

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Eesti Haigekassa, ruum 112

08.08.2018

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.45

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)
Kersti Esnar (Eesti Haigekassa)
Kaidi Usin (Terviseamet)
Agris Koppel (Sotsiaalministeerium)

Kirjaliku arvamuse esitas:

Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

Kutsutud: Made Bambus (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. Hinnakujundusmetoodika põhimõtete tutvustus
2. TTL -i järgmiste muutmissetepanekute arutelu:

Taotluse number	Taotluse nimetus
1287	PUVA ravi
1061	Polüsomnograafia
1276	Transkutaanne kapnograafia
1053	Autoloogse rasvkoe siirdamine
1218	Ösofagogastroduodenoskoopia
1219	Koloskoopia
1220	Sõeluuringu koloskoopia
1249	Sarvkesta sildamine riboflaviiniga
1125	Taastusravi interdistsiplinaarne meeskonnatöö
1163	Lümfiteraapia

Taotluse number	Taotluse nimetus
1255	Lümfiteraapia
1104	Toitumisterapeudi nõustamine pärlike haiguste korral eriarsti suunamisel
1278	Toitumisterapeudi nõustamine tsöliaakia või herpetiformse dermatiidi korral eriarsti suunamisel

1. Hinnakujundusmetoodika põhimõtete tutvustus

Eesti Haigekassa strateegilised eesmärgid 2018-2021 arengukavas on:

- Ravikindlustushüvitiste kättesaadavuse tagamine kasutades ravikindlustusvahendeid otstarbekalt;
- Tervishoiusüsteemis pakutavate tervishoiuteenuste kõrge kvaliteedi toetamine;
- Inimeste terviseteadlikkuse kujundamine ja tervisekäitumise suunamine;
- Esmaklassilist ravikindlustust pakkuva organisatsiooni arendamine.

Tervishoiuteenuste hinnakujunduse ülesanne on toetada nende eesmärkide saavutamist.

Haigekassa kasutab tervishoiuteenuste hindade arvutamisel tegevuspõhist kuluarvestust ehk ABC metoodikat (*activity based costing*), millest lähtuvalt on olemas põhjuslik seos tegevuste ja läbiviimiseks vajalike ressursside ning teenuse ja vajalike tegevuste vahel. Seoste kirjeldamisel lähtutakse tegelikust praktikast Eesti raviastutustes, et selgitada välja niinimetatud parim praktika ja optimaalne ressursikasutus. Kuna hinnakujunduse komponendid on pidevas muutumises (uued tehnoloogiad ja teenused ning muudatused tervishoiukorralduses, õigusruumis jne), on ka hinnakujundus pidev protsess. Hinnakujundust reguleerib Sotsiaalministri määrus „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise metoodika“.

Teenused koosnevad põhitegevustest, mis on meditsiinilise iseloomuga, tugitegevustest, mis on toetava iseloomuga, ning materjalidest. Põhitegevused on seotud otseselt tervishoiuteenuste osutamisega patsiendile ja nende läbiviimiseks kasutatakse tervishoiu põhiresse (meditsiinipersonal, meditsiinilised ruumid, seadmed ja inventar). Põhitegevusteks on näiteks uuringu läbiviimine, protseduuri läbiviimine, operatsiooni ettevalmistamine ja läbiviimine, haige põetus voodis. Tugitegevused toetavad põhitegevusi (nt pesupesemine, koristamine, jäätmekäitlus, infotehnoloogiline tugi, juhtimine, raamatupidamine, personaliarvestus). Materjale kasutatakse põhitegevuste osutamiseks (nt steriliseeritavad instrumendid, hooldusvahendid, katmiskomplektid).

Ressursside sidumine kuludega:

- Ressurss võib olla seotud teise ressursiga (nt vastuvõtu ruumi pinnal võib paikneda töökoha mööblikomplekt, sellisel juhul on ruum esmane ressurss ja mööblikomplekt teisene ressurss);
- Esmane ressurss saab olla otse seotud nii tegevusega (nt arsti tööaeg) kui ka teenustega (nt teenuse osutamisel kasutatavad ühekordsed materjalid);
- Tegevused on seotud teenustega;
- Ressurssidele kirjeldatakse kulu kas läbi kulukontode või teiseste ressursside.

Ressursi kogukulu perioodis või soetusmaksumus kirjeldatakse kas läbi teiseste ressursside või kulukontode. Ressursi kasutamise optimaalset mahtu mõõdetakse ajalistes mõõtühikutes (minut) või arvulistes mõõtühikutes (kasutuskordade arv, protseduuride arv, voodipäevade arv, euro). Enamiku ressursside ühe mõõtühiku maksumuse arvutamisel jagatakse ressursi kogukulu perioodis (aastas) ressursi kasutamise optimaalse mahuga (aastas).

Teenuse tegevuspõhise kirjeldamise etapid on:

- Sisendite (so ressursside ja tegevuste) kaardistamine, mille käigus määratakse igale sisendile nimi, kood ja mõõtühik;
- Teenuste, ressursside ja tegevuste põhjuslike seoste kirjeldamine koostöös erialaseltside esindajatega;
- Ressursside ühikumaksumuste leidmine, sh ressursside optimaalse kasutuse määramine.

Tegevused kaardistab põhitegevuste osas erialaühendus, tugitegevuste osas tervishoiuteenuste osutaja. Teenuse standardkulu, mille saab võtta teenuse eest makstava hinna aluseks, arvutab mudel nende sisendite olemasolul automaatselt. Mudelis kirjeldatu korrektsust kontrollitakse ressursside hõivatus hindamise ja kulude pööramise kaudu. Vajadusel kirjeldusi korrigeeritakse.

Hõiveanalüüsil arvutatakse ressursi hõivatus. Kui ressursi hõivatus on $100 \pm 10\%$, siis kajastavad kulumudelis tervishoiuteenuste kirjeldused objektiivselt tervishoiuteenuse osutaja ressursikasutust. Kui ressursi hõivatus ületab lubatud piire, siis kulumudelis kirjeldatud ressursi vajadus ei ole kooskõlas tervishoiuteenuse osutaja tegeliku ressursi kasutamisega või ei ole tervishoiuteenuse osutaja esitatud ressursside andmed täielikud.

Diskussioon

Komisjoni poolt esitati küsimus, kas kulutõhususe hinnangud on koostatud haigekassa poolt koostöös erialaspetsialistidega ja raviastutustega. Haigekassa poolne selgitus on, et esialgsed hinnangud toetuvad ainult taotluses esitatud ja eksperthinnangu andmetele. Mõne taotluse puhul teeb haigekassa ettepaneku neid mitte eraldi käsitleda, vaid vaadata eriala komplekselt, sest vajalik on ressursside kasutuse erialapõhine analüüs. Näiteks kui soovitakse muuta piirhinnas sisalduva tegevuse aega või ressursi maksumust, küsitakse teenuseosutajalt andmed ja vaadatakse eriala tervikuna.

Komisjoni poolt paluti selgitada lähemalt, mida tähendab erialade nüüdisajastamine. See tähendab, et erialaseltsiga koostöös vaadatakse üle kõikide eriala teenuste kirjeldused - kas kasutatavate ressursside loetelu on asjakohane, kasutatavad kogused on õiged, saadakse raviastutustelt ressursside maksumused ning materjalide kuluandmed. Selline hindade ülevaatamine tähendab tavaliselt aastast protsessi.

Komisjon küsis haigekassa selgitust tööjõu maksumuse kujunemisele hinnakirjas. Brutopalka aluseks on tervishoiutöötajate kollektiivkokkuleppes kokkulepitud brutopalgad ja eriarstiabis rakenduvad lisaks koefitsiendid, millest kokku moodustub eriarstiabi piirhindades kasutatav brutopalk, mis kehtestatakse Sotsiaalministri määruses. Kollektiivlepingus lepatakse hetkel kokku miinimum brutotunnitasu. Lisaks rakendatakse valmisolekutasu, mis on erialapõhine. Samuti oli arutlusel algaja ning kogenud arsti tasude diferentseerimine. Komisjoni hinnangul ei ole tööjõu maksumuse kujunemine piisavalt selge. Hinnariskid on üldjuhul maandatud raviastutustele. Probleemi nähakse ka teiste kuluartiklite osas (nt kommunaalkulud, pinnaruutmeetri maksumus). Hinnakujundus on oluline teema ja peab olema läbipaistev.

Arutlusele oli, mis on komisjoni roll hinnakujunduse taotluste korral (st taotletakse vaid teenuse hinna korrigeerimist). Määrusest tulenevalt peaks komisjon andma oma arvamuse kõigile TTL muutmissetepanekutele sh hinnamuutustele, kuid komisjon peaks kokku leppima, kuidas tulevikus taoliste taotlustega toimida. Haigekassa poolne ettepanek on, et komisjon saab informeeritud, millised muudatused on aasta vältel erialadega koostöös tehtud. Lisandub haigekassa põhjendatud ettepanek muudatuste rakendamise osas ning komisjon saab avaldada oma arvamust. Komisjon leiab, et ei saa olla haigekassa hinnaotsuste legitimeerija. Komisjonil ei ole ja ei peagi olema ligipääsu haigekassa eelarvele, seega ei ole piisavalt informatsiooni kinnitamaks või ümber lükkamaks hinnamuudatuse ettepanekuid. Komisjoni roll on taotletavate teenuste/tervisetehnoloogiate tõendus põhise ja kuluefektiivsuse hindamine. Komisjoni liikmed saavad ekspertidena hinnata taotletava teenuse/tervisetehnoloogia vajadust, efektiivsust, ohutust ja kuluefektiivsust. Lisaks saavad nad maksumaksjatena hinnata teenuse rahastamise mõistlikkust, arvestades alternatiivsete valikutega. Samas on oluline, et komisjon on teadlik, millised taotlused on menetluses. Komisjon otsustas, et kui on tegemist vaid hinnamuutuse taotlusega juba loetus olevale teenusele ja kõik teised muutujad jäävad samaks, võetakse taotlus teadmiseks, kuid arvamust ei avaldata ning otsuse tegemine jääb haigekassale, kes omab ülevaadet eelarve vahenditest ning võimalustest. Erandiks on taotlused, kus hinnamuudatusele kaasneb kulutõhususe hinnang. Sellisel juhul annab komisjon oma arvamuse.

2. TTL -i järgmiste muutmissetepanekute arutelu

Taotlus nr 1287 – PUVA ravi

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Naha- ja Suguhaiguste Arstide Selts

Teenuse, sihtrühm ja näidustus: PUVA ehk fotokemoterapiat (psoraleen + UVA) kasutatakse mitmete raskete immuunpõletikuliste nahahaiguste ning naha T-rakulise lümfoomi raviks. Taotluses on peamised näidustused nimetatud krooniline naastpsoriaas, lisaks mycosis fungoides, käte- ja jalgade dermatosiidid: ekseem, palmoplantaarne psoriaas, palmoplantaarne pustuloos, pityriasis rubra pilaris, pityriasis lichenoides, lame lihhen, skleroderma, rõngasgranuloom, vitiliigo, krooniline urtikaaria ja sümptomaatiline dermatograafism, mastotsütoos ja fotodermatosiidid: solaarurtikaaria, mitmekujuline valguslööve ning krooniline aktiiniline dermatiit. Tänapäeval peetakse mõistlikuks, et väiksemates valgusravikeskustes tuleks pakkuda eelkõige nb-UVB ravi, suuremad keskused peaksid võimaldama ka PUVA ravi. Seni kodeeritud päevaravi koodiga (3075), kasutuse laienemise tõttu vajalik iseseisev teenuse kood.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Tõendus piisav, metaanalüüside tulemused efektiivsuse kohta psoriaasi ja vitiliigo ravis olemas. PUVA ja nbUVB (kitsakimbu UVB) mõlemad efektiivsed psoriaasi ja teiste nahapõletike ja kasvajatate ravis, PUVA pisut efektiivsem. Metaanalüüsil psoriaasi korral oluline (75%) haiguse raskuse skoori vähenemine (2013). Süstemaatilise ülevaates lichen planuse ravis võrreldav nbUVBga. Toodud on 5 ravijuhendit. PUVA ravijuhistes (Briti Dermatoloogia Assotsiatsioon, 2015) soovitatakse psoriaasi, ekseemi, naha T-rakulise lümfoomi, vitiliigo, fotodermatosiidide, käte ja jalgade dermatosiidide ravis. Puva soovitatud ka Euroopa vähiuuringute ja ravi organisatsiooni ravijuhistes mycosis fungoidese raviks (2017), Euroopa dermatoloogide foorumi juhistes vitiliigo raviks (2013).

Kogemus Eestis: PUVA on raviviisina kasutusel 1970. aastatest ning Eestis kasutusel 1998. aastast. Seni on PUVA-ravi kodeeritud päevaravikoodiga 3075. 2016. aastal teostati TÜK nahahaiguste kliinikus 1000 protseduuri, 2017. aastal teostati PERH naha- ja suguhaiguste keskuses 160 protseduuri.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla. Ravi toimub eelkõige päevastatsionaaris, kuid võib alustada ka statsionaaris viibivatel patsientidel ja jätkatakse päevastatsionaaris. TÜK nahahaiguste kliinikus ja PERH naha- ja suguhaiguste keskuses on protseduuri teostamiseks kõik vajaminev olemas.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

PUVA on rahvusvaheliselt laialt levinud ravimeetod ning selle kulutõhusust pole hiljuti analüüsitud. Eestis ei ole kulutõhusust varasemalt hinnatud, kuid teenust on osutatud pikka aega. Teenuse lisandumisel tervishoiuteenuste loetellu suureneb olemasolevate ravijuhtude maksumus. Patsientide arv aastas on 100-140. Muudatusest tulenev lisakulu aastas 77 080 – 148 760 eurot. Kulutõhususe hinnangut ei esitatud.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Vajalik.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

PUVA (psoralen + UVA fotokemoterapia) kasutatakse alates 1976. aastast. PUVA eeliseks võrreldes erinevate süsteemse ravi võimalustega on see, et ei teki süsteemset immuunsupressiooni nagu kaasneb bioloogilise ravi ja traditsiooniliste süsteemsete ravimite (metotreksaat, tsüklosporiin ja neotigasoon) tarvitamisega. Tõenduspõhisus on taotluses põhjalikult esitatud, asjakohased ravijuhised toodud. PUVA jaoks ei ole samaväärset valgusravi alternatiivi. Kõige lähedam oma ravitoimelt on kitsalainelise UVB (NB-UVB, 311 nm). Viimane toimib aga ainult epidermisesse. PUVA on efektiivne ja võib olla bioloogilise ravi alternatiiviks nende haigete puhul, kellele bioloogilist ravi majanduslikel või mõnedel muudel põhjustel rakendada ei saa. Ravijuhtude prognoos vastab tegelikkusele.

Diskussioon

Tõenduspõhisuse alusel on tegemist ohutu ja efektiivse protseduuriga. Arutlusel oli, et tegemist on teenusega, millel võiks olla eraldi kood ja hind. Komisjonil tekkis küsimus, kas protseduurile lisandub päevaravi (kood 3075) rahastamise vajadus ning kas teenuste koos kodeerimine on põhjendatud. Tõstatus küsimus, kas lisanduv teenus peaks sisaldama ka UVB ravi. Leiti, et vastavad täpsustused tuleb haigekassal teha koostöös erialaseltsiga. Erialaseltsilt paluti küsida ka täpne hinnaarvestus, et oleks võimalik võrrelda uue teenuse kulusid olemasoleva (päevaravi) teenusega.

Komisjoni arvamus

Vajalik klassikaline ravimeetod ja vajab rahastamist. Vajalikud on eelpool toodud täpsustused.

Taotlus nr 1061 – Polüsomnograafia

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Unemeditsiini Selts (EUS)

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on muuta teenuse – 6342 Polüsomnograafia – kohaldamise tingimusi. Palutakse leevendada teenuse piiranguid. Praegu on teenused rahastatavad kriteeriumite alusel, mis eeldavad lisaks obstruktiivse uneapnoe (OUA) sümptomite esinemisele ka

kaasuvate haigusseisundite, valdavalt südameveresoonkonna väljakujunenud häirete esinemist ja seda ka laste puhul. Antud diagnooside olemasolu soovitakse asendada järgnevate diagnoosidega (või nende kahtlusega): uneapnoe, narkolepsia, katapleksia, hüpersomnia, rahutute jalgade sündroom, parasomniad (somnia, unepaanika, unehäire), insomnia.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Toodud 2 uuringut, millest üks Ameerika Unemeditsiini Akadeemia 2005. a PSG näidustuste ülevaade ja käsitusjuhised, teine retrospektiivne uneapnoe haigete jälgimisuuring perioodiliste uneaegsete jäslemeliigutuste riskifaktorite hindamiseks. Mõlemas publikatsioonis käsitleti PSG indikatsioone.

Kogemus Eestis: Kasutusel. Eestis omavad polüsomnograafia teenuse osutamiseks vastavaid seadmeid ja tingimusi kolm haiglat ja üks haigekassa lepingupartner.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Piirkondlik haigla, keskhaigla, valikupartner. Tegemist on statsionaarse uuringuga. Teenust osutab vastava väljaõppega eriarst, meditsiiniõde, ämmaemand, psühholoog, kliiniline psühholoog, meditsiinitehnik Eesti Unemeditsiini Seltsi tunnustatud spetsialistide nimekirja alusel.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Kulutõhusust ei hinnatud, kuna tegemist on tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva teenusega. Teenuse piirhinda ei muudeta. Vastavalt taotlusele on uuritavate arv aastas täna 1000 ja see suureneks rakendustingimuste muutmisel 4 aasta jooksul 1400-ni (40%). Muudatusest tulenev lisakulu aastas oleks 99 483-116 069 eurot.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Vajalikkus ei ole hinnatav

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Ei esitatud, kuna tegemist on olemasoleva teenusega TTL-s. Samas peab arvestama, et taotleti PSG näidustuste muutmist, mis vajab erialaeksperti hinnangut. Komisjon kasutas eksperthinnanguks TTH raportit Reile R, jt. Polüsomnograafia ja pulssoksümeetrilise uuringu kasutamise näidustused ja kulud Eestis. Tartu: TÜ tervishoiu instituut; 2013. TTH08 raport hindab PSG oluliseks uurimismeetodiks taotletud diagnooside kahtlusele, kuid probleemiks on uuringute arvu järsk suurenemine ja kulu.

Diskussioon

Rahvusvahelised ravijuhendid kinnitavad, et polüsomnograafia on OUA ja ka kõigi teiste unehäirete (mitte ainult hingamishäirete) diagnoosimise valikmeetodiks. Komisjon leiab, et tegemist on vajaliku uuringuga uneapnoe diagnoosimiseks. TTH08 andmetel on PSG kallim ja efektiivsem kui ülejäänud diagnostilised meetodid, täiendkulu tõhususe määr (ICER) PSG kasutamisel võrrelduna mittekasutamisega on vahemikus 9165 – 49 421 dollarit lisandunud QALY kohta.

Komisjon leidis, et kohati on taotlus väga segaselt koostatud. Nt tegemist statsionaarse teenusega, kuid on teenuseosutajaid, kellel ei ole statsionaarse teenuse osutamise tegevusluba. Ettepanekutena toodi välja saatekirja täpsemaks muutmist ning teenuseosutaja konkretiseerimist.

Komisjoni hinnangul on unekaebustega patsientide hulk eeldatavalt suur ja kasvuprognosisid vastuolulised. Täna teostatakse aastas 1200 PSG uuringut 1000 inimesel, kulu 400 000 eurot, tänase rahastamise jätkumisel lisanduks 200-300 inimest aastas. Taotluse rahuldamise korral lisanduks EUS

andmetel 4 aasta jooksul 1400 inimest, lisakulu 116 000 eurot, võimaliku eelarvemõju piiranguks oleks uuringuvõimsus. TTH08 andmetel lisanduks eeldatavalt 5 aasta jooksul kuni 15 000 uut PSG kasutajat, lisanduv kulu 4,7 miljonit.

Lähtuvalt TTH08 raportis välja toodud andmetest ja prognoosidest leiab komisjon, et taotluses esitatud ja eelarvemõju hinnangus kasutatud prognoos võib olla alahinnatud. Vajalik on erapooletu ja kompetentne eelarve mõju hinnang objektiivsete andmete põhjal. Sealjuures tuleks arvesse võtta, kas varajane diagnoosimine vähendaks muid hilisemaid tüsistusi ning milline on mõju teistele teenustele ja meditsiiniseadmete kasutamisele.

Komisjoni arvamus

Tegemist on vajaliku teenusega, kuid esitatud andmete põhjal ei ole taotluse rahuldamine põhjendatud. Haigekassale tehakse ettepanek ajakohastada kulutõhususe ja eelarve mõju hinnangut ehk ajakohastada 2013. aasta prognoos. Taotlejale tehakse ettepanek täpsustada, kes suunab teenusele ning millised on suunamise kriteeriumid.

Taotlus nr 1276 – Transkutaanne kapnograafia

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Kopsuarstide Selts, Eesti Anestesioloogide Selts

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on lisada invasiivse meetodi kõrvale mitteinvasiivne transkutaanne CO₂ osarõhu hindamine eelkõige uneaegse hüpoventilatsiooni, kuid ka ägeda ja kroonilise hingamispuudulikkuse ja assisteeritud ventilatsiooni efektiivsuse hindamiseks. See võimaldab diagnoosida uneaegseid hingamishäireid, jälgida ravi hingamispuudulikkuse erinevate tüüpide korral, jälgida invasiivsel ja mitteinvasiivsel ventilatsioonil oleva patsiendi seisundit püsivalt reaalajas.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Tõendusena toodud 7 kohort- ja RCT uuringut (erinevad diagnoosid), eelkõige võrdlus arteriaalse PaCO₂ga. Selgus, et PaCO₂ ja PtcCO₂ tulemused on võrreldavad ($r=0.6-0.9$). Öisel määramisel võib tundlikkus hüpoventilatsioonile olla suurem kui päeval. Ravijuhendeid oli toodud 1, kus meetod soovituslik. Tõendus suremuse, hospitaliseerimise, elukvaliteedi osas puudub.

Kogemus Eestis: Teenust ei ole varem Eestis osutatud. Põhja-Eesti Regionaalhaigla pulmonoloogia keskusel on uuringuaparaadi testimise kogemus.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Piirkondlik ja keskhaigla. Vastav aparatuur ja teenuse osutamise valmidus olemas SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglal.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Suurbritannias läbi viidud uuringu põhjal on transkutaanne kapnograafia uuring odavam kui arteriaalse vere gaaside analüüs. Eesti oludes on happe-alus tasakaalu analüüs majanduslikult kulutõhusam. Transkutaanse kapnograafia uuringu kasutuselevõtmine ei suurendaks ravijuhtude arvu, kuid võimaldaks täpsema diagnostika kaudu parema ravitulemuse ja ravisoostumuse. Taotluse esitaja hinnangul vähendaks transkutaanse kapnograafia kasutusele võtmine haiglas viibimise aega hinnanguliselt 1-2 voodipäeva ning vähendaks eriarsti vastuvõttude arvu. Teenuse prognoos aastas 110, lisakulu 35 000 eurot.

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

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Toetav. Teenus võimaldab kiiremini ja täpsemalt diagnoosida hüpoventilatsiooni sündroomi erinevate haigusgruppide korral, mis omakorda võimaldab vajadusel täiendada diagnostika tegemist ja vastava ravi alustamist või selle korrigeerimist. Teenust peetakse seni ilmunud uuringutes ja ravijuhendis üldiselt ohutuks, kuna tegemist on mitteinvasiivse meetodiga. Olemasolevate tehtud uuringute tulemused ja järeldused soosivad mitteinvasiivse meetodi kasutamist täiendava diagnostika ja jälgimismeetodina ventilatsioonihäirete korral. Tulemused on olnud aktsepteeritavad võrdluses arteriaalse happe-alus tasakaalu analüüsis määratud CO₂ osarõhkudega. Meetodi ohutuks ja optimaalseks kasutuseks peaks uuringut läbi viima selleks vastava koolituse saanud personal.

Diskussioon

Tõenduspõhisus ja kulutõhususe hinnang toetavad teenuse rakendamist. Tegemist mitteinvasiivse meetodiga, mis on ohutum kui invasiivne alternatiiv. Arvesse tuleks võtta, et intensiivravi patsientidel on arterikanüül ja veregaaside analüüs toimub arteriaalsest verest. Sellistel haigetel ei ole dubleeriv transkutaanne analüüs põhjendatud. Haigekassal palutakse täpsustada, kas intensiivravil on kapnograafia kulud juba voodipäeva sisse arvestatud, sel juhul tuleb välistada eraldi teenuse raviarvele kodeerimine intensiivravil. Oluline on, et teenust kasutatakse iseseisva uuringuna ja mitte PaCO₂ lisauuringuna. Taotluse esitajaga tuleks üle täpsustada diagnoosid ja rakendustingimused.

Komisjoni arvamus

Vajalik rahastada iseseisva uuringuna ja mitte PaCO₂ dubleeriva lisauuringuna. Rakenduskriteeriumid vajavad täpsustamist taotlejaga.

Taotlus nr 1053 – Autoloogse rasvkoe siirdamine

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Plastika- ja Rekonstruktiivkirurgia Selts

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on lisada rasvkoe siirdamine, mis on vajalik elukvaliteedi parandamiseks põletustraumade, muude traumade ning onkoloogiliste operatsioonide ja kiiritusravi järgsete pehmete kudede deformatsioonide ja kontraktuuride korral, rinna rekonstrueerimiseks.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Puuduvad.

Kogemus Eestis: Autoloogse rasvkoe siirdamise operatsioone tehakse hetkel rinnavähi operatsioonide järgselt ning teenuse osutamisel kasutatakse teenusekoodi 1H2113 „Rindade korrigeerimine rinnavähi ravi järgselt“. Rasvkoe siirdamisi tehti 2017. aastal: SA PERH 20, SA TÜK 10, TKK 37.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Plastikakirurgia tegevusluba omav raviasutus: regionaalhaiga, keskaiga, erihaigla.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Taotletava teenusega seotud kulutõhususe hinnanguid ei leitud. Taotletav teenus võib olla nii täiendav meetod juba kasutusel olevatele traditsioonilistele meetoditele kui ka osaliselt alternatiivseid teenuseid asendada. Samas ei ole taotluses ega meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangus välja toodud, milliseid teenuseid ja millises mahus uus teenus täpselt asendab ning millised on taotletava teenuse ja selle alternatiividega seotud tüsistustega kaasnevad kulud, mistõttu ei olnud võimalik seda mõju lisakulu arvutamisel arvesse võtta. Taotluse alusel prognoositakse meditsiinilisel näidustusel tehtavaid operatsioone esialgu ligikaudu 150 aastas. Teenusega kaasnev lisakulu on 148 910 eurot.

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

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Kuigi kirjandust rasvasiirdamise meetodi kohta on palju, võib üldiseks probleemiks lugeda randomiseeritud uuringute vähesust. Tõenduspõhine vaid kaasuva protseduurina põletushaigetel ja rinna rekonstruktsiooni puhul rinnavähi haigetel. Tõenduspõhisus B rinna kontuuri primaarseks taastamiseks, samuti hiliskorreksioonideks. Tõenduspõhisus C ehk nõrgalt tõenduspõhine lisameetodina põletusarmide korrektsioonil. Arvestades, et siirdatud rasv osaliselt resorbeerub ja seetõttu kordusoperatsioonide arv ette teadmata, oleks otstarbekas piirata ühele patsiendile teostatav protseduuride arv (3-4 operatsiooni oleks optimaalne olenevalt näidustusest- suunab ka arsti tegema valiku antud patsiendi jaoks optimaalseima meetodi osas) või kehtestada piirhind. Võimalik väärkasutus esteetilistel eesmärkidel on võimalik. Meditsiiniliste näidustuste täpsemaks lahtikirjutamiseks ning võimaliku väärkasutuse välistamiseks oleks mõeldav Eesti ravijuhise koostamine.

Diskussioon

Komisjon leiab, et tõendus on piiratud ja madala kvaliteediga. Süstemaatilise ülevaate alusel on rahulolu kõrge, tüsistuste oht madal, kuid tõendus on piiratud ja madala kvaliteediga. Puuduvad ravijuhendid ja universaalne tehnika protokoll. Ekspert osaliselt pooldab, kuid tunnistab puudusi. Kuna tegemist on elukvaliteeti parandava teenusega, seetõttu on raske hinnata vajalikkust loetellu lisamisel. Vajadus olemas eeskätt rinna sekundaarseks korrektsiooniks. Kuna väärkasutus esteetilistel eesmärkidel on võimalik, tuleks seada konkreetset piirangud. Ebapiisava tõenduse tõttu puuduvad ka aktsepteeritud ravijuhendid. Rootsi HTA: arenev meetod, tõendus ebapiisav: suremus, esteetiline tulemus sama. Komplikatsioonid 7% opereeritutest. Vajalikud lisauuringud.

Arutleti, kas protseduuri kohta võiks koostada ravijuhendi, kus on välja toodud millal, kuidas ja kellele ning millal kaasuva ja iseseisva protseduurina. Ravijuhis nõuab ka tõenduse ülevaadet, mis hetkel puudulik, kulutõhususe ja eelarvemõju analüüsi. Siinkohal tuleb arvesse võtta, et tegemist on väga väikese erialaseltisiga, kes sisuliselt teeks juhendi iseendale. Pigem võiks taotluses esile tuua konkreetsemad näidustused ja kriteeriumid, mille alusel teenust osutama hakatakse. Kuna teenust Eestis juba osutatakse, peaks see tegevus olema reguleeritud.

Komisjoni arvamus

Taotlus puudulik, puudub enamus nõutud andmeid. Võimalik toetada puuduste kõrvaldamisel. Taotlejale tehakse ettepanek taotlust täiendada ja esitada täiendatud tõenduse andmed, konkreetset näidustused ja rakendamise kriteeriumid.

Taotlus nr 1218 – Ösofagogastroduodenoskoopia

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Gastrointestinaalse Endoskoopia Ühing

Teenus: tegemist tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmise taotlusega.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmise, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse. Vajalik vaadata koosmõjus teiste endoskoopia teenustega. Taotlust menetletakse koos gastroenteroloogia eriala teenuste kompleksse nüüdisajastamisega.

Taotlus nr 1219 – Koloskoopia

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Gastrointestinaalse Endoskoopia Ühing

Teenus: Tegemist tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmise taotlusega.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmise, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse. Vajalik vaadata koosmõjus teiste endoskoopia teenustega. Taotlust menetletakse koos gastroenteroloogia eriala teenuste kompleksse nüüdisajastamisega.

Taotlus nr 1220 – Sõeluuringu koloskoopia

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Gastrointestinaalse Endoskoopia Ühing

Teenus: Tegemist tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmise taotlusega.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmise, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse. Vajalik vaadata koosmõjus teiste endoskoopia teenustega. Taotlust menetletakse koos gastroenteroloogia eriala teenuste kompleksse nüüdisajastamisega.

Taotlus nr 1249 – Sarvkesta sildamine riboflaviiniga

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Oftalmoloogide Selts

Teenus: Tegemist tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmise taotlusega.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Soovitakse teenuse kirjelduses muuta aparadi maksumust vastavalt uuele hankehinnale. Taotlust menetletakse koos oftalmoloogia eriala teenuste kompleksse nüüdisajastamisega.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis taotlused ning haigekassa info, et teenuste hinnad vaadatakse eriala kaasajastamise raames üle, teadmiseks ning haigekassa otsustab hinnakujunduse osas ise.

Taotlus nr 1125 – Taastusravi interdistsiplinaarne meeskonnatöö

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Taastusarstide Selts

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on tagada interdistsiplinaarse taastusravi meeskonna töö koordineeritus, hoides patsiendi individuaalsed vajadused meeskonna tegevuse keskmes; meeskonnatöö käigus toimuv raviperioodi eesmärgistamine aitab muuta statsionaarse taastusravi patsiendikesksemaks, tõstes seeläbi ravimotivatsiooni ning tulemuslikkust. Interdistsiplinaarse meeskonnatöö all peetakse silmas meeskonna kogunemist raviperioodi algul ja lõpus, eesmärkide püstitust ja tulemuste analüüsi. Alternatiiviks multidistsiplinaarne meeskonnatöö, kus selliseid arutelusid ei toimu.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Toodud 6 uuringut, mille teemaks raviperioodi eesmärgistamine. Selgub, et olemasolev tõendus on ebapiisav hindamaks eesmärgipüstituse efektiivsust. Toodud 1 süstemaatiline ülevaade (Levack 2006) rehabilitatsiooni eesmärgipüstituse kohta, millest selgub, et tõendus tulemusnäitajate paranemiseks on ebapiisav ja tulemuste üldistatavus piiratud. Coppack (2011) RCT: ravisoostumus parem, tulemusnäitajad ei erinenud. Cochrane süstemaatilise ülevaate (Levack 2015) selgub, et eesmärgipüstituse efektiivsuse (sotsiaalne osalus, elukvaliteet, tegevused, funktsiooni paranemine, patsiendi osalus) tõendus on väga madala kvaliteediga. Interdistsiplinaarse taastusravi efektiivsust võrreldes multidistsiplinaarsega ei ole teadaolevalt uuritud. Ravijuhistes soovitatakse meeskonnatööd, sh nii multi- kui interdistsiplinaarset TR, oluline ravi varajane algus.

Kogemus Eestis: Taotluse andmetel on interdistsiplinaarne taastusravi meeskonnatöö nelja aasta vältel olnud kasutusel koodidega 8028, 8029 ja järelravikoodiga 2047 statsionaarsel ravil viibivatel patsientidel Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsioonikeskuses. Samuti kasutatakse seda taastusravis ka Põhja-Eesti Taastusravikeskuses.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Inter-distsiplinaarse meeskonnatöö kohta kulutõhususe hinnanguid ei leitud. Muudatusest tulenev lisakulu aastas 238 297 – 264 385 eurot.

Muu oluline informatsioon

Meeskonnatöösse hõlmatud tugipersonali tegevused sisalduvad voodipäeva maksumuses.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Vajalik. Peaks olema töökorralduslik meede. Kaaluda vajadusel olemasolevate teenuste täpsustamist.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Teenuse osutamiseks on näidustus olemas. Eesmärgipüstituse tõenduspõhisus pole väga veenev (tõenduspõhisuse tase B või D). Vaja oleks üldistust, millistele patsientide gruppidele ja millistes

tingimustes (statsionaarne või ambulatoorne taastusravi) on otstarbekam inter-, millistes multidistsiplinaarne meeskond.

Diskussioon

Olemasoleva tõenduse põhjal ei selgu interdistsiplinaarse meeskonnatöö veenev eelis multidistsiplinaarse töö ees taastusravis. Komisjonile jääb ebaselgeks, kas eesmärgipüstituse efektiivsuse hinnangud on otseselt ülekantavad interdistsiplinaarsele taastusravile. Leitakse, et taotluses toodud tõendus on ebapiisav.

Arutlusel oli, kas selliseid meeskonna koosolekuid tuleks eraldi rahastada ja kas selleks peaks olema eraldiseisev teenuse kood. Haigekassa poolt selgitati, et sellisel juhul tuleks kõigi voodipäevade ning tööjõukulu arvestamise põhimõtted üle vaadata, kuna hetkel on personali aeg voodipäeva maksumusse sisse arvestatud ning konsultatsiooni aeg on arvestatud tööjõu optimaalse aja arvestuse alustesse. Komisjon eeldab, et juba täna arutab enamus statsionaarse taastusravi pakkujaid iga haige eesmärgid ja ravitulemused meeskonnas korduvalt läbi. Seetõttu leiti, et statsionaaris on tegemist tavapärase töökorraldusega ja uue teenuse sisseviimine ei ole põhjendatud.

Ambulatoorses taastusravis võib meeskonna arutelude korraldamine olla keerulisem. Eeldame, et on ka teisi erialasid, kus tugispetsialistide roll ja regulaarse meeskonnatöö läbiviimine on oluline. Seetõttu võiks sellise teenuse rakendamine olla erialadeülene.

Taotluse esitajal palutakse täpsustada, kas soovitakse teenuse rahastamist statsionaarses ja/või ambulatoorses taastusravis, millised on kriteeriumid ja piirangud teenuse osutamisel.

Komisjoni arvamus

Pooldatakse teenuse rakendamist ambulatoorses eriarstiabis. Teenus vajab täpsustamist rakendustingimuste osas.

Taotlus nr 1163 – Lümfiteraapia

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Lümfiteraapia Liit, Eesti Taastusrstide Selts, Põhja-Eesti Vähihaigete Ühendus

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on teenuse (kood 7058) kohaldamise tingimuste muutmine. Hetkel näevad rakendustingimused ette, et piirhinda rakendatakse, kui teenust osutab lümfiterapeut või lümfiterapeudi täiendkoolituse läbinud meditsiiniharidusega massöör. Muutmisettepanek on, et teenust osutab kutsetunnistusega lümfiterapeut.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Kulutõhusust ei hinnatud, kuna tegemist on TTL olemasoleva teenusega.

Muu oluline informatsioon

SA Kutsekoda andmetel on 2018. a juuni seisuga antud kutse lümfiterapeut (tase 6) seitsmeteistkümmele spetsialistile.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Vajalikkus kaheldav. Kättesaadavus väheneb, kui muuta rakendustingimusi taotlusele vastavalt.

Diskussioon

Arutlusel oli meditsiinilise baashariduse olulisus meditsiinivaldkonnas töötavatel terapeutidel. Komisjon ei toeta meditsiinitöötajate tegevuse piiramist teenuse osutamisel. Probleemina nähakse ka teenuse kättesaadavuse halvenemist.

Komisjoni arvamus

Taotluse rahuldamine ei ole õigustatud.

Taotlus nr 1255 – Lümfiteraapia

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Taastusarstide Selts, Eesti Lümfiteraapia Liit

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmine. Soovitakse muuta piirhinnas oleva ühekordsete materjalide (sidumiskomplekt) hinda.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Sidumismaterjalide komplekti maksumuse muutmiseks küsiti taotluse esitajatelt lisaandmeid, et teostada materjalikulu hõiveanalüüs ehk kontrollida, kas kirjeldatud sidumismaterjalide kulu vastab kasutusele. Hõiveanalüüsi lubatud kõikumine on 90-110%. Hõiveanalüüsi tulemuseks on 183%, mis näitab, et piirhinna muutmine ei ole põhjendatud. Analüüsi kaasati kolm raviastutust, kes osutasid enim 2017. aastal teenust.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis taotluse teadmiseks ning haigekassa otsustab hinnakujunduse osas ise.

Taotlus nr 1104 – Toitumisterapeudi nõustamine pärilike haiguste korral eriarsti suunamisel

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Meditsiinigeneetika Selts

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Teenuse osutamise näidustuseks on pärilike haiguste korral raviks rakendatava eridieedi määramine ja selle korrektse läbiviimise jälgimine.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Toitumisteraapial on oluline osa pärilike ainevahetushaiguste ravis, rea haiguste korral puudub alternatiiv. Olemasolev tõendus dietoloogi nõustamise efektiivsuse hindamiseks võrreldes teiste spetsialistidega on piiratud ja põhineb eelkõige küsitlusuuringute andmetel. Kuna rea haiguste korral (fenüülketonuuria (FKU), galaktoseemia (GAL)) puudub dieetravile alternatiiv, on toitumisterapeudil oluline roll multidistsiplinaarses tiimis. Samas selgub, et dietoloogide (dietitian) ettevalmistus ei ole maailmas standardiseeritud ja dieedisoovitused varieeruvad. Seetõttu on soovitatav välja töötada dieetravi juhend ravitavatele ainevahetushaigustele või kasutada aktsepteeritud juhendit. Euroopa FKU Assotsiatsioon (The European Society of Phenylketonuria and Allied Disorders) on publitseerinud minimaalsed standardnõuded FKU raviks, mis määratleb, et FKU patsientide ravimeeskonda peaks kindlasti kuuluma dietoloog või toitumisterapeut. FKU vastav juhend on Euroopas väljatöötamisel. GAL juhend on kasutusel USA-s, Euroopas hetkel väljatöötamisel. Eestis on kasutusel FKU ravijuhis, lisaks on käsitletud GAL ravi kaugtulemuste seost dieediga.

Kogemus Eestis: Käesoleval hetkel puudub haigekassa tervishoiuteenuste loetelus kood dietoloogi või toitumisterapeudi teenuse osutamiseks. SA TÜK geneetikakeskuses on senini nõustanud dieetravi osas arst (meditsiinigeneetik või pediaater) kasutades antud teenuse osutamiseks eriarsti esmase või korduva vastuvõtu koode. Eestis on käesolevalt ainult 2-3 kõrgharidusega toitumisterapeuti, kes on omandanud antud eriala välismaal.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Rakendatav piirkondlikus haiglas. Rakendustingimuseks on kliinilise toitumisterapeudi kutsestandardi olemasolu. Käesoleval hetkel on väljaõppinud toitumisspetsialist SA TÜK geneetikakeskuse meeskonnas olemas.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Ei saa hinnata, kuna puuduvad vastavad kliinilised uuringud ja seetõttu tulemusnäitajate numbrilised väärtused. Patsientide arv ca 150, muudatusest tulenev lisakulu aastas 26 492 – 34 440 eurot. Taotluse alusel on mõistlik teenusele lisada rakendustingimused:

- a) Lisada näidustused, millisel juhul ravikindlustuse vahenditest tasutakse;
- b) Lisada selgitus, kelle suunamisel tasutakse (meditsiinigeneetik, pediaater);
- c) Lisada, kes võib teenust osutada – kutse omandanud toitumisterapeut;
- d) Kaaluda teenuse osutajate piirangu lisamist – Tartu Ülikooli Kliinikum.

Muu oluline informatsioon

Juuni 2018 seisuga on SA Kutsekoja andmetel Eestis 10 toitumisnõustajat (tase 5), 2 toitumisterapeuti (tase 6) ja 2 kliinilist toitumisterapeuti (tase 6). Vastavalt kutsekirjeldusele saab antud teenust osutada kliiniline toitumisterapeut, tase 6. Toitumisterapeut ei ole tervishoiutöötaja.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Teenus on vajalik. Teenuse lisamise eelduseks on, et teenust osutab toitumisterapeudi kutsestandardiga spetsialist. Toitumisnõustaja kutse ei ole antud teenuse osutamiseks piisav.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Uuringute põhjal tõenduspõhisuse tase D. Enamik Eestis toitumisterapeudi nimetust kandvaid inimesi on saanud mitteakrediteeritud õpet. Rahvusvaheliselt eristatakse termineid dietoloog (vastava kõrgharidusega spetsialist, kelle pädevuseks on nõustada ka erinevate terviseprobleemidega inimesi ja kes on registreeritud vastavas registris, nt registered dietitian USAs või Ühendkuningriigis) ja nutritionist, kelleks võib ennast soovi korral nimetada igaüks. Eesti tervishoiutöötajate registris puudub dietoloogi või toitumisterapeudi eriala ning Eestis on praegu äärmiselt vähe akrediteeritud kõrgkoolides õppinud toitumisterapeudi/dietoloogi haridusega inimesi. Eestis on aga inimesi, kes ise nimetavad ennast toitumisterapeutideks, kuid kes pole saanud tõenduspõhist koolitust akrediteeritud õppeasutustes ning kellel puudub pädevus pärilike ainevahetushaigustega patsientide nõustamiseks ja dieetravi korraldamiseks ning kelle ka teiste haigusseisundite korral antud soovitude tõenduspõhisus on puudulik. Rakendamine on vajalik järgnevate kriteeriumite alusel: teenuse osutamine toimub ainult vastava eriarsti (meditsiinigeneetik või ainevahetushaigustele spetsialiseerunud pediaater) suunamisel kindlate diagnoosikoodide korral pädeva teenusepakkuja poolt (on omandanud toitumisterapeudi/dietoloogi eriala akrediteeritud kõrgkoolis).

Taotlus nr 1278 – Toitumisterapeudi nõustamine tsöliaakia või herpetiformse dermatiidi korral eriarsti suunamisel

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Kliinilise Toitmise Selts, Eesti Tsöliaakia Selts

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotletakse toitumisterapeudi nõustamise teenust tsöliaakia ja herptiformse dermatiidi haigetele. Alternatiiviks arsti nõustamine (täna kasutuses). Hetkel ei ole teenus Eestis HK poolt tasustatav.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Efektiivsuse tõenduseks toodud 1 süstemaatiline ülevaade, kus hinnati dieetravi soostumust mõjutavate tegurite olulisust kaugtulemustele. Selgus, et soostumust mõjutavad sotsiaalsed, kognitiivsed ja emotsionaalsed tegurid, regulaarne dieedi jälgimine ja kogemusnõustamine. Komisjon leidis NICE juhtnöörid tsöliaakia diagnoosimiseks, uurimiseks ja käsitluseks (Downey 2015), kus soovitatakse esmase tsöliaakia diagnoosiga patsiendi täielikku toitumisenõustamist väljaõppinud tervishoiutöötaja poolt (kvalifikatsiooni ei täpsustatud). Patsiendid, kellel esinevad sümptomid vaatamata tervishoiutöötaja nõustamisele ja gluteenivabale dieedile, tuleks suunata dietoloogi (dietitian) konsultatsioonile. Patsientidele soovitatakse anda infot kogemusnõustamisrühmade ja dietoloogide teenuste kohta. Soome tsöliaakia ravijuhenditest võib lugeda toitumisterapeudi konsultatsiooni vajalikkust. Euroopa Lastegastroenteroloogide, Hepatoloogide ja Dietoloogide Ühingu ravijuhistes on käsitletud teenuse vajalikkust, kuid ei ole täpsustatud nõustaja kvalifikatsiooni. Seega toitumisterapeudi teenus on vajalik, kuid rakendus võib erineda (arst, TT). Refraktaarse/ebapiisava ravivastusega haigetel on vajalik professionaalse dietoloogi konsultatsiooni „peidetud“ gluteeni allikate kohta menüüs.

Kogemus Eestis: Erasektori tasuline nõustamine.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Kutsestandard eksisteerib, vajalik kliinilise toitumisterapeudi pädevus.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Tampere Ülikooli poolt 2012.a. läbiviidud uuringu põhjal kasutasid ravimata tsöliaakiaga isikud esmatasandi tervishoiuteenuseid sagedamini kui üldpopulatsioon. Gluteenivaba dieedi korral vähenes arstiabi külastus keskmiselt 3,6 külastusest 2,3 külastusele. Vähenes järgnevate ravimite tarbimine: düspepsia (3,7 tabletilt 2,4 tabletile/kuus), valuvaigistid (6,8 tabletilt 5,5-le), antibiootikumid (0,6-lt 0,5-le). Muutusi hospitaliseerimises, eriarsti visiitides ja muudes meditsiiniteenistustes ei esinenud. Mayo Clinic poolt 2010.a. läbiviidud uuringu põhjal vähenes keskmine kulu 1,54 korda (enne diagnoosi \$5023, pärast diagnoosi \$3259). Muudatusest tulenev lisakulu aastas 1 605 – 2 006 eurot.

Muu oluline informatsioon

Juuni 2018 seisuga on SA Kutsekoja andmetel Eestis 10 toitumisenõustajat (tase 5), 2 toitumisterapeuti (tase 6) ja 2 kliinilist toitumisterapeuti (tase 6).

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Teenus on vajalik. Vajalik toitumisenõustajate kontrollitud kaasamine tervishoius (nt kutsestandardi alusel).

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Antud taotluses esitatud teenuse, toitumisterapeudi poolt nõustamine, on näidustatud eriarsti suunamisel (saatekirjaga) eelnevalt teaduspõhiselt-korrektelt diagnoositud tsöliaakia ehk gluteenenteropaatia (RHK-10 diagnoosikoodiga K90.0) ja/või herpetiformse dermatiidi (RHK-10

diagnoosikoodiga L13.0) diagnoosiga igas vanuses haigetele. Teenus on prognoositavalt tulemuslik, tagades haige (ja lisaks ka pereliikmete) põhjalikuma teadlikkuse ravist ja seega arvatava vastustundlikuma ravisoostumuse tagamaks haige täieliku paranemise ning hoidmaks ära haiguse tüsistusi. Rahvusvahelistes ravijuhendites on teenus käsitletud tsöliaakia ja/või herpetiformse dermatiidi ravi oluliseima ravimeetodina, kusjuures antud teenust vajavad nimetatud diagnoosidega haiged oma elu jooksul korduvalt, sest tegemist on eluaegse range toiduvalikuga. Antud tervishoiuteenust võib/saab osutada ainult toitumisterapeudi kutsestandardit omav toitumisterapeut, et saaks tagatud teenuse pädev-põhjalik-korrektne ja riskideta kasutus.

Diskussioon

Mõlemad taotlused olid arutlusel koos. On selge, et toitumisalane nõustamine on vajalik. Hetkel nõustatakse patsienti arsti või õe vastuvõtul. Komisjon leiab, et kliiniline baasharidus on patsiendi nõustamisel vältimatu, seetõttu peaks ka edaspidi patsienti toitumisasalast nõustama meditsiinitöötaja (vastavalt kutsestandardile on kliiniline toitumisterapeut kliinilise toitumisteraapia- ja tervishoiualase (õde, ämmaemand, arst) kõrgharidusega spetsialist või kliinilise toitumismeditsiinalase kõrgharidusega spetsialist).

Arutlusel oli, et toitumisenõustamine ei peaks tingimata olema eraldi teenus, vaid võiks luua pigem erialaülese nõustamise teenuse. Lisaks arvati, et lihtsuse mõttes saab ka edaspidi kasutada olemasolevaid teenuseid (nt õe vastuvõtt, milles sisaldub patsientide nõustamistegevus). Komisjon leiab, et tervishoiuteenuste loetelus ei tasu minna spetsiifiliseks erinevate haiguste või tegevuste osas, vaid pigem järgida „üksikult üldisele“ põhimõtet ja kasutada võimalusel olemasolevaid teenuseid, mida vajadusel täiendada rakendustingimuste osas. Näiteks teenust „õe iseseisev vastuvõtt“ võib raviarvele märkida vajadusel rohkem kui 1 kord, kui teenust osutab eriõde ning loetleda tegevused, mille raames on võimalik kasutuskordade suurem märkimine. Infona toodi välja, et Eesti Õdede Liidul on väljatöötamisel eriõde pädevused. Ka antud teenuse puhul võiks eriõde pädevuse rakendumisel kasutada eriõde vastuvõttu. Teemaga seoses tõstatas küsimus haigekassa poolt teostatud õdede vastuvõttude kaardistuse kohta erialade lõikes, mille osas haigekassa lubas ülevaate anda järgmiseks koosolekuks.

Arutlusel oli teenuse osutamise ajakulu. Komisjon leiab, et taotluses esitatud ajakulu on üle hinnatud.

Komisjoni arvamus

Taotluste rahuldamine ei ole vajalik. Meditsiinilise baashariduseta toitumisterapeutide (ja kõigi teiste meditsiinilise baashariduseta nõustamisteenust pakkuvate spetsialistide) töö tasustamiseks ei ole vajalik eraldiseisva (erialaülese) nõustamisteenuse loomine TTLs. Meditsiinilise baasharidusega toitumisterapeutide töö tasustamiseks on soovitatav kasutada olemasolevaid teenuseid (näit õe vastuvõtt) ning täiendada neid rakendustingimuste osas. Eriõde staatuse rakendumisel õigusaktides ja kollektiivlepingus võib saada kõigi õenduse meditsiinilise baasharidusega spetsialistide (näit kliiniline toitumisterapeut tsöliaakia või ainevahetushaiguste alal) töö tasustamise aluseks eriõde teenus, kui selle kohta on esitatud teenuse taotlus ja teenus on lisatud TTLi.