagasiside, mille alusel ei vaja patsiendid seda pidevalt ehk otstarbekam on seadme rentimine kui väljaostmine. Teenusena rahastatult oleks teenuse hinna sisse arvestatud lisaks aparatuurile ka vajalikud lisatarvikud. Haigekassa esindaja selgitas, et hetkel on osadel patsientidel köhimisaparaadid olemas. Seni on nende ostmist toetanud erinevad heategevusfondid. Samuti on taotleja väitel köhimisaparaadid kasutusel raviasutustes. Sellest ilmneb, et on olemas meditsiinipersonal, kellel on kompetents aparaadiga ümber käia ning patsiente nõustada ja toetada seadme kasutamisel. Vastavad patsiendid on enamasti eriarsti jälgimisel.

Arutlusel oli, et seadme tõendus põhiseis on nõrk, samas kõik ravijuhendid soovivad alternatiivi puudumisel. Uuringud olid tehtud võrdluses alternatiivsete meetoditega ning tulemused näitasid, et seade ei ole efektiivsem, kuid ka mitte vähemefektiivsem kui alternatiivsed meetodid. Tõstati küsimus, millised on köhimisaparaadi alternatiivid. Komisjon tegi haigekassale ettepaneku täpsustada Eestis kasutatavad alternatiivid ning köhimisaparaadi kasutamise eelised võrreldes nendega.

Lisaks soovitas komisjon küsida taotleja arvamust, kas seade peaks olema rahastatud läbi meditsiiniseadmete loetelu või läbi tervishoiuteenuste loetelu ning kuidas on tagatud seadmete töökindlus (kas seadmeid tuleb teatud aja tagant kalibreerida, korralist hooldust teha). Tõstatus küsimus, et kui kõhmisaparaati hakatakse rahastama teenusena, siis kes vastutab teenuse osutamise eest, kes teenust osutab ning kas raviasutustel on valmisolek tagada teenuse osutamine. Komisjon tegi ettepaneku erialaseltisidelt selles osas üle täpsustada.

Komisjoni arvamus

Komisjon annab lõpliku hinnangu, kui on esitatud vastused tõstatunud küsimustele.

4. Statsionaarne hospiitsravi voodipäev

Selgitused teenuse kohta

Statsionaarne hospiitsravi ei kuulu otseselt eriarstiabi ega ka iseseisva statsionaarse õendusabi alla. Hospitsravi on osa palliatiivsest ravist, olles selle lõpuosa.

Näidustused:

- raskete, ravile halvasti alluvate sümptomitega (valu, tugev iiveldus ja oksendamine, tugev õhupuudus, ulatuslikud ja sügavad kasvajakoe haavandid, terminaalne rahutus) ning totaalne valu (füüsiline, psühholoogiline sotsiaalne ja spirituaalne) all kannatavad patsiendid
- terminaales seisundis väljendunud sümptomaatikaga patsiendid (surm saabub lähinädalatel, lähipäevadel või -tundidel) ja nende lähedased
- elulõppu jõudnud patsiendid, kes vajavad vaevusi leevendava ravi korrigeerimist statsionaaris, et olla suutelised edasi lühemat või pikemat aega kodus toime tulema.

Patsiendi hindamine, saatekirja nõutavad osad:

- PPSv2 (*Palliative Performance Scale* skooring);
- hinnatud hospitsravi vajaduse indikaatorseisundid;
- otsus haigusspetsiifilise ravi lõpetamise kohta (konsiiliumi otsus või ravidokumentides sisalduv märge „parim toetav ravi“).

Valideeritud hindamisvahendid koostatakse riikliku ravijuhendi töörühma poolt hiljemalt november 2019. a.

Üleriigilise kättesaadavuse tagamine: EAPC White Paper alusel on palliatiivse ravi, sh hospitsvoodite vajadus vähemalt 80-100 voodit miljoni elaniku kohta. Haigekassa ettepanek on esialgu luua 40 kohta HVA haiglates.

Hinnakujundus: Hinna arvestamisel on aluseks võetud statsionaarse õendusabi teenuse hinnamudel. Võrreldes statsionaarse õendusabiga on hospitsravi voodipäevas suurem personaliressursi ja materjalide kulu. Referentsasutuste andmetel on praegune hospitsravi keskmine pikkus 16 päeva. Hospitsravi voodipäevad asendaksid osalt statsionaarse õendusabi voodipäevi. Erialaseltis MTÜ Pallium ettepanekul ei peaks olema teenusele rakendatud omaosalust. Esialgne eelarvemõju on ca 130 000 eurot aastas.

Diskussioon

Komisjon nõustub, et tegemist on vajaliku teenusega. Tõstatus küsimus, miks hospitsravi voodipäevad on seotud ainult HVA haiglatega, kas teenuse pakkujad ei võiks olla ka nõuetele vastavad erapakkujad, nt koduõenduse teenuse pakkujad. See võimaldaks teenuse paremat katmist üle Eesti. Samuti tõstatus küsimus, kas esialgne 40 voodikohta on piisav ja kas eelarveliste võimaluste korral võiks olla võimaldatud rohkem voodikohti. Komisjon tegi ettepaneku täpsustada, millised on teenuse osutamise tingimused ja mahud.

Haigekassa esindaja selgitas, et asjaolud, kellelt ja millises mahus teenust ostetakse ja kui pikk on keskmine ravijuht on seotud ravirahastamise lepinguga, mitte niivõrd teenuste loeteluga.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab teenuse lisamist tervishoiuteenuste loetellu. Komisjon soovib saada ülevaadet, kes teenust osutama hakkavad, kui suures mahus teenust pakkuma hakatakse ning mis on keskmine ravijuhi kestus.

5. Tervishoiuteenus üldhoolduses

Selgitused teenuse kohta

Teenuse eesmärk on tagada üldhooldekodude elanikele ühtsetel alustel kvaliteetne tervishoiuteenus (õendusteenus). Oodatav mõju: tagatud on õendusressurss, arstlik komponent on tagatud nimistu liikmele läbi perearsti süsteemi või eriarsti süsteemi, senisest kõrgem rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavusega, väheneb kiirabi väljasõitude arv, võimalik mõju inimeste omaosalusele üldhoolduse teenuse eest tasumisel. Teenuse rakendamisel saab haigekassa sõlmida teenuse osutajaga lepingu, mille alusel on võimalik tagada ja hinnata kvaliteeti ning teenuse kättesaadavust. Teenuse väljaarendamine toimub koostöös Eesti Õdede Liiduga ja Sotsiaalkindlustusametiga. Teenuse kujundamiseks koguti andmed referentsasutustelt ning haigekassa käis kohapeal vaatamas, milline on senine praktika hooldekodudes.

Soov on teenus rakendada 2020. aastal. Teenuse rahastamine toimuks pearahapõhiselt, sarnaselt koolitervishoiule. Hinnakujunduse alusel oleks maksumus 44,07 eurot isiku kohta kuus. Eesmärk on tagada üks täiskohaga õe ametikoht 40 isiku kohta. Planeeritud on teenuse tagamine läbi koduõenduse tegevusloa. Hoolekandeesutusel jääb võimalus valida, kas ta pakub teenust ise, võttes tööle vastava pädevusega personali või ostetakse teenust sisse. Sellest tulenevalt on vajalik sotsiaalhoolekande seaduse muudatus, mis sätestaks tervishoiuteenuse pakkumise hoolekandeesutustele. Sotsiaalministeerium on koostamas vastavat seadusemuudatust.

Eestis on üldhoolduses hetkel ca 8500 isikut, millest tulenevalt oleks maksimaalne eelarvemõju 4,48 miljonit eurot aastas. Hinnanguliselt tagavad teenuse osutamise esimesel aastal maksimaalselt pooled hoolekandeesutused, kes katavad ära ca 50% hooldekodudes elavatest inimestest. Sellest tulenevalt oleks 2020. aasta lisakulu 2,24 miljonit eurot.

Diskussioon

Komisjonil tõstatus küsimus, kas teenusele suunamine toimub arsti saatekirja alusel. Haigekassa esindaja selgitas, et hetkel on töögrupp kaalunud saatekirja rakendamise nõuet, kuid töögrupp ei ole veel lõplikke kriteeriume paika pannud. Samuti tõstatus küsimus pearaha hinnamudeli osas, kas ja millises mahus on arvestatud vajalike materjalide kuludega. Komisjon pööras tähelepanu, et teenuse osutajale tuleks kehtestada nõuded, et tagada kvaliteetse teenuse osutamine. Eelarvemõju arvestamisel tuleks arvesse võtta, et mingi hulk hetkel tehtavaid koduõdede visiite jääb teenuse rakendamisel ära.

Komisjoni hinnangul on tegemist vajaliku teenusega, kuid juhiti tähelepanu, et teenuse osutamisega seotud detailid tuleb eelnevalt läbi mõelda. Haigekassa esindaja selgitas, et teenuse täpsem sisu on töögrupis veel arutelul ning haigekassa annab komisjonile ülevaate, kui asjaolud on täpsustunud. Komisjon tegi ettepaneku rakendada teenus viitajaga (nt 01.07.2020), kuna vastav tööriühm pole veel tööd lõpetanud ja vastava seadusandluse osas valitseb hetkel ebaselgus.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab teenuse loetellu lisamist. Komisjon soovib saada täpsemat ülevaadet teenuse korralduse ja osutamise mahu osas. Komisjon tegi ettepaneku rakendada teenus viitajaga (nt 01.07.2020), kuna vastav tööriühm pole veel tööd lõpetanud ja vastava seadusandluse osas valitseb hetkel ebaselgus.

6. Muudatused perearstiabis

a) Teenuste liikumine perearstiabi fondide vahel

Osad kallimad uuringud, mis on vajalikud e-konsultatsioonide tegemiseks (nt koloskoopia, gastroskoopia, histoloogilised uuringud) on hetkel perearstide uuringufondis, mis on piiratud. Võib tekkida olukord, kus uuringufondi vahendid on enne aasta lõppu ära kasutatud ning vajalikke uuringuid ei ole võimalik teha. Seetõttu peab perearst uuringu tegemiseks saatma patsiendi eriarstile, mis tähendab lisanduvaid eriarstivisiite ja mittevajalikku lisakulu. Seetõttu on tehtud ettepanek liigutada osad kallimad teenused uuringufondist tegevusfondi. Tegevusfondil vahendite piirangut ei ole.

Diskussioon

Arutlusel oli, et tegemist on finantsilise küsimusega, seetõttu jääb otsustamine haigekassale. Komisjon võtab muudatuse teadmiseks.

b) Muudatused perearstide kvaliteedisüsteemis

Määrusesse „Kindlustatult isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ § 8 lisatakse kompleksvaktsiinide koodid. Muudatus on vajalik vähendamaks perearstide administratiivset koormust. Tulenevalt maailmapanga soovitusel eemaldada tulemustasusüsteemist indikaatorid, mis mõõdavad madala levimusega või kõrge jälgimise hõlmatusena haigustega tegelemist muudetakse indikaator „Hüpotüreoos“ aastast 2020 jälgimisindikaatoriks. Sarnaselt jääb jälgimisindikaatoriks ka hüpertooniatõve toimepõhiste retseptide osakaalu indikaator. Mõlemal juhul on juba saavutatud kõrge hõlmatus tase indikaatori tasemel ja vastavate sihtrühmadega tegelemist enam haigekassa poolt ei lisamotiveerita. Jälgimisindikaatoritena lisatakse 3-aastaste ja 12-aastaste laste profülaktiline läbivaatus. Esiolgu soovitakse kontrollida, kuidas see perearsti süsteemis toimib ja hiljem otsustatakse, kas lisatakse kvaliteedisüsteemi või mitte.

c) Digitaalne dermatoskoopia

1. juulist 2019. a. lisati perearstide tegevusfondi digitaalse dermatoskoopia teenus. Küsimusi on tekitanud asjaolu, et rakendustingimus sätestab, et teenusele võib suunata dermatoveneroloog. Täpsustusena lisatakse rakendustingimusse, et teenusele võib suunata ka perearst.

Diskussioon

Komisjon pööras tähelepanu, et ei toetanud kevadel antud teenuse lisamist tegevusfondi ning soovitas muudatuste rakendamisele eelnevalt hinnata selle efektiivsust, ohutust ja kuluefektiivsust ning arvestada seotud erialaseltside arvamusega. Tõstatus küsimus, kas teenusele suunamise õiguse laiendamisel perearstidele võib tekkida ülekasutamise oht. Perearstide esindaja hinnangul ülekasutuse ohtu ei ole.

d) Ravijuhendite järgimine

Koodidega 7601, 7602, 7603 ja 7607 tähistatud teenuste puhul peab perearst lähtuma ravijuhendist „Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis“. Haigekassa on ravi rahastamise lepingus sätestanud, et tervishoiuteenuse osutaja peab lähtuma oma tegevuses Eesti või rahvusvahelistest ravijuhenditest. Rahvusvaheliste ravijuhendite alusel võivad patsiendid kliinilise psühholoogi teenuseid vajada ka teiste diagnooside korral. Seetõttu eemaldatakse meetodika määrusest säte, mis kohustab perearsti tagama psühholoogi teenused ainult ärevushäirega patsientidele.

e) Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt

Selguse mõttes muudetakse teenuste 3111 ja 3112 nimetust, kuna eelmisest aastast lisandus loetellu teine ämmaemanda vastuvõtu teenus. Teenuse 3111 rakendustingimust täiendatakse kahe tegevusega – gestatsioonidiabeedi nõustamine ja perinataalse vaimse tervise nõustamine.

Diskussioon

Komisjon leiab, et tegevuste lisamine ämmaemanda vastuvõtu sisse on põhjendatud. Komisjon pööras tähelepanu, et oluline on vastavate pädevuste olemasolu.

7. Prioritiseerimine

Koostati eelnevalt heakskiidetud teenuste nimekiri TTL-i lisamiseks 1. jaanuarist 2020. a. vastavalt nende eeldatavale tervise- ja majandusmõjule. Nagu varasemalt jagati taotlused kahte rühma:

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

Diskussioon

775 „Endovaskulaarne ultraheli“

Prioriteetsus – IVUS korral A, OCT korral B. Kuna OCT puhul pikaajalise efektiivsuse hinnangud ebapiisavad, siis rahastamine sõltuks eelarve võimalustest.

776 „Fraktsioneeritud voolureserv“

Prioriteetsus – A

855 „Biventrikulaarsete resüinkroniseerivate kardiostimulaatorite ja implanteeritavate kardioverter-defibrillaatorite automaatne telemeetriline järelkontroll“

Prioriteetsus – A

1116 „Robotmagnetnavigatsioon“

Eelneval koosolekul tegi komisjon haigekassale ettepaneku arvutada täiendkulu tõhususe määr. Võttes Singh et al. (2013) eeskujul efusiooni ja tamponaadi mõjuks elukvaliteedile ulatusliku verejooksu hinnangulise mõju (-0,159), kujuneb robotmagnetnavigatsiooni kulutõhususe määraks ICER = 698 786 - 911 509 eurot ühe QALY kohta. Komisjoni hinnangul on lisanduva QALY maksumus liiga kõrge ning ei toeta hetkel teenuse rahuldamist.

1119 „Kateeter-juhitud perkutaanne südame vasema koja kõrvakese sulgemise protseduur“

Komisjon palus siin üle täpsustada kasutuse prognoos. Prioriteetsus – B

1121 „Septaalharu alkoholablatsioon“

Prioriteetsus – B

1376 „Mitraalklapi perkutaanne plastika“

Komisjon toetas teenuse lisamist tingimusel, et ICER ei ületa 40 000 eurot. Baron et al (2019) värskest avaldatud USA tervishoiusüsteemi baasil koostatud kulutõhususe hinnangus teisedati COAPT uuringu 2-aastase jälgimisperioodi tulemused patsiendi oodatavale elueale. Baasstsenaariumina arvestati, et efekt MitraClipi paigaldamisest väheneb lineaarselt pärast kahte aastat kuni võrdsustumiseni optimaalse medikamentoosse raviga viie aasta pärast. Sellega kaasnes oodatava eluea ulatuses 0,81 QALY paranemine, mis KTH-s tehtud arvutuskäiku lisades annaks ICER 26 057 eurot/QALY.

Prioriteetsus – A

1377 „Telemeetriline EKG monitooring“

Komisjon tegi ettepaneku luua telemeetrilisele EKG-le ja Holter monitooringule üks ühine hind vastavalt teenuste osutamise osakaaludele. Komisjon tegi ettepaneku nimetada teenus ümber „EKG 24h monitooring“.

Prioriteetsus – A

1351 „Liikvorirõhu mõõtmine lumbaalpunktsioonil“

Komisjon teeb ettepaneku lisada seadme maksumus teenuse „Lumbaalpunktsioon atraumaatilise nõelaga“ (kood 6261) hinna sisse.

Prioriteetsus – A

1195 „Mitteinvasiivne sünnieelne sõeluuring loote trisoomiate 21, 18 ja 13 suhtes, kasutades loote rakuvaba DNA analüüsimist ema verest“

Komisjon toetas teenuse lisamist juba eelneval aastal. Teenust ei lisatud 1. jaanuar 2019. a. loetellu eelarvelistel põhjustel.

Prioriteetsus – A

1364 „Pea impulsi test video meetodil (in. k video head impulse test)“

Komisjon tegi eelnevalt haigekassale ettepaneku täpsustada erialaseltsiga teenuse hind. Kuna teenuse hind muutus, siis eelarvemõju vähenes.

Prioriteetsus – B

1348 „Diagnostilisel või ravi eesmärgil elundi/õõne punktsioon“

Taotlus koosnes kahest osast – olemasoleva teenuse hinna ülevaatamine ning uue teenuse lisamine, kus elundi/õõne punktsioonil manustatakse ravimit ning ravimi hind on arvestatud teenuse hinna sisse. Haigekassa esindaja selgitas, et olemasoleva teenuse puhul on tegemist kirjeldamata teenusega, mille piirhind on külmutatud teatud tasemele ning hinna muutmiseks on vajalik üle vaadata hinna komponendid. Haigekassa vaatas teenuse hinna üle tulenevalt haigekassa hinnakujunduse meetodika põhimõtetest ja erialaseltsi esitatud andmetest, mille tulemusel teenuse hind langes. Taotluse esitanud Eesti Reumatoloogide Selts ei andnud hinna muutusele kooskõlastust. Haigekassa pööras tähelepanu, et elundi/õõne punktsiooni teenus on erialadeülene teenus, mille muutmise korral on vajalik kooskõlastus teha ka teiste erialaseltsidega. Teemaga seoses on haigekassa otsustanud komplekselt üle vaadata vastuvõtu käigus osutatavad teenused ja nende hinnad ning teha elundi/õõne punktsiooni teenuse osas otsus pärast üldist analüüsi ja hetkel jätta teenus külmutatud piirhinnaga.

Uue teenuse korral, kus elundi/õõne punktsiooni käigus manustatakse ravimit, muutuks manustamise maksumus sarnaselt olemasoleva punktsiooni teenuse hinnaga. Hinnale lisanduks manustatava ravimi hind. Patsient ei pea sel juhul ise ravimit apteegist välja ostma. Eesti Reumatoloogide Selts ei andnud ka antud teenuse hinnale hetkel kooskõlastust.

Komisjon tegi ettepaneku hetkel mitte muuta olemasoleva teenuse hinda ega lisada uut teenust, vaid mõlema teenuse osas teha otsus taoliste teenuste kompleksse ülevaatamise järgselt.

Eelneval korral, kui taotlus komisjonis arutlusel oli, tegi komisjon ettepaneku kaardistada diagnostilised punktsioonid ning ravieesmärgil teostatavad punktsioonid ja hinnata, milliste diagnooside ja ravimite korral kuulub ravim teenuse sisse ja millistel juhtudel ostab patsient ravimi ise apteegist, kuid manustamine toimub ravisutuses meditsiinipersonali poolt. Komisjon soovib näha ülevaadet punktsioonide kaardistusest.

1375 „Kapillaroskoopia uuring“

Komisjon tegi eelnevalt haigekassale ettepaneku täpsustada erialaseltsiga teenuse hind. Kuna teenuse hind muutus, siis eelarvemõju vähenes.

Prioriteetsus – A

1340 „Vedelikul baseeruv günekotsütoloogiline uuring (1 klaas)“

Komisjon tegi eelnevalt ettepaneku lubada teenuse kasutamist sõeluuringu väliselt. Eelarvemõju 297 552 eurot on arvatud vastavalt taotluses toodud prognoosile (asendub ~20% kõikidest hetkel tehtavatest PAP-testidest). Haigekassa vaatas arvutused üle, kuna suurem maht teenuse osutamisi on

seni olnud sõeluuringu väliselt. Potentsiaalselt võib lisakulu olla kokku 1,4 miljonit eurot, millest 1,16 miljonit sõeluuringuväliselt ja 0,24 miljonit sõeluuringu piires.

Haigekassa esindaja selgitas, et emakakaelavähi sõeluuringu töögrupp on kaalunud esmaseks testiks valida LBC. Rahvusvahelise kogemuse alusel on LBC-le üle mindud erinevatel viisidel (nt esmalt konkreetsetes vanusegruppides). Teenuse loetellu lisamisel on vajalik piirata teenuse ülekasutamist oportunistlikel juhtudel. Uue meetodi kasutusele tulek on paratamatus, kuna laborite praktika muutub ning väheneb PAP-testide hindamise võimekus.

Komisjon pööras tähelepanu, et tingimuslik kasutuselevõtt sõeluuringu väliselt muudab haiglasises töökorralduse ebamugavaks, sest kahte meetodit paralleelselt ei ole otstarbekas töös hoida.

Komisjon toetab teenuse lisamist loetellu nii sõeluuringu väliselt kui ka sõeluuringus. Sealjuures teeb komisjon haigekassale ettepaneku lisada teenusele rakendustingimus, mis piiraks teenuse ülekasutamist ning vajadusel kontrollida teenuse osutamise sagedust ja selle põhjendatust raviasutustes. Komisjon tegi ettepaneku kohtuda sõeluuringu töögrupiga, et arutleda, milline meetod võiks olla kasutuses sõeluuringu kontekstis.

Prioriteetsus – A

1342 „Surnud doonori pankrease käitlus (sh eemaldamine); pankrease siirdamine; pankrease siirdamise järgne ravimikomplekt“

Prioriteetsus – A

1368 „Diagnostiline immuniseerimine“

Prioriteetsus – A

1379 „Rinnanäärme eemaldamine, plastika ja/või rekonstruktsioon proteesiga“

Prioriteetsus – A

1380 „Teenuste kood 7034 – kodune respiraatorravi, kood 7046 – ambulatoorne pikaajaline hapnikravi kopsuhaigele, kood 7035 – Aspiraatori kodukasutus“

Prioriteetsus – A

Statsionaarne hospiitsravi voodipäev

Prioriteetsus – A

Tervishoiuteenus üldhoolduses

Prioriteetsus – A

8. Muud teemad

Haigekassa esindaja selgitas, et 1. jaanuarist 2020. a. rakenduva TTL-i määruse eelnõu on haigekassa nõukogus arutlusel 8. novembril ning vastavad materjalid tuleb nõukogule välja saata 1. novembril. Kuna üleval on veel teemasid, mida sooviks komisjonile tutvustada või arutlusele tuua, teeb haigekassa komisjonile ettepaneku teha oktoobri lõpus erakorraline koosolek. Komisjon oli koosoleku toimumisega nõus ning lepiti kokku, et kuupäev selgub hääletuse käigus.

Haigekassa esindaja selgitas, et olude sunnil oli vajalik muuta varasemalt määratud novembri koosoleku aega, algselt 13. november. Uueks koosoleku ajaks on 27. november. Haigekassa saadab komisjoni liikmetele vastavasisulise teavituse.