

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

19.09.2023

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)
Heli Paluste (Sotsiaalministeerium)
Tiina Sats (Tervisekassa)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)
Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)

Kirjalik arvamus: Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)

Puudusid: Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)
Timo Täht (Terviseamet)
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)

Kutsutud: Leena Kalle (Sotsiaalministeerium)
Silja Vanaisak (Tervisekassa)

Protokollija: Kadri Popilenkov (Tervisekassa)

Päevakord:

1. Taotluste arutelu

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1531	MRT põhine intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine
1532	Intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine ja protseduur - pärasoole pahaloomuline kasvaja
1533	Intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine ja protseduur - hingetorst, bronhist või kopsust lähtunud pahaloomuline kasvaja
1544	Intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine ja protseduur - söögitoru pahaloomuline kasvaja
1536	Dialektiline käitumisteraapia 1 nädal

2. Psühhiaatria erialal töötavate õdede rakendustingimuse muudatus
3. TTKS-i uute raviliikide lisandumine

1. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1531 – MRT põhine intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 25.01.2023.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Onkoloogide Selts

Taotluse sisu: Taotluse raames taotletakse uue teenuse – MRT põhine intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine – lisamist tervishoiuteenuste loetellu. MRT põhist väliskiiritusravi planeerimist on alustatud maailmas alates 2012. aastast ning sellel on tõestatud eelis mitmete paikmete kiiritusravi planeerimisel. Tänapäevane praktika on kasutada MRT uuringuid lisaks KT põhisele väliskiiritusravi planeerimisele ja see sisaldub mitmetes ravijuhistes, sh eesnäärme kasvaja kiiritusravi planeerimise juhises. MRT põhine intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi (IMRT) planeerimine on eelistatud võrreldes KT põhise IMRT planeerimisega, sest MRT kujutis tagab võrreldes KT kujutisega parema pehme koe kontrasti – kiiritusravi sihtmaht ja normaalsed koed on paremini tuvastatavad. See võimaldab tõsta ravidoosi kasvajas ja saavutada parema kontrolli kasvaja üle. Samuti on tõestatud, et MRT kasutamine sihtmahu ja normaalsete kudede määratlemisel vähendab kiiritatavat sihtmahtu tänu millele vähenevad kiiritusravi kõrvaltoimed ja tüsistused, sest normaalsed koed saavad väiksema kiirgusdoosi. Ainult MRT põhine (nn MRI *only*) IMRT planeerimine on eelistatud võrreldes KT+MRT (tänapäevane praktika) põhise IMRT planeerimisega, sest:

- Geomeetiline täpsus paraneb veelgi - 2 kujutise (KT+MRT) kokku klapitamine vähendab geomeetrilist täpsust (uuringud tehtud järjestikku, kuid siiski erinevatel aegadel ja patsient on erinevas asendis, patsient liigub ühest ruumist teise). Kasutades ainult MRT kujutist on kahe kujutise kokku klapitamise samm välistatud.
- Patsiendi teekond kiiritusravi planeerimisel paraneb – patsient peab kahe uuringu asemel (KT ja MRT) käima ainult ühel uuringul (MRT).
- Uus meetod on kuluefektiivsem – vabaneb KT seadme ressurs, tehakse ainult MRT uuring ja kiiritusravi planeerimine toimub selle põhjal. Hetkel tehakse kaks uuringut.
- Väheneb patsiendi kiirgusdoos – KT uuringul kasutatakse ioniseerivat kiirgust, MRT uuringul mitte.
- Võimalus liituda MRT põhist planeerimist kasutavate rahvusvaheliste teadusuuringutega.

Taotluse andmetel ollakse alustanud ainult MRT põhist väliskiiritusravi planeerimist eesnäärme pahaloomuliste kasvajate (C61) puhul, kuid põhimõtteliselt parandab selline meetod ka kasvaja määratlemist peaaju, pea- ja kaela piirkonna, kõhu- ja vaagnapiirkonnas laiemalt. Taotletav kood oleks sarnane KT põhise IMRT kiiritusravi planeerimise koodiga 740103 ja seal asendatakse KT seade MRT seadme, sünteetiliste kujutiste genereerimise tarkvara ja spetsiaalsete patsiendi immobiliseerimisvahendite vastu. Uue teenuse puhul puuduks vajadus KT uuringu tegemiseks ja kogu planeerimist saaks teha MRT uuringu põhjal. Doosiarvestuseks genereeritakse MRT spetsiaalsest sekventsist sünteetiline KT kujutis ja on tõestatud, et see on vastuvõetav meetod kiiritusravi planeerimiseks. Ainult MRT põhine kiiritusravi planeerimise töövoog on kasutusel mitmetes kaasaegsetes keskustes ja on tõestatud selle teostatavus.

Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Ekspert toob välja, et uus teenus oleks rakendatav ainult eesnäärme kasvajate tervistava ravi (kuratiivne ja adjuvantne kiiritusravi) eesmärgil. Uus teenus asendatakse neil patsientidel praegust teenust (740103 – intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine). Tänapäevane praktika on, et kiiritusravi planeerimiseks teostatakse KT-uuring ning sõltuvalt kasvajapaikmest lisaks MRT-uuring. Eesnäärme

vähi puhul on standardpraktika KT- ja MRT-uuring. Kuid nüüd on võimalik kasutada spetsiaalset tarkvara ning selle abil genereerida MRT-uuringu pealt sünteetiline KT-uuring.

Ainult MRT-põhist planeerimist on alustatud maailmas alates 2012. aastast ning see on kasutusel mitmetes keskustes. Eelised võrreldes praeguse KT+MRT planeerimisega: geomeetrilise täpsuse paranemine, patsiendi teekond kiiritusravi planeerimisel paraneb, kuluefektiivsus, patsientide kiirgusdoos ning kiiritusravi keskusel võimalus liituda rahvusvaheliste teadusuuringutega.

Kuna taotletav meetod on olnud arendamisel ja kasutusel ~ 10 aastat, ei ole selle kohta veel tugevat tõenduspõhisust ning see ei ole kirjeldatud rahvusvahelistes tunnustatud ravijuhendites. Kuid kindlasti on tegu meetodiga, mis on pidevas arengus ning järgnevatel aastatel lisandub pidevalt tõenduspõhisust.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)

Teaduskirjanduse alusel on leitud, et teenuse rakendamine võib olla kulusid säästev, kuid kulutõhususe arvutamine Eesti oludes ei olnud võimalik.

Taotletava teenuse hinnaarvestus on sarnane KT põhise IMRT kiiritusravi planeerimise koodiga 740103 ja seal asendatakse KT seade MRT seadmega, sünteetiliste kujutiste genereerimise tarkvara ja spetsiaalsete patsiendi immobiliseerimisvahendite vastu. Uue teenuse puhul puuduks vajadus KT uuringu tegemiseks ja kogu planeerimist saaks teha MRT uuringu põhjal. Esitatud kuluarvestuse andmete alusel kujuneb **teenuse hinnaks 1640,08 eurot**.

Esimestel aastatel on ravi vajavate patsientide arvu prognoos 200-350, mis teeb aastaseks ravikindlustuse kuluks 328 016-574 028 eurot. Alternatiivse ravimeetodina käsitletakse intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimist (740103) kasutatuna koos ühe mähisega keskmise väljaga diagnostilise MRT uuringuga (79202). Alternatiivse ravimeetodi kulu ühe patsiendi kohta on 1644,58 eurot. Uue raviteenuse lisamisel tervishoiuteenuste loetellu ei kasutata enam alternatiivset ravimeetodit, mis toob kaasa **ravikindlustuse kulude kokkuhoiu 900-1575 eurot**.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli esmakordselt arutelul 2023. aasta jaanuaris. Taotleja väitel on MRT põhine intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi (IMRT) planeerimine eelistatud võrreldes KT põhise IMRT planeerimisega, sest MRT kujutis tagab parema pehme koe kontrasti – kiiritusravi sihtmahu ja normaalsed koed on paremini tuvastatavad. See võimaldab tõsta ravidooosi kasvajas ja saavutada parema kontrolli kasvaja üle. Samuti on tõestatud, et MRT kasutamine sihtmahu ja normaalsete kudede määratlemisel vähendab kiiritatavat sihtmahu, tänu millele vähenevad kiiritusravi kõrvaltoimed ja tüsistused, sest normaalsed koed saavad väiksema kiirgusdoosi. Leiti, et tegemist on uue paljulubava meetodiga kiiritusravi planeerimiseks, mille tõendus seni suhteliselt piiratud, kuid väikese valimiga retrospektiivseid uuringuid on suhteliselt palju ja lisandunud on RCT. Tõdeti, et kasutusse jäävad tulevikus tõenäoliselt nii kompuuter-, magnet- kui PET-uuring, kuid magnetuuringu rahastamise aruteludega tuleks edasi minna. Toodi välja, et pehmekoe kasvajate puhul on hetkel tavapraktika, et esmalt tehakse kompuuteruuring, selle järel magnetuuring ning kaks pilti püütakse ühildada, et kiirgusväljasid planeerida. Isegi kui kulu mõttes on see taotletava teenusega sarnane, siis patsiendi vaatest on kahel eri uuringul käimine oluliselt ebamugavam ja seotud kaudsete kuludega (kulutõhususe hinnang seda tõenäoliselt ei arvesta). Patsientide vaatest on oluline ka tervete kudede kiirguskoormuse vähenemine. Teenuse kasutus suureneb kiiresti. Leiti, et taotluse menetlusega tuleks edasi minna.

Taotleja on vastanud ka Tervisekassa küsimustele teenuse tehnilise läbiviimise ja indikatsioonide kohta, sh kellele teostatakse KT ja kellele MRT põhine planeerimine. MRT põhine kiiritusravi planeerimine on kasutusel nendele patsientidele, kelle ravi eesmärk on tervistav ehk kuratiivne või tegemist on kriitiliste piirkondadega (näiteks peaaju). Antud taotlus on tehtud eesnäärmevähi raviks.

KTH: Teenuse hinnaks oleks 1640 eurot. Kulutõhususe hindamisel teaduskirjanduse alusel leiti, et eesnäärmevähi ravis võib protseduur võrreldes MRTga olla kulutõhus ja isegi kulusid säästev, kuid Eesti andmetel ei olnud võimalik hindamist läbi viia. Patsientide arvuks oleks 200-400 aastas ja MRT asendumisel IMRTga oleks tulemus kuluneutraalne või isegi kulusäästev.

Kokkuvõttes uus paljulubav meetod kiiritusravi planeerimiseks, mille tõendus on seni suhteliselt piiratud, kuid väikese valimiga retrospektiivseid uuringuid on suhteliselt palju ja lisandunud on RCT. Ka kasutus suureneb kiiresti. Olemasolevate andmete alusel võib olla kuluefektiivne.

Diskussioon

Toodi välja, et radioloogiliste uuringute puhul on magnetuuringu kasulikkus ja efektiivsus teatud kehapiirkondades suurem kui kompuutertuuringul, mistõttu on selle kasutamisel lihtsam planeerida ka edasist ravi. Tehti ettepanek loobuda kehapiirkonna piirangust, kuna usaldada tuleks arsti otsust, millisele kehapiirkonnale milline radioloogiline uuring kõige paremini sobib. Teenuse kasutust piiravaks asjaoluks võib saada magnetuuringu kättesaadavus – järjekorrad teenusele on väga pikad. Positiivsete külgedena toodi välja teenuse kuluneutraalsus/kulude kokkuvõtte, asjaolu, et patsient ei pea käima mitmel uuringul, uuringu suurem täpsus ning kiirgusdooside vähenemine.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas teenuse loetellu lisamist.

Taotlus nr 1532 – Intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine ja protseduur - pärasoole pahaloomuline kasvaja

Taotlus nr 1533 – Intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine ja protseduur - hingetorust, bronhist või kopsust lähtunud pahaloomuline kasvaja

Taotlus 1544 – Intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine ja protseduur - söögitoru pahaloomuline kasvaja

Taotlused on olnud varasemalt arutelul 25.01.2023.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Onkoloogide Selts

Taotluse sisu: Taotluste raames taotletakse loetelus olemasoleva intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimise ja raviprotseduuri kasutusnäidustuste laiendamist:

- pärasoole pahaloomulisele kasvajale (C20);
- hingetorust, bronhist või kopsust lähtunud pahaloomulisele kasvajale, algkolde ja lokoregionaalse leviku kiiritusravi korral (C33; C34.0; C34.1; C34.2 C34.3; C34.8; C34.9);
- söögitoru pahaloomulisele kasvajale (C15).

Intensiivsusmoduleeritud kiiritusravi (edaspidi IMRT) annab võrreldes konventsionaalse ja konformse (edaspidi 3D) kiiritusraviga eelise kasvajat ümbritsevates tervetes kudedes ja kriitilistes organites neeldunud kiirguse vähendamise ja tüsistuste vältimise osas ning võimaldab tõsta ravidoosi kasvajas. IMRT olulisemaks omaduseks on intensiivsusmoduleeritud kiirgus, kus ühes kiirgusväljas on võimalik luua mitu erineva doosiintensiivsusega ja doosikiirusega väiksemat kiirgusvälja. Läbi selle mehhanismi on võimalik genereerida nõrgusa kujuga doosijaotusi ja väiksemate piiridega doosigradiente sihtmahudes, mida ümbritsevad mitmed kriitilised organid ja teostada nn „boost“ ehk vajalik täienddoos kasvaja sihtmahule, mis vajab suuremat kiirgusdoosi kasvaja kontrolli saavutamiseks. Tänu sellele suureneb kontroll kasvaja üle ja vähenevad nii raviaegsed kui -järgsed kiiritusravi kõrvaltoimed võimaldades patsiendil kvaliteetsemat elu.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Kuna tõenduspõhisus on olemas ning intensiivsusmoduleeritud kiiritusravi on maailmas laialdasemalt kasutuses ning standardpraktika, tuleks selle kasutamist veelgi laiendada. Vastav teenus võiks olla rahastatud kõikidel onkoloogilistel ja hematoloogilistel haigetel, kes vajavad kiiritusravi, kui intensiivsusmoduleeritud kiiritusraviga on võimalik saavutada homogeensem doosijaotus kasvajale ja/või väiksemad doosid ohustatud elunditele nii kuratiivsetel kui ka palliatiivsel ravi eesmärgil.

Intensiivsusmoduleeritud kiiritusravi on maailmas olnud kliinilises kasutuses üle kahe kümnendi ja Eestis pea 10 aastat. IMRT-ga on võimalik luua neeldunud kiirguse doosijaotus, mis mitmetes kliinilistes situatsioonides on eelistatum võrreldes 3D kiiritusraviga. IMRT olulisemaks omaduseks on intensiivsusmoduleeritud kiirgus, kus ühes kiirgusväljas on võimalik luua mitu erineva doosiintensiivsusega ja doosikiirusega väiksemat kiirgusvälja. Läbi selle mehhanismi on võimalik genereerida nõgusa kujuga doosijaotusi ja väiksemate piiridega doosigradiente sihtmahtudes, mida ümbritsevad mitmed kriitilised organid ja teostada nn „boost“ ehk vajalik täienddoos kasvaja sihtmahule, mis vajab suuremat kiirgusdoosi kasvaja kontrolli saavutamiseks. IMRT tehnikaga on võimalik moduleerida nii kiirguse intensiivsust kui ka kiiritusvälja ja –mahu geometriat saavutades sel viisil optimaalse doosijaotuse ning maksimaalselt kaitstes ümbritsevaid terveid kudesid ja kriitilisi organeid. Tänu sellele suureneb kontroll kasvaja üle ja vähenevad nii raviaegsed kui -järgsed kiiritusravi kõrvaltoimed võimaldades patsiendil kvaliteetsemat elu.

Intensiivsusmoduleeritud kiiritusravi näol on tegu ravimeetodiga tänu millele on võimalik saavutada homogeensem doosijaotus kasvajale ja/või väiksemad doosid ohustatud elundite ning see peaks olema kättesaadav kõigile patsientidele, kes seda vajavad.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)

Hingetorust, bronhist või kopsust lähtunud pahaloolumulised kasvajakud (C33-C34):

Kulutõhususe hinnangus lähtutakse Lester-Coll analüüsis leitud raviefekti väärtustest – IMRT 1,6 QALY ning 3D konformne kiiritusravi 1,54 QALY. Tervishoiuteenuste loetelus märgitud intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimise maksumuseks on 1426,64 eurot ning konformse ehk kasvaja kujuga kohandatud väliskiiritusravi planeerimine 890,91 eurot. Kulutõhususe määraks kujuneb 8 928,83 eurot/QALY.

Pärasoole pahaloolumulised kasvajakud (C20):

Kulutõhususe hinnangus lähtuti Hodges analüüsis leitud intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi raviefekti väärtusest 4,81 QALY ning alternatiivsel ravimeetodil 3D konformne kiiritusravi 4,78 QALY. Tervishoiuteenuste loetelus märgitud intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimise maksumuseks on 1426,64 eurot ning konformse väliskiiritusravi planeerimine 890,91 eurot. Kulutõhususe määraks kujuneb 17 857,67 eurot/QALY.

Söögitoru pahaloolumulised kasvajakud (C15):

Kulutõhusust analüüsivad artiklid puuduvad või ei olnud kättesaadavad.

Kasutusnäidustuste laiendamisega tervishoiuteenuse hinnas muudatusi ei toimu. Alternatiivne on kasutada konformse ehk kasvaja kujuga kohandatud väliskiiritusravi planeerimise (740102) ning väliskiiritusravi protseduuri (740201) koode. Intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimise ning raviprotseduuri kasutusnäidustuste laiendamisel ei kasutata enam alternatiivset ravimeetodit, mis teeb **ravikindlustuse lisakuluks 467 235-543 824 eurot aastas.**

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirulevaade (komisjoni analüüs)

Taotlused olid esmakordselt arutelul 2023. aasta jaanuaris. Taotleti loetelus olemasoleva teenuse „Intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi protseduur“ kasutusnäidustuste laiendamist:

- pärasoole pahaloolumulisele kasvajale (C20);
- hingetorust, bronhist või kopsust lähtunud pahaloolumulisele kasvajale, algkolde ja lokoregionaalse leviku kiiritusravi korral (C33; C34.0; C34.1; C34.2 C34.3; C34.8; C34.9);
- söögitoru pahaloolumulisele kasvajale (C15).

Intensiivsusmoduleeritud kiiritusravi (edaspidi IMRT) annab võrreldes konventsionaalse ja konformse (edaspidi 3D) kiiritusraviga eelise kasvajat ümbritsevates tervetes kudedes ja kriitilistes organites neeldunud kiirguse vähendamise ja tüsistuste vältimise osas ning võimaldab tõsta ravidoosi kasvajas. IMRT olulisemaks omaduseks on intensiivsusmoduleeritud kiirgus, kus ühes kiirgusväljas on võimalik luua mitu erineva doosiintensiivsusega ja doosikiirusega väiksemat kiirgusvälja. Läbi selle mehhanismi on võimalik genereerida nõgusa kujuga doosijaotusi ja väiksemate piiridega doosigradiente sihtmahtudes, mida ümbritsevad mitmed kriitilised organid ja teostada nn „boost“ ehk vajalik

täienddoos kasvaja sihtmahule, mis vajab suuremat kiirgusdoosi kasvaja kontrolli saavutamiseks. Tänu sellele suureneb kontroll kasvaja üle ja vähenevad nii ravieegsed kui -järgsed kiiritusravi kõrvaltoimed võimaldades patsiendil kvaliteetsemat elu.

Komisjon leidis, et rektaalvähi ravis on tegemist piisavalt uuritud meetodiga, mida soovitavad ravijuhised ja mis on leidnud laialdast kasutust. Söögitoru vähi ravis oli tõendus IMRT efektiivsuse ja ohutuse kohta piiratud. 3D CRT on jäänud standardraviks. Ravijuhised IMRT eraldi välja ei too. Samas võib eeldada, et analoogselt teistele vähipaikmetele toimib see ka antud diagnoosi korral, lihtsalt uuringuid ei ole läbi viidud. Hingetoru, bronhi ja kopsu pahaloomuliste kasvajate ravis on tegemist uue piiratud tõendusega, kuid ilmselt efektiivse ravimeetodiga.

Toodi välja, et kehtiv eurodirektiiv sätestab, et kiiritusravi korral tuleb hoida haiguskoldeväliste kudede kiirgusdoos nii madal kui võimalik. Lisaks näitavad erinevad kiirgusbioloogia andmed, et igasugune ebavajalik kudede kiiritamine on kahjulik. Toodi välja, et kui hetkel IMRT näidustuste loetellu lisada taotletavad näidustused, katab loetelu suurema osa paikmeid ja oleks mõistlik arutada taotluse esitanud seltsiga piirangute eemaldamise võimalusi. Leiti, et patsiendi elulemuse ja elukvaliteedi vaatest on tegemist väga oluliste teenustega ning taotluste menetlusega tuleks ühtse pakatina edasi minna.

Tänaseks on lisaandmed olemas. Ekspert toetab ja leiab, et taotlused on asjakohased. Samas ütleb ekspert, et kuna tõenduspõhisus on olemas ning IMRT on maailmas standardpraktika, tuleks selle kasutamist laiendada kõikidele onkoloogilistele ja hematoloogilistele diagnoosidele, kus intensiivsusmoduleeritud kiiritusraviga on võimalik saavutada homogeensem doosijaotus kasvajale ja/või väiksemad doosid ohustatud elunditele. Eeskätt peab ekspert silmas rinna, vaagna piirkonna ja pankrease pahaloomuliste kasvajate ravi, kuid ka sarkoome, hematoloogilisi kasvajaid, mao pahaloomulist kasvajat. Lisaks peaks olema võimalik kasutada vastavaid koode nii kuratiivse kui ka palliatiivse kiiritusravi korral. Seega peaks vastav teenus olema rahastatud kõikidel onkoloogilistel ja hematoloogilistel haigetel, kes vajavad kiiritusravi, kui IMRTga on võimalik saavutada homogeensem doosijaotus kasvajale ja/või väiksemad doosid ohustatud elunditele nii kuratiivsel kui ka palliatiivsel ravi eesmärgil.

KTH: Kulutõhususe hinnang põhineb kolmes taotluses toodud paikmetele ja mitte kõigile nagu ekspert soovitab. Teenuse piirhind on 1426 eurot, teenust osutatakse umbes 315 korda aastas. Hingetorst, bronhist või kopsust lähtunud pahaloomuliste kasvajate (C33-C34) ravis on tervisekasu võrreldes 3D konformse kiiritusraviga 0,04 QALY ja ICER 8930 eurot/QALY. Pärasoole pahaloomuliste kasvajate (C20) ravis vastavalt 0,03 QALY ja 17 860 eurot/QALY. Söögitoru pahaloomuliste kasvajate (C15) ravi kulutõhusust ei olnud võimalik hinnata. Lisakulu esimesel neljal aastal umbes 0,5 miljonit eurot aastas.

Kokkuvõttes piisavalt uuritud meetod taotletavate paikmete ravis, mida soovitavad ka ravijuhised ja mis on olemasolevate andmete alusel kuluefektiivne.

Diskussioon

Leiti, et paikmete piirangu võiks kaotada ning rõhutati, et ka ekspert toob välja, et taotlus ei kata ära kõiki näidustusi, kus teenust rakendada võiks. Toodi välja, et ekspert soovitab teenuse rakendamist lisaks kuratiivsele ravile ka palliatiivses ravis. Samas leiti, et piirangute kaotamise otsus tuleks teha rahalistest võimalustest lähtuvalt ehk Tervisekassa peaks hindama sellega kaasnevat eelarvemõju ning vajadusel esialgu piiranguid rakendada. Tehti ettepanek vaadata uuesti üle ka alternatiivsete teenuste kulu ja selle vähenemisega arvestada.

Tervisekassa tõi välja, et teenuse kasutuse laienemisel suureneb seadme optimaalne kasutusaeg, millest tulenevalt väheneb seadme minutimaksumus, seega saab ka seda teenuse hinnaarvutuses ja eelarvemõju hindamisel arvesse võtta.

Tehti ettepanek, et tulevikus võiks kõik paikmete lisamise ettepanekud olla rahalised otsused, kui komisjon on varasemalt andnud teenuse lisamisele loetellu oma heakskiidu.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas paikmete piirangu kaotamist, kuid tegi Tervisekassale ettepaneku teha korrigeeritud eelarvemõju analüüs, millest lähtuvalt piirangute kaotamise võimalusi kaaluda. Vajadusel tuua korrigeeritud analüüs uuesti komisjoni.

Taotlus nr 1536 – Dialektiline käitumisteraapia 1 nädal

Komisjoni liige Raine Pilli deklareeris, et tal on võimalik huvide konflikt seoses taotlustega nr 1536. Komisjon otsustas, et Raine Pilli võib viibida taotluse diskussiooni juures, kuid lahkub taotluse osas arvamuse andmise/otsuse tegemise juurest.

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 15.02.2023.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Psühhiaatrite Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on uue teenuse „Dialektiline käitumisteraapia“ (edaspidi ka DKT) lisamine tervishoiuteenuste loetellu. Piirialast tüüpi ebastabiilse isiksusehäirega patsiendid vajavad ravi, mis toetaks toimetulekut emotsioonidega. Ravi käigus õpetatakse patsientidele emotsiooni regulatsiooni, äärmusliku pinget talumise, inimestevahelise suhtluse ja teadveloleku oskusi. Individuaalses teraapias ja telefonikonsultatsioonide vältel kinnitatakse oskuslikumat käitumist, et vähendada emotsiooni regulatsiooni raskustest tingitud probleemset käitumist, millel võivad olla pöördumatud tagajärjed. Sellise teraapia maht ja intensiivsus on tunduvalt suuremad kui praegu Tervisekassa hinnakirjas olev grupiteraapia. Tõhusa dialektilise käitumisteraapia ravi sisaldab iganädalaseid individuaalseid kohtumisi, grupis toimuvat oskuste õpet, meeskondlikku konsultatsiooni ning vastavalt vajadusele telefonikonsultatsioone ja kohtumisi pereliikmetega. Dialektiline käitumisteraapia on vajalik, et ära hoida nende patsientide hospitaliseerimine korduvate suitsiidkatsete korral. Tõenduspõhine on kogu täisprogrammi rakendamine – oskuste õppe grupp, individuaalne teraapia ja telefonivalve.

Teenuse sihtgrupp on emotsionaalselt ebastabiilsed, kõrge suitsiidriskiga ennastkahjustava käitumisega patsiendid, s.h. ebastabiilse isiksusehäirega täiskasvanud patsiendid ja ennastkahjustavalt käituvad alaealised patsiendid.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Ekspert toob välja, et inimesele põhjustab emotsionaalne ebastabiilsus olulisi kannatusi ning tõsist elukvaliteedi langust, meditsiinisüsteemile aga märkimisväärset kulu. Eestis ei ole peale dialektilise käitumisteraapia ühtegi raviviisi, mis oleks mõeldud selliste probleemidega patsientide kompleksseks raviks. Uuringud on näidanud DKT tulemuslikkust võrreldes tavapärase raviga. DKT ohutust pole palju uuritud, aga olemasolev näitab, et raviprogrammil pole tõsiseid kõrvaltoimeid ega tüsistusi. Mitu Euroopa ravijuhendit soovitavad DKT-d emotsionaalselt ebastabiilse isiksusehäirega patsientide raviks ning lastele ja noorukitele, kellel on tõsised raskused emotsioonide reguleerimisega ja sagedane enesevigastamine. Selle tervishoiuteenuse kasutamise tingimuseks on DKT meeskonna olemasolu. Meeskonnaliikmetel peab olema DKT-spetsiifiline väljaõpe.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)

Hinnangu raames teostatud arvutuskäigu tulemusena on taotletava teenuse piirhinnaks **432,57 eurot** ja ravijuhu maksumuseks 8 126–12 097 eurot olenevalt programmi kestusest. Arvestati, et lisaks piirhinnale lisandub ka ühel korral nädalas samuti olenevalt programmi kestusest psühhoteraapia seansi piirhind, milleks on loetelu kohaselt 63,80 eurot. Lisaks arvestati ravijuhu maksumuse sisse ka 184,50 eurot, mis kulub keskmiselt ühekordselt selleks, et programmeelselt hinnata patsiendi valmisolekut ja pühendumist DKT programmiks.

Eesti kontekstis ei olnud võimalik teostada kulutõhususe analüüsi, kuna puuduvad täpsed andmed, mis võimaldaksid kokku arutada rutiinse kliinilise ravi kulud piirialase isiksushäire diagnoosi korral Eesti kontekstis. Seetõttu analüüsiti taotleja poolt esitatud andmetele ja teadusartiklitele tuginedes taotletava teenuse hüpoteetilist mõju tervishoiusüsteemiga seotud kuludele programmiaegselt ja -järgselt, mida omakorda võrreldi programmieelse perioodiga. Peamiselt keskenduti hospitaliseerimisega seotud kuludele, kuna rahvusvaheliste uuringute näitel on täheldatud enamasti kõige enam nende kulude vähenemist programmiaegselt ja -järgselt võrreldes programmieelse perioodiga. Samuti arvestati mõju selgitamisel psühhoteraapiaga seotud kuludega, kuna Eesti kontekstis on see taotletavale teenusele peamine alternatiivne raviviis. Kulu patsiendi kohta DKT programmieelsel aastal ehk alternatiivsel raviviisil: 16 503,85 eurot/aastas. Kulu patsiendi kohta DKT programmiaegsel aastal: 14 906,75 eurot/aastas. Kulu patsiendi kohta DKT programmijärgsel aastal: 5113,85 eurot/aastas.

Taotletava tervishoiuteenusega kaasneva rahalise mõju hindamiseks Tervisekassa eelarvele on taotluses prognoositud, et järgmise nelja aasta jooksul on teenust vajavate patsientide arv 40–56, mis taotluse alusel sõltub teenust osutavate meeskondade arvust. Käesolevalt pole täpselt teada, milline on nii taotletava kui ka alternatiivse raviviisi pikaajalisem mõju sihtrühma kuuluvate patsientide edasisele ravikäsitlusele, mistõttu tehti selle kohta hüpoteetilised eeldused eelarvemõju hindamisel. Patsientide kohta, kes saavad alternatiivset raviviisi, eeldati, et nad vajavad seda samas mahus vähemalt kahel järjestikusel aastal ning edaspidi mitte. Ja patsientide kohta, kes saavad taotletavat raviviisi, eeldati, et programmijärgsed kulud on ainult ühel aastal pärast programmi läbimist ja edaspidi mitte. Sellest tulenevalt leiti, et taotletava tervishoiuteenuse rakendamisel **kaasneb rahaline kokkuhoid 63 884–636 158 eurot.**

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli esmakordselt arutlusel 2023. aasta veebruaris. Teenus on näidustatud emotsionaalselt ebastabiilsete, kõrge suitsiidiriskiga ennastkahjustava käitumisega patsientide, s.h. ebastabiilse isiksusehäirega täiskasvanud patsientide ja ennastkahjustavalt käituvate alaealiste patsientide raviks.

Leiti, et tegemist on nõrga-mõõduka tõendusega meetodiga, mis võib olla efektiivne suitsiidimõtete ja enesevigastuste vähendamisel, kuid mille efektiivsus pigem nõrk. Ravijuhendites on seda mainitud. Otsustati paluda ekspertarvamust ja kuluefektiivsuse hinnangut.

Tänaseks on andmed olemas. Lisaandmetest selgub, et teenuse osutamise kogemus on Eestis olemas ja seda on kodeeritud teiste teenuste alla, mis aga ei pruugi katta teenuse maksumust või on erinevused meeskonna ülesehituses või grupi suurus. DBT teenust osutab programmi meeskond, kuhu võivad kuuluda psühhiaatrid, (kliinilised) psühholoogid ja vaimse tervise õed, kes on omandanud vastava väljaõppe.

Ekspert peab taotlust asjakohaseks. Olemasolevale tõendusele viidates peab ekspert teenust efektiivseks ja ohutuks. Ekspert toob ära ka Soome 2020. ravijuhised, mis on hinnanud teenuse tõendatuse taset A-ga. Ekspert toob välja ka DBTi NICE 2022. enesevigastuse ravijuhised, kuid lisatud viitest konkreetset soovitus ei leidnud. Kokkuvõttes ekspert toetab: Dialektilise käitumisteraapia teenust taotletakse emotsionaalselt ebastabiilsete, kõrge suitsiidiriskiga ennastkahjustava käitumisega patsientide, s.h. ebastabiilse isiksusehäirega täiskasvanud patsientide ja ennastkahjustavalt käituvate alaealiste patsientide raviks. Inimesele põhjustab emotsionaalne ebastabiilsus olulisi kannatusi ning tõsist elukvaliteedi langust, meditsiinisüsteemile aga märkimisväärset kulu. Eestis ei ole peale dialektilise käitumisteraapia ühtegi raviviisi, mis oleks mõeldud selliste probleemidega patsientide kompleksseks raviks. Uuringud on näidanud DBT tulemuslikkust võrreldes tavapärase raviga. DBT ohutust pole palju uuritud, aga olemasolev näitab, et raviprogrammil pole tõsiseid kõrvaltoimeid ega tüsistusi. Mitu Euroopa ravijuhendit soovivad DBT-d emotsionaalselt ebastabiilse isiksusehäirega patsientide raviks ning lastele ja noorukitele, kellel on tõsised raskused emotsioonide reguleerimisega ja sagedane enesevigastamine. Selle tervishoiuteenuse kasutamise tingimuseks on DBT meeskonna olemasolu. Meeskonnaliikmetel peab olema DBT- spetsiifiline väljaõpe.

KTH: Teenuse osutamise kogemus Eestis ulatub 2013. aastasse ja seda on kodeeritud erinevalt, üldjuhul jagades 15-24-nädalase raviprogrammi üksikuteks seanssideks ja kodeerides igat seansi eraldi.

Taotleja on nüüd teinud ettepaneku komplekshinnaks. Tervisekassa on üldiselt nõus, kuid ebaselge on valves oleku aja määratlemine ja rahastamine. Tervisekassa soovib selle teenuse pakkumist läbi erakorralise psühhiaatrilise abi, taotleja aga eraldiseisva teenusena, kuna valvepersonal ei pruugi olla kursis DBT-ga. Teenuse piirhind (arvestades Tervisekassa poolt pakutud erakorralise psühhiaatrilise abiga ja mitte iseseisva valveta) on 433 eurot ja ravijuhu maksumus 8100 – 12 100 eurot sõltuvalt teraapia kestusest. Kuluefektiivsust on hinnatud võrreldes tavaraviga ühes prospektiivses uuringus 18 kuu vältel ja leitud, et DBT on efektiivsem (0,2 QALY) ja kallim (400 eurot), kuid kuluefektiivne (ICER 2000 eurot/QALY). Eesti andmetel ei saanud analüüsi replitseerida, kuna tavaravi ei olnud täpselt defineeritud. Eelarvemõju analüüsis selgus, et programmiaegsed ja järgsed kulud on väiksemad kui programmeeritud kulud, põhiliselt hospitaliseerimiskulude vähenemise arvelt. Aastane sääst võrreldes alternatiiviga (alternatiivideks on psühhoterapia seanss ühele haigele, sisehaiguste voodipäev ja akuutpsühhiaatria voodipäev tahtest olenematu ravi korral) 40-56 patsiendi ravi (640-1340 teenust) korral oleks 64 000 – 640 000 eurot.

Kokkuvõttes piisava tõendusega efektiivne ja kuluefektiivne meetod.

Diskussioon

Toodi välja, et tegemist on patsientidega, kes kasutavad väga palju EMO ressursi ning taotletava teenuse puhul tegeleb nendega väga intensiivselt spetsialiseerunud meeskond. Programmi oluline osa on patsiendi võimalus tiimiliikmaga telefoni teel kontakteeruda olukorras, kus tekib näiteks enesevigastamise või enesetapu soov, mistõttu on telefonivalves olemine ja selle rahastamine antud teenuse raames õigustatud ja vajalik. Telefonivalve eesmärk on, et patsiendid ei jääks EMOsse ja haiglasse ringlema. Toodi välja, et valvekomponendi roll skeemis ongi see, mis vähendab erakorralise hospitaliseerimise tõenäosust. Valves olevad tiimiliikmed on kõige paremini kursis patsiendi olukorraga. Eelnevalt tulenevalt leiti, et vajalik on komplekshinna kehtestamine, mis katab kõik programmi kulud.

Toodi välja nüanss, et nt juhul, kui programmis osalev patsient ei kasuta kriisisituatsioonis telefonikontakti võimalust ja ennast siiski vigastab, rakendatakse talle keeld 24h tunni jooksul tiimiliikmaga kontakteeruda, kuna ta on oma akuutse pinge enesevigastamise teel leevendanud. Ehk et programm kasutab telefonivalvet muuhulgas ka patsientide distsiplineerimiseks ja see on osutunud efektiivseks.

Teenuse toetusena toodi välja asjaolu, et vastava väljaõppe saanud DKT tiimid on Eestis olemas ning pikas perspektiivis hoiab teenuse rakendamine kulusid kokku. Teenus on praktikas juba näidanud positiivset efekti ning DKT meeskonnad ise tunnetavad meeskonnatöö väärtust. Hetkel ei paista olevat ühtegi argumenti, miks ei peaks teenust toetama.

Väljatoodud rahalise kokkuhoiu suuruse osas oldi mõnevõrra skeptilised, kuid leiti, et seda teadmist ei olegi enne, kui programm on veidi pikema aja jooksul oma mõju näidanud. Usuti, et kulude kokkuhoid on siiski väga realistlik, kuna praegu kasutavad need patsiendid väga palju ja korduvalt EMO ja statsionaarse ravi teenuseid.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas teenuse loetellu lisamist koos valvesoleku rahastamisega ehk komplekshinna kehtestamist. Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku teenuse hinna- ja kuluarvestus üle vaadata ja vajadusel korrigeeritud arvutused uuesti komisjoni tuua.

2. Psühhiaatria erialal töötavate õdede rakendustingimuse muudatus

Sotsiaalministeerium tegi teemast ülevaate.

Probleem: Tervishoiuteenuste loetelu § 83 lõige 2 kohaselt võib kuni 31. detsembrini 2023. a koodidega 3015, 3118, 3207, 3220, 3221, 3228, 7602, 7631, 7617, 7626, 7627, 3103, 3113 ja 3114 tähistatud tervishoiuteenuseid osutada ka psühhiaatria erialal töötav õde. Täpsustus: koodid on mõeldud vaimse tervise õdedele (eeldab eriõde väljaõpet).

Hinnang: Eelpool nimetatud määruse lõiget on juba pikendatud 2018. aastal, et tagada teenuse kättesaadavus. Argumendiks oli sel ajal asjaolu, et eriõdesid on vähe ja enamuse teenuse osutajatest olid muu väljaõppega õed. Täpsustus: Eriõde väljaõppele mittevastav õde võib teenuse osutamist jätkata, kasutades selleks õe vastuvõtu koodi. TTO-dele see aga ei sobi, kuna õe vastuvõtu (kood 3035) hind on 19,07 eurot ning vaimse tervise õe vastuvõtu (kood 3015) hind on 32,21 eurot.

Määruse sätte pikendamise kohta on erinevatel osapooltel vastandlikud seisukohad. Ühel pool on TTO-d, kes soovivad, et saaksid jätkata eriõele mõeldud koodide kasutamist psühhiaatria erialal töötavatel õdedel ja teisel pool on Eesti Õdede Liit ja Eesti Vaimse Tervise Õenduse Seltsing, kes seisavad teenuse kvaliteetse sisu eest. Kuna seisukohad on vastandlikud, kuid eesmärk kõigil ühine (kvaliteetne, ühtsetel alustel ning kättesaadav teenus), siis on vajalik leida parim võimalik kesktee.

Ettepanek: Sõnastada tervishoiuteenuste loetelu § 83 lõige 2 järgnevalt: Kuni 31. detsembrini 2031. a võib koodidega 3015, 3118, 3207, 3220, 3221, 3228, 7602, 7631, 7617, 7626, 7627, 3103, 3113 ja 3114 tähistatud tervishoiuteenuseid osutada ka psühhiaatria erialal töötav õde **tingimusel, et õde töötab HVA haiglas psühhiaatria erialal ning on alates aastast 2025 omandanud eriõde III pädevuse.**

Tagasiside ettepanekule:

Eesti Psühhiaatrite Selts: Arvestades, et väga oluline osa psühhiaatrilisest abist osutatakse mitte-HVA-haiglate hulka kuuluvate Tervisekassa lepingupartnerite poolt, siis ei pea selts võimalikuks nõustuda vastuskirjas toodud erisuse tegemisega HVA- ja mitte-HVA-haiglate vahel. Seetõttu on seltsi ettepanek sõnastuse osas: Kuni 31. detsembrini 2031. a võib koodidega 3015, 3118, 3207, 3220, 3221, 3228, 7602, 7631, 7617, 7626, 7627, 3103, 3113 ja 3114 tähistatud tervishoiuteenuseid osutada ka psühhiaatria erialal töötav õde tingimusel, et töötab psühhiaatrilises ravimeeskonnas ja on alates aastast 2025 omandanud eriõde III pädevuse.

Eesti Õdede Liit: Ettepanekuga nõus.

Tervisekassa: Tervisekassal on hetkel 17 HVA välist lepingupartnerit psühhiaatria valdkonnas. Lähtuvalt sellest ei pea Tervisekassa õigeks kitsendust, kus teenust võib osutada ka psühhiaatria erialal töötav õde tingimusel, et õde töötab HVA haiglas psühhiaatria erialal.

Eesti Eratervishoiu Asutuste Liit: Ei saa nõustuda suhtumisega, kus riigi või kohalike omavalitsuste omanduses olevatele tervishoiuasutustele kehtestatakse leebemad nõuded kui eraomanduses olevatele asutustele. Ettepanek käsitleda HVA ja eratervishoiuasutusi kvaliteedinõuete osas võrdselt. Pikendada kehtivat või siis mitte pikendada kehtivat regulatsiooni tervishoiuteenuse osutajatele ühesuguselt. Siinkohal on liit nõus mõlema variandiga.

Diskussioon

Komisjon palus Sotsiaalministeeriumilt selgitust, miks tehakse ettepanek piirduda vaid HVA-haiglatega. Sotsiaalministeerium selgitas, et tervishoiuteenuste osutajad on pöördunud nende poole murega, et vaimse tervise õed on liikunud riiklikust sektorist eratervishoidu, mistõttu luues kõigile sarnased tingimused, olukord tervishoiuteenuste osutajate jaoks ei parane. Ehk eeskätt tuleks mõelda sellele, mida tuleks riiklikult tagada.

Komisjon soovis täpsustust, mille kohta eelkõige nende arvamust oodatakse. Sotsiaalministeerium selgitas, et esiteks sellele, kas rakendustingimust peaks üldse pikendada ja lubama psühhiaatria erialal töötavatel õdedel ka pärast 2023. aasta lõppu vaimse tervise õe teenuskoodi kasutada, ning kui peaks, siis kas ja mis tingimused tuleks lisaks kehtestada.

Leiti, et rakendustingimust tuleks pikendada, et teenuse kättesaadavus ei kannataks, kuid mitte enam tänasega samadel tingimustel. Vajalik on veenduda, et õed end pidevalt koolitavad ning pädevus eriõde III ongi loodud selleks, et pikaajalise kogemusega õed, kes ei ole veel erialakoolitust läbinud, saaksid jätkata samadel alustel teenuse pakkumist. Lisati, et eriõde III pädevus ei ole valdkonnaspetsiifiline, mis tähendab, et seal on suhteliselt lihtsad nõuded, mis tulenevad Eestis kehtivast kvaliteedimäärusest. Seega võiks HVA-haiglas töötamine anda kindlama garantii, et need õed on vastavas valdkonnas tööil ning lisaks on haiglas suurema tõenäosusega tagatud psühhiaatriline ravimeeskond (psühhiaatri ja kliinilise psühholoogi tugi vaimse tervise õele).

Toodi välja, et Tervisekassa lepingupartnereid ei saa võrdsustada eratervishoiuga. Psühhiaatrilise ambulatoorse abi kvaliteet peab olema tagatud sõltumata sellest, kas teenust osutatakse HVA-haiglas või mõne muu Tervisekassa lepingupartneri juures. Toodi välja, et väljapakutud kitsendusega ei saa lahendada probleemi, et spetsialistid liiguvad HVA-haiglatest ära.

Tervisekassa tõi välja, et sarnast probleemi on arutatud psühholoogide ja kliiniliste psühholoogide teemal. Siis tehti ettepanek kvaliteedi tagamise eesmärgil lisada kogemuse nõue, mida võiks kaaluda ka antud juhul, et kompetents määratleda.

Leiti, et kogemuse nõude sissetoomine on mõistlik ja arusaadav, kuna tegemist on peamiselt õdedega, kes praegu juba töötavad vaimse tervise õdedena ja on süsteemi jaoks asendamatud.

Toodi välja, et kui tingimuse sõnastusse jääb töötamine psühhiaatrilises ravimeeskonnas, tekib küsimus, kas see võib saada takistuseks näiteks juhul, kui vaimse tervise õde pakub teenust perearstikeskuses (või muu erateenusepakkuja juures), kus ei ole tagatud psühhiaatrilise ravimeeskonna tuge. Psühhiaatrilise ravimeeskonna tuumikus peab olema esindatud psühhiaater, vaimse tervise õde ja ideaaljuhul veel ka kliinilise psühholoog. Leiti, et HVA-välistel teenuseosutajatel peaks üldjuhul ravimeeskond olema olemas, kui vaimse tervise õde seal teenust osutab, kuna psühhiaatria tegevusluba eeldab ka psühhiaatri olemasolu. Toodi välja risk, et teatud juhtudel võib olla, et reaalset koostööd siiski ei toimu.

Tunti muret, kas töökogemuse nõudele vastavust on plaanis ka kontrollida või jääb see vastutus tervishoiuteenuse osutajale, et tema juures töötavad spetsialistid nõuetele vastaksid.

Arutati, kui pika kogemuse nõude peaks kehtestama, et vastav pädevus oleks tagatud. Leiti, et viis aastat töökogemust peaks olema sobiv, et tagada piisav pädevus teenuse osutamiseks. Lisati, et võiks kasutada kliinilise psühholoogi teenuste tingimusega sarnast sõnastust (viimase kaheksa aasta jooksul vähemalt viis aastat töökogemust), mõeldes ka nendele, kes on vahepeal olnud lapsehoolduspuhkusel. Lisati, et oluline on määratleda ka see, et töökogemus on psühhiaatria valdkonnas.

Tõstatis küsimus, kas tingimust tuleks pikendada kuni 2031. aasta lõpuni. Leiti, et see on mõistlik, kuna on kokku lepitud, et alates 2032. aastast teevad ambulatoorseid vastuvõttusid ainult erioed.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas rakendustingimuse pikendamist kuni 2031. aasta lõpuni ja vastava valdkonna töökogemuse nõude sissetoomist. HVA-haigla piirangu kehtestamist komisjon ei toetanud.

3. TTKS-i uute raviliikide lisandumine

Sotsiaalministeerium tegi teemast ülevaate.

Olukord: 01.10.2023 jõustuvad TTKS-i muudatused, mis toovad tervishoiuteenuste hulka kolm uut teenust – füsioteraapia, logopeediline ravi ja psühholoogiline ravi – ning lubavad neid hakata osutama iseseisvalt, st lahus üld- ja eriarstiaabist. Tervisekassa on varasemalt väljendatud seisukohta, et uute tervishoiuteenuste rahastamine on õiguslikult võimalik ka praegu kehtiva tervishoiuteenuste loetelu struktuuriga. Sotsiaalministeerium ei vaidlusta seda seisukohta, kuid leiab, et õigusselguse huvides oleks asjakohane loetelu täiendada.

Lahendusvariandid:

A) Miinimumvariant ehk **olemasolevate paragrahvide pealkirjade täiendamine** järgmisel kujul:

- 1) Paragrahvi 29 pealkiri viiakse järgmisele kujule: § 29 *Üldmeditsiiniliste ja taastusravi protseduuride ning füsioteraapia piirhinnad*
- 2) Paragrahvi 39 pealkiri viiakse järgmisele kujule: § 39. *Psühhiaatriliste uuringute ja protseduuride ning psühholoogilise ravi piirhinnad*
- 3) Paragrahvi 40 pealkiri viiakse järgmisele kujule: § 40. *Logopeediliste teenuste ravi piirhinnad*

Lahendust A on põhjust kaaluda, kui esmatasandit toetava füsioteraapia, logopeedilise ravi ja psühholoogilise ravi teenuste komplekte pole lähitulevikus kavas taastusravist, psühhiaatrilisest ravist

ja üldarstiabist eristada ja iseseisvalt osutatavaid teenuseid hinnastatakse samaväärselt eriarstiabi osutavate teenusepakkujatega.

B) Loetelu täiendamine kolme uue paragrahvi, s. o vastavalt füsioteraapia, logopeedilise ravi ja psühholoogilise ravi paragrahvidega.

Lahendus on asjakohane, kui iseseisvalt osutatava ravi teenused peaksid loetelus olema üld- ja eriarstiabist eristatud. Diferentseerimise vajadus peab omakorda tuginema analüüsil, mille tarbeks saab hakata koguma sisendinfot uute tegevuslubadega asutustelt alates oktoobrist 2023.

Sotsiaalministeeriumi ettepanek:

- 1) viia loetelus sisalduva kolme paragrahvi pealkirjad alates 01.01.24 lahendusvariandis A kirjeldatud kujule;
- 2) koguda Tervisekassa eestvedamisel 2024. aastal andmeid iseseisvalt uusi teenuseid osutavate teenusepakkujate sisendhindade kohta ning koostada 2024. aasta lõpuks analüüs teenusehindade diferentseerimise vajaduse kohta;
- 3) langetada hiljemalt 2025 I kvartalis otsus iseseisvalt osutatavate teenuste ja üld- ja eriarstiabis osutatavate teenuste hindade diferentseerimise vajaduse asjus ning asjakohasusel lisada loetellu kolm uut paragrahvi ja sisustada koostöös sidusrühmadega nende teenuste loetelu.

Diskussioon

Toodi välja, et kunagi väljatöötatud süsteem, kus perearstidele loodi teraapiafond, mille kaudu nad suunavad patsiente logopeedi, psühholoogi või füsioterapeudi teenusele, pidi olema ajutine lahendus. Arveldamise mõttes on see perearstide jaoks väga suur koormus. Seega on igati mõistlik, et selline tegevus võetakse perearstide käes ära ja antakse spetsialistidele võimalus oma töö eest ise arveid esitada. Sooviti aru saada, kas küsimus on selles, et Tervisekassa hinnangul on võimalik juba kehtiva loetelu struktuuri alusel teenuseid osutada, kuid Sotsiaalministeerium leiab, et tuleks luua täpsem regulatsioon. Sotsiaalministeerium selgitas, et kitsaskohta ei ole, kuid tuleks tagada, et õigusaktid oleksid omavahel kooskõlas ja kasutaksid samasuguseid termineid. Toodi välja, et terminoloogiline ühtsus on ka patsiendi vaatest väga oluline.

Tervisekassa selgitas, et toetab hetkeseisuga pigem lahendusvarianti B (kolm uut paragrahvi), kuna A variandi puhul ei kohaldu kõik nimetatud olemasolevad teenused tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikutele.

Toodi välja, et kui hindu ei diferentseerita, ei ole mõistlik luua ka eraldi teenuseid (ja paragrahve) loetellu. Hindade muutmise osas selgitas Tervisekassa, et on plaan vaadata üle selliste teenuste hinnad, mida sageli osutatakse väiksemates asutustes (sh nt hambaravi, psühholoogi teenused), kuna tunnetus ütleb, et üldkulu komponent teenuse hinnas on nendel asutustel suurem kui haiglatel. Plaan on hinnad selles valguses üle vaadata 2024. aasta alguses. Seda aga tehakse kõigi teenuseosutajate üleselt, mitte ainult tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikute vaatest.

Sooviti aru saada, kas selle muudatusega muutub midagi ka sisuliselt, näiteks hakkab teenust osutama keegi, kes seda seni ei teinud, või kellegi jaoks laieneb osutatavate teenuste ring. Sotsiaalministeerium selgitas, et see sõltub sellest, kes hakkavad tegevusluba taotlema, mistõttu ei ole välistatud, et turule tekib uusi teenuseosutajaid. Tervisekassa selgitas, et osutatavad teenused jäävad suuresti võrdseks sellega, mida need spetsialistid saavad praegu osutada teraapiafondi raames.

Leiti, et teema ei ole ilmselt komisjoni arutelu teema, kuna midagi sisulist muutumas ei ole, kuid kuna tekkimas on siiski uued lepingupartnerid, siis sooviti informeerimise mõttes komisjon muudatusega kurssi viia. Märgitakse ära, et „logopeediliste teenuste ravi“ kõlab veidralt ja see tuleks ümber sõnastada.

Tõstataks küsimus, et kui vastavad spetsialistid võrdsustatakse tervishoiutöötajatega, kas neil tekib ka oma register, kust on võimalik teenuseosutajate kohta infot leida. Sotsiaalministeerium tõi välja, et nad on registreeritud kutseregistris, mis on ametlik ja avalikult juurdepääsetav register ning seadusega on reguleeritud, kuidas uusi inimesi sinna lisatakse. Kui taotletakse tegevusluba, siis on nad ka Terviseameti registris (MEDRE) nähtavad, kuid psühholooge, füsioterapeute ja logopeede ei saa otsida mitte isiku nime vaid tegevusloaga seotud asutuse järgi.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis informatsiooni teadmiseks ja toetas muudatust. Lisaks tegi komisjon ettepaneku taoliste teemade komisjoni toomise ettepaneku teha kaks nädalat enne koosoleku toimumist, et oleks võimalik arutada, kas need vajavad komisjoni sisulist arutelu või mitte.