

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

24.04.2024

Algus kell 14.00, lõpp kell 15.50

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Kristi Rekand (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Piret Rospu (Eesti Pearingstide Selts)
Pille Saar (Sotsiaalministeerium)
Tiina Sats (Tervisekassa)
Katrin Roosipuu (Terviseamet)

Kirjalik arvamus:

Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

Puudusid: Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)

Kutsutud: Malle Avarsoo (Tervisekassa)

Protokollija: Merje Metsoja (Tervisekassa)

Päevakord:

1. Taotluste arutelu:

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1595	Kodus kasutatav negatiivse rõhuga kinnine süsteem (vaakumteraapia-VAC süsteem)
1642	Ekstrakorporaalne fotoferees
1636	Sensoorse(-te) närvi(-de) medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil ultraheli või röntgeni kontrolli all
1637	Sensoorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või röntgeni kontrolli all - kuni 4 punkti
1638	Sensoorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või röntgeni kontrolli all - iga järgnev punkt

2. 1. aprill 2024 ja 1. juuli 2024 tervishoiuteenuste loetelu muudatuste ülevaade

1. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1595 – Kodus kasutatav negatiivse rõhuga kinnine süsteem (vaakumteraapia-VAC süsteem)

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Naha-ja Suguhaiguste Arstide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on muuta loetelus olemasoleva teenuse „Kodus kasutatav negatiivse rõhuga kinnine süsteem (vaakumteraapia-VAC süsteem)“, kood 2682L rakendustingimust. Hetkel võivad teenusele suunata ortopeed, plastikakirurg, veresoontekirurg või üldkirurg. Taotluses tehakse ettepanek, et teenusele võib suunata ka dermatoveneroloog.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Eesti Naha-ja suguhaiguste arstide selts soovib TTLi uut teenust, negatiivse rõhuga haavaravi süsteemi. Süsteem oleks kasutatav krooniliste raskesti paranevate haavandite raviks, eeskätt venoossed või arteriaalsed jalahaavandid, diabeetilised, survehaavandid. Süsteem oleks kasutatav ambulatoorselt.

Vajadus uute meetodite kasutuselevõtuks on olemas, kuna kroonilised haavandid paranevad halvasti ja aeglaselt. Vaakumravi efektiivsus põhineb negatiivse rõhu tekitamisel haavandis, mis lähendab haavandi servi ja selle pindala, stimuleerib granulatsioonikoe ja uute veresoonte teket, vähendab eksudaati ja turset ja parandab kudede hapnikuvarustust.

Meetod on kasutusel alates 1990-ndatest ja on populaarne. Probleem seisneb selles, et tõendus vaakumravi efektiivsuse ja kulutõhususe kohta võrreldes tavaplaastritega on piiratud. Samuti on ka ravijuhendite soovitusel nõrgad.

Uuringud.

1. Vuerstaek, et al 2006 RCT (n=60 hospitaliseeritud haiget), kus hinnati vaakumravi efektiivsust kroonilise venoosse või kombineeritud venoosse-arteriaalse jalahaavandi ravimise võrreldes tavaraviga. Hospitaliseeriti haavade täieliku paranemiseni (periood kirurgilisest haavapuhastusest kuni 100% haavandi epiteliseerumiseni) ja jälgiti hiljem 12 kuud. Hinnati aega siirdamise ettevalmistamiseni ja haavade täieliku paranemiseni. Leiti oluliselt kiirem siirdamiseelne ettevalmistus, 7 vs 17 päeva, ja haavade täielik paranemine, 29 vs 45 päeva (stat olulised tulemused). 43-ndaks päevaks oli V.A.C. grupis haavand paranenud 90% haavanditest, kontrollgrupis oli 48%. Lisaks hinnati kaudseid kulusid ja leiti, et vaakumravi on odavam. Järeldati, et vaakumravi peaks olema valikravi krooniliste jalahaavandite korral. Tõendatuse kvaliteet mõõdukas.
2. Song, et al 2020 metaanalüüs (16 RCT, 630 patsienti) negatiivse rõhuga haavaravi efektiivsuse hindamiseks 3-4 astme survehaavandite ravimise võrreldes tavahaavaraviga. Haavade paranemismäär 61% vs 37% (stat oluline tulemus), haavad paranesid keskmiselt 16 päeva kiiremini ($p < 0,1$), valu skoor madalam, hospitaliseerimise kulud väiksemad, sidumise sagedus väiksem (kõik erinevused stat olulised). Metaanalüüsi kaasatud uuringud olid väikeste valimitega (n=12-70) ja suure nihke riskiga. Järeldati, et vaakumravi võib soovitada, kuid tulemuse peavad kinnitama suured heakvaliteetsed RCTd. Uuringu kvaliteet hea, meetodi tõendatuse kvaliteet mõõdukas-nõrk.
3. Gao, et al 2021 metanalüüs (n=13 uuringut, sh 2 RCT ja 11 kohorti) negatiivse rõhuga haavaravi efektiivsusest kirurgiliste infektsioonide ravimise (ortopeediline kirurgia jm). Leiti, et vaakumravi parandab paranemismäära (OR=5,8), paranemise kiirust (- 7 päeva), vähendab hospitaliseerimise aega (-3,8 päeva) ja tüsistuste riski (OR=0,54). Samas leiti tervishoiukulude suurenemine (733 USD). Järeldati, et vaakumravi võib olla efektiivsem kui tavaravi, kuid vajalikud on suuremad heakvaliteetsed RCTd. Nihkeid ei hinnatud. Metaanalüüsi kvaliteet keskmine, meetodi tõendatuse tase mõõdukas-nõrk.
4. Sahin, et al 2022, Türgis läbiviidud RCT (n=30), kus hinnati vaakumravi efektiivsust võrreldes tavaraviga (niiskelt sidumine) survehaavandite ravimise. Hinnati granulatsioonikoe moodustumist

haavandis haava diameetri ja PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing) skoori alusel. Teostati 4 mõõtmist, mille ajalust määratlust ei leidnud. Leiti, et granulatsioonikoe osakaal neljal mõõtmisel (% haavandi pinnast) suurenes mõlemas rühmas, aga oli konstantselt kahe- kuni kolmekordselt suurem kui võrdlusrühmas. Negatiivse rõhu rühma lisandus rohkem granulatsioonikude ($p < 0,5$). Lisaks leiti, et haavandite mõõtmed vähenesid oluliselt rohkem vaakumravi rühmas ($p < 0,5$). Uuringu probleem seisnes aga selles, et haavandite baasandmed mõlemas rühmas olid erinevad, mistõttu me ei saa olla kindlad, et tegemist ei olnud valikunihkega ja et randomiseerimine oli korrektselt läbi viidud. Tulemused valiidsus on piiratud. Tõendatuse tase väga madal.

5. Wu, et al 2023 Saudi Medical Journal, RCT ($n=100$), kus võrreldi negatiivse rõhuga haavaravi (-125 mmHg pidevalt, sidemeid vahetati üle kolme päeva) alginaatsidemega (imav niiske side, vahetati üle kahe päeva) diabeetilise haavandi ravis. Haavandite suurus 8-20 cm². Jälgimisperiod 2 kuud. Hinnati aega haava esimesest kirurgilisest puhastamisest siirdamisoperatsiooni valmiduse saavutamiseni. Leiti, et vaakumravi rühmas oli see aeg lühem, 15 vs 21 päeva, stat oluline erinevus. Paranemise operatsioonijärgne nahasiiriku elulemus: 100% vs 76%, stat oluline erinevus. Leiti ka parem veresoonte teke ja kollageeni moodustumine. Järeldati, et diabeetilise haavandi ravis siirdamise ettevalmistamisel on vaakumravi efektiivsem kui tavaravi imava sidemega. Tulemuse kinnitamiseks on vajalikud täiendavad suuremahulised RCTd. Uuringu kvaliteet hea, tõendatuse tase madal-mõõdukas.

Ravijuhised.

1. Management of Chronic venous leg ulcers (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) 2010 toob ära soovitus ühe hästi läbiviidud RCT alusel (Vuerstaek 2006), kuid vajalikud suuremad RCT-d
2. S3 Guideline of venous leg ulcers 2016 toob meetodi lühidalt ära ja ütleb, et see on näidanud efektiivsust kahes väikeses ebapiisava võimsusega uuringus, vajalikud suuremad RCTd. Soovitus level 3 (nõrk).
3. Apelquist, et al 2017 EWMA (European Wound Management Association) ülevaade ütleb, et tegemist on laialdaselt kasutatava, kuid nõrga-mõõduka tõendatuse tasemega meetodiga. Samas annab põhjaliku ülevaate ravi erinevatest aspektidest ja juhendid selle läbiviimiseks erinevatel erialadel. Sisuliselt on tegemist ravisoovitusega.

Kokkuvõttes populaarne ja laialdaselt kasutatav, kuid nõrga tõendatuse tasemega haavaravi meetod. Tõendus põhineb väikestel RCTdel ja kohortidel, mida on aga piisavalt ja enamus näitavad positiivset tendentsi. Sama näitavad metaanalüüsid. Suuri RCTsid ei ole läbi viidud. Ilmselt ei ole halvem kui tavaravi. Eksperdi arvamus ja kuluefektiivsuse hinnang.

Diskussioon

Toodi välja, et antud juhul ei ole vajalik teenuse tõendust hinnata, kuna teenus on tervishoiuteenuste loetelus juba olemas ning soovitakse selle kasutuse laiendamist dermatoveneroloogia erialale.

Kroonilise haavandiga patsientide suurest mahust tulenevalt tõstatus küsimus, kuidas toimiks patsientide selektsioon ja kas on kehtestatud konkreetsed ravi kriteeriumid. Leiti, et 2023. aasta ambulatoorse VAC süsteemi kasutamise statistika põhjal ei ole see Eestis väga laialt kasutatav teenus (24 patsienti ja 39 teenuskorda). Toodi välja, et taotleja hinnangul on ambulatoorse teenuse aastane kasutuskordade arv dermatoveneroloogia erialal suurusjärgus 50-60, mis on komisjoni arvates praegust kasutust arvestades üsna optimistlik. Toodi välja, et kuna seadme paigaldamine ei ole lihtne ja eeldab teatavat spetsialiseerumist (sh teenuseosutaja koolitamist), siis ei hakka kindlasti iga nahaarst seda kasutama.

Komisjon arutles, et VAC süsteemi paigaldamine nõuab põhjalikku ettevalmistust ja patsiendi õpetamist, kuidas seda kodus iseseisvalt kasutada. Komisjonil tekkis arutelu, kuna VAC süsteem on keeruline haavaravi meetod, siis kui suur on patsientide valmisolek seda iseseisvalt kasutada ja kuidas tagatakse patsientide nõustamine seadmega tekkivate probleemide korral. Toodi ka välja stsenaarium, et kui seade läheb kodus rikki, võib see patsiendile kasu asemel kahju tekitada.

Leiti, et kroonilised haavandid on nahaarstide pärusmaa, kuid tõstatus küsimus, kas siis peaksid teenust saama osutada ka perearstid (kui läheb ambulatoorsesse kasutusse). Leiti, et kuna seadme paigaldamine eeldab korralikku küretaaži, siis ei ole see ilmselt mõeldav.

Toodi välja, et statsionaaris kasutatakse teenust ilmselt oluliselt rohkem ning seal on kasutusel suuremad ja võimsamad masinad. Teenuse loetellu lisamise menetlusest meenutati, et tol korral arutati, et ambulatoorne VAC süsteem võiks olla eelkõige põhjendatud siis, kui algselt on patsiendil kasutatud statsionaarset seadet (sh seadme kasutus patsiendile selgeks tehtud) ning haiglast kiirema kojusaamise eesmärgil saaks kodus ambulatoorset seadet edasi kasutada.

Toodi välja, et tegelikult on ka taotluses (p. 7.6) välja toodud, et esmane teenusele suunamine toimub statsionaarses osakonnas, kus teostatakse vajalik diagnostika haavandi tekke põhjuste väljaselgitamiseks ning hinnatakse ravimeetodi sobivust patsiendile. Seejärel teostatakse osakonnas haavandipõhja ettevalmistus ning negatiivse rõhu süsteemi paigaldus haavandile. Osakonnas seletatakse patsiendile aparadi käsitsemist ning selgitatakse käitumisjuhendit võimalike ette tulevate situatsioonide/tüsistuste korral. Jälgitakse patsiendi ja haavandi valmisolekut jätkata ravi ambulatoorselt. Kui patsiendil puudub valmisolek seadme ja ravimeetodiga kodus hakkama saada või ei võimalda seda haavandi seisund, siis jätkub ravi statsionaarses osakonnas. Kodus ette tulevate probleemide korral on patsiendil võimalik helistada ööpäeva ringselt statsionaarse osakonna valveõele, kes vajadusel nõustab patsienti. Seega leiti, et teenuse osutamine on mõistlikult läbi mõeldud. Samas tõstatus küsimus, kas patsientidele on päriselt tagatud ööpäevaringne nõustamine.

Komisjon leidis, et on mõistlik lisada dermatoveneroloogia eriala kodus kasutatava negatiivse rõhuga kinnise süsteemi tervishoiuteenuse osutajate nimekirja, kuna teise spetsialisti juurde ümbersuunamine VAC-i kasutamiseks krooniliste haavandite ravimisel ei tundu mõistlik. Kuid vajalik oleks esitada taotlejale täpsustavad küsimused, millega selgitatakse VAC süsteemi kasutamise kriteeriumeid, mahtu ja rakendust:

1. Kuidas planeeritakse VAC süsteemi rakendust dermatoveneroloogia erialal?
 - a. Kuidas toimub patsientide seleksioon – millistel juhtudel on põhjendatud seadme kasutus?
2. Täpsustada, kas haiglatel ja nahaarstidel on valmisolek seadme paigaldamiseks – kui palju haiglaid ja kui palju dermatovenerolooge on huvitatud teenuse osutamisest?
3. Kuidas tagatakse VAC süsteemi paigaldaja väljaõpe?
 - a. Kuna senises praktikas kasutatakse VAC süsteemi ambulatoorselt pigem harva, siis kuidas tagatakse seadme paigaldaja kvalifikatsioon?
 - b. Kas lisaks seadme tootja väljaõppele on planeeritud koostöö ka kirurgidega või teiste kogemustega spetsialistidega?
4. Täpsustada, kui suur on VAC süsteemi hind ja hinnanguline kasutusmaht, millest tulenevalt on võimalik leida eelarvemõju.

Leiti, et kuluefektiivsuse hindamine ei ole vajalik.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas teenuse kasutuse laiendamist dermatoveneroloogia erialale, kuid soovitas enne täpsustada taotlejaga tõstatunud küsimuste osas.

Taotlus nr 1642 – Ekstrakorparaalne fotoferees

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Kudede ja Organite Transplantatsiooni Ühing

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada loetellu uus teenus – ekstrakorparaalne fotoferees. Ekstrakorparaalne fotoferees (ECP) on leukafereesil baseeruv immunomodulatiivne ravimeetod. Ekstrakorparaalse fotofereesi käigus eraldatakse spetsiaalselt selleks ettenähtud aparatuuriga verest leukotsüüdid (vahekiht), eraldatud vahekihile lisatakse fotosensitiivsust suurendavat 8-metoksüsporaleeni (8-MOP) ning rakud eksponeeritakse ultraviolettkiirgusele (UVA). UVA-le eksponeeritud vahekiht kantakse intravenoosselt tagasi patsiendile. Kõik need kolm etappi (vahekihi

aferees, 8-MOP lisamine ning UVA-le eksponeerimine) toimuvad ühe protseduuri käigus funktsionaalselt kinnises süsteemis.

Ekstrakorporaalse fotofereesi toimemehhanism on seletatav eelkõige immunomoduleeriva efekti kaudu. Fotofereesi tulemusel moduleeritakse dentriitrakkude, tsütokiinide profiili, T-rakkude subpopulatsioonide omavahelist vahekorda.

Taotluse alusel kasutatakse teenust järgmistel näidustustel - Mycosis fungoides, Sezari sündroom, äge GVHD, krooniline GVHD, kopsusiirdamisjärgne äratõukereaktsioon, südamesiirdamisjärgne äratõukereaktsioon, süsteemne skleroos, pemfigus, bulloosne epidermolüüs, atoopiline dermatiit. ECPd kasutatakse, kui muud ravimeetodid on ammendunud.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

ECP on pikaajalises kasutuses olnud immuunmoduleeriva ravi variant, kus autoimmuunmehhanismi kontrollimiseks kasutatakse leukotsüütide modifitseerimist UVA kiirgusega. Kuigi meetod on kasutusel juba pikka aega, on randomiseeritud prospektiivsete uuringute hulk minimaalne või praktiliselt puuduv ning tõenduspõhine info tuleneb retrospektiivsetest või prospektiivsetest üheharulistest uuringutest ning *real-life experience* või eksperihinnangutest. Sellest hoolimata on tõenduspõhise materjali hulk tänaseks märkimisväärne, mida tõestab ka meetodi lai aktsepteerimine erinevates rahvusvahelistes erialastes ravijuhistes. Teenust on taodelnud ägeda ja kroonilise *graft-vs-host* haiguse raviks, mycosis fungoidese ja Sezary sündroomi raviks, kopsusiirdamise ja südamesiirdamise järgseks äratõukereaktsiooni kontrolliks ning erinevate nahahaiguste raviks – pemfigus, omandatud bulloosne epidermolüüs, suu lichen planus, atoopiline dermatiit. Lisaks ka süsteemse skleroosi korral. Kaaluda võiks tervishoiuteenuse kasutamist ka Crohni tõve või erütematoosse luupuse korral. Teenuse tulemused on sõltuvalt näidustustest varieeruvad, kuid kõikidel eelpooltoodud näidustustel on tulemused paremad kui alternatiivselt kättesaadavatel ravidel. Olulisena tuleb välja tuua, et teenuse puhul on tegu väga väikese toksilisusega protseduuriga, grupp III-IV kõrvaltoimeid ei esine.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Eesti kudede ja organite transplantatsiooni ühing soovib TTLi lülitada uue teenuse, ekstrakorporaalse fotofereesi ehk fotokemoteraapia ehk fotoimmunoteraapia. Tegemist on immuunmoduleeriva raviga, mis mõjutab eelkõige T-rakke, põhjustades nende apoptoosi ja vähendades põletikku. Meetod võeti esmalt kasutusele naha T-rakulise nahalümfoomi (Sezary sündroomi) ravis 1988. Meetod põhjustab immunosupressiooni ja vähendab põletikku. Täna on meetod eeskätt kasutusel kutaanse T-rakulise lümfoomi (Sezari sündroom, mycosis fungoides) ravis, ägeda ja kroonilise GVHD (siiriku reaktsioon peremehe vastu) ravis ja tüvirakkude transplantatsioonil. Meetod on näidanud efektiivsust ka leukeemia, müeloomi, suurte organite siirdamise äratõuke reaktsiooni, sklerodermia, atoopilise dermatiidi, epidermolysis bullosa, lichen planuse, luupuse, pemfiguse, Crohni tõve, polüskleroosi ja T1D ravis. Meetodit kasutatakse spetsialiseeritud keskustes. Üle kogu UK on kuus keskust, mis meetodit kasutavad.

Protseduur põhineb leukotsüütide selektiivsel eraldamisel verest ja nende töötlemisel. Esmalt eraldatakse verest leukotsüüdid (leukaferees), mida töödeldakse kehaväliselt, eksponeerides neid fotosensitiseerijale (psoraleen) ja UV kiirgusele (fotoaktiveerimine). Sisuliselt on tegemist nende keemilise töötlemisega, mis mõjutab rakkude DNAd ja kutsub esile nende apoptoosi. Seejärel kantakse töödeldud rakumass tagasi patsiendile. Meetodi toimemehhanism ei ole veel täpselt teada, aga valdavalt eeldatakse, et apoptootiline rakumass koormab immuunsüsteemi üle, põhjustab immuunsüsteemi, eeskätt T-lümfotsüütide funktsiooni pärssimist ja suurendab põletikumediaatorite (põletikuvastaste tsütokiinide) produktsiooni, mis omakorda vähendab põletikku. T-rakulise lümfoomi ravis põhineb meetodi toime eeskätt lümfotsüütide apoptoosi tekitamisel. On ka hüpotees, et meetodil on viirusvastane toime, kuna on nähtud CMV infektsiooni pärssivat efekti transplantatsioonijärgset immunosupressioonravi saavatel patsientidel. Meetodit on kasutatud erinevate haiguste ravis, kuid tõendus selle efektiivsuse kohta on jätkuvalt piiratud, kuna enamus on harvikaigused, mistõttu RCTde läbiviimine on keeruline.

Tõendus ECP efektiivsuse kohta erinevate diagnooside lõikes on piiratud. Diagnoose ja uuringuid on palju, valdavalt juhkirjeldused, väikese valimiga retrospektiivsed kohordid, mis on põimitud metanalüüsideks. Toome ära süstemaatilised ülevaated ja metanalüüsid ja ravisoovitused.

1. Malik, et al 2014 SÜ ja metanalüüs ECP efektiivsusest GVHD (siiriku reaktsioon peremehe vastu) korral. Metaanalüüsi kaasati 18 uuringut aastatest 1984-2012. Võrdlusuuringuid ei leitud. Täielik ravivastus (complete response rate) esines 29% (95%CI 19-42), üldine ravivastus (overall response rate) 64%, 1-aasta elulemus 49% (29-70), organspetsiifilised ravivastused (nahk, maks, silm, suu, kops, GI, luu- ja lihassüsteem) varieerusid 48%-72%. Puudus võrdlus, mistõttu tulemuse hindamine subjektiivne. Esines suur heterogeensus ECP metoodika ja kestuse osas. Nihke riski ei saanud hinnata metoodiliste puuduste tõttu. Laste ja täiskasvanute vahel erinevusi ei leitud. Järeldati, et ECP on efektiivne suu, naha ja maksa GVHD korral, mõeldukalt efektiivne kopsu ja GI vormi korral. Tõenduse tase madal. Metaanalüüs ise oli korrektselt läbi viidud.
2. Chen, et al 2016 ECP efektiivsusest GVHD (siiriku reaktsioon peremehe vastu) korral pärast allogeenset tüvirakkude transplantatsiooni. Leiti 8 prospektiivset uuringut, sh 7 ilma võrdlusrühmata ja 1 RCT, n=176 kokku. Üldine ravivastus esines 66% ja täielik 46% juhtudest, organspetsiifilised varieerusid 80-46%. Ohutusprofiil oli hea. Võrreldes teiste immuunsupressivsete teraapiatega pikaajaliste tüsistuste riski ei esinenud. Järeldati, et meetod steroidrefraktaarse GVHD ravis on lootustandev. Vajalikud suuremad kohortuuringud. Täistekst saadaval ei olnud. Uuringus puudus võrdlus. Tõendatuse tase madal.
3. Delbrück, et al 2022 metaanalüüs ECP efektiivsusest süsteemse skleroosi (scleroderma) ravis. Tegemist oli esimese süsteemse ülevaatega antud teemal. Leiti 3 RCTd (n=132), kus võrdluseks kasutati ravi puudumist, sham fotofereesi ja D-penitsillamiini. Välja jäid ilma võrdluseta ja enne-pärast uuringud. Kõigis uuringutes hinnati nahanähtude skooride keskmist erinevust uurimiserühmade vahel. Leiti, et keskmine erinevus ravi järgselt oli -0,11 punkti (-0,45+0,23, p=0,54), seega tulemused ei erinenud. Järeldati, et olemasoleva tõenduse baasil ei saa järeldada, et ECP oleks skleroderma ravis efektiivsem kui eelnimetatud võrdlused. Tõendatuse tase nõrk-mõeldukas, metanalüüs hea kvaliteediga.
4. Buder, et al 2022 Cochrane metanalüüs ägeda GVHD efektiivsusest lastel ja noortel. Äge GVHD on juhtiv haigestumuse ja suremuse põhjus hematopoeetiliste tüvirakkude transplantatsiooni järgselt, esineb 8-85% ravitud lastest. Täna ravitakse seda eeskätt kortikosteroididega. Paraku puudub standardravi steroid-refraktaarse GVHD korral. Hinnati ECP efektiivsust ja ohutust GVHD ravis lastel ja noortel. Tulemus: ei leitud ühtegi RCT efektiivsuse hindamiseks. Järeldati, et ECP efektiivsus GVHD ravis lastel ja noortel on teadmata.
5. Buder, et al 2022 Cochrane metanalüüs kroonilise GVHD efektiivsusest lastel. Tulemus oli sama mis ägeda GVHD analüüsil. Täna soovitus põhinevad retrospektiivsetel andmetel või juhuanalüüsidel. Efektiivsuse hindamiseks on vajalik rahvusvaheline koostöö ja multikeskuselised uuringud. Lisaks on vaja luua rahvusvahelised registrid. Raviotsuse korral tuleb kaaluda kasu ja kahju tasakaalu.
6. Ali, et al 2023 RCT ECP efektiivsusest GVHD ennetuses tüvirakkude transplantatsiooni korral (n=157). Tegemist esimese teemakohase RCTga. Uuriti, kas transplantatsiooni järgne ECP aitab ära hoida GVHD teket aasta jooksul. Aasta jooksul tekkis GVHD 45-1 vs 52-1 uuritava, HR 0,82, 95%CI 0,55-1,22. Erinevusi ägeda ja kroonilise vormi esinemisel ei leitud. Samas protokollijärgsel analüüsil leiti GVHD määras stat oluline erinevus, 46% vs 68%, HR 0,47, p=0,006. Teistes näitajates (relapse-free survival, event-free survival, OS, suremus) erinevusi ei leitud. Järeldati, et ITT analüüs ei toeta ECP rakendamist GVHD profülaktikas. RCT hea kvaliteediga, tõendatuse tase mõeldukas-tugev.
7. DeFilippe, et al 2024 metaanalüüs ECP efektiivsusest steroid-refraktaarse kroonilise GVHD korral. Metaanalüüsi võeti 47 uuringut valimiga >10, n=2361. Valdav enamus olid retrospektiivsed juhuanalüüsid. Üldine elulemus 12. kuul oli 84%, 60. kuul 58%. 12. kuu progressioonivaba elulemus (failure-free survival) 61%. Üldine ravivastus 3.-4. kuul 45% ja 6.-8. kuul 58%. Nahaspetsiifiline ravivastus 2.-3. kuul oli 35% ja 4.-6. kuul 54%. Heterogeensus 65-91%. Järeldati, et ECP olid head tulemused. Puudusid võrdlused. Tõendatuse tase madal, metanalüüs hea kvaliteediga.

Ravijuhendid.

1. Terhaar, et al 2024 ECP efektiivsusest ja ohutusest dermatoloogias: ülevaade tõendusest ja ravijuhistest. ECP on afereesil põhinev meetod, mida kasutatakse dermatoloogias eeskätt T-rakulise lümfoomi nahavormide ravis, näiteks Sezari sündroom või mycosis fungoides. Kasutatakse ka ravirefraktaarse atüüpilise dermatiidi korral. Tõendus ECP efektiivsuse kohta nende haiguste ravis on aga ebaselge ja piiratud. Enamus on juhukirjeldused, leiab ka väikeste valimitega retrospektiivseid kohorte.

Ravijuhiste soovitused dermatoloogias.

- ASFA (American Society for Apheresis) 2019 hindab tõendatusa taseme nahahaiguste ravis valdavalt ebapiisavaks (III, insufficient evidence) ja annab soovitus 2 (weak recommendation), sealhulgas atoopiline dermatiit, sklerodermia, nefrogeenne süsteemne fibroos, pemfigus ja psoriaas. Ei anna soovitus nahaluupusele, epidermolysis bullosale, lichen planusele, pityriasis rubrale. Ainuke diagnoos, kus soovitatakse esmavalikuna (I) ja soovitus tugev (1B), on kutaanne T-rakuline lümfoom (erüthrodermiline vorm). Mitteerüthrodermilise vormi tõendus samuti ebapiisav (III) ja soovitus 2C (nõrk, madal tõendus).
 - EDF (European Dermatology Forum) ECP Guidelines 2020 soovib tõsise refraktaarse atoopilise dermatiidi teise rea raviks, kutaanse T-rakulise lümfoomi esmavalikuks, refraktaarne süsteemravigil epidermolysis bullosa, kaaluda refraktaarse lichen planuse ravis, sklerodermia teiseseks raviks, refraktaarse pemfiguse raviks süsteemse ravi foonil. Teistele diagnoosidele inconclusive evidence või efekti ei ole näidatud.
2. Nygard, et al 2020 Nordic ECP Quality Group juhised ECP kasutusest ägeda ja kroonilise GVHD korral. Tegemist on kõigi Põhjamaade ECP keskuste konsensusdokumendiga, mille eesmärk on anda ülevaade tõendusest ja ühtlustada tõenduspõhine ravipraktika. ECP on üks sagedamini kasutatavaid teraapiad steroid-resistentse GVHD korral. Kirjanduse ülevaade andis 26 allikat ägeda ja 36 kroonilise GVHD ravi kohta. Uuringud olid väikesed, retrospektiivsed ja heterogeensed nii patsientide populatsiooni, ravitaktika kui tulemusnäitajate osas. Üldiselt leiti, et enamus patsiente said osalise ravivastuse, kuid selle määr sõltus kahjustatud organist. Võrdlusuuringud teiste ravimeetoditega puudusid. Tõenduse tase on madal ja vajalikud on edasised prospektiivsed võrdlusuuringud. Samal ajal on vajalik ravi standardiseerimine ja süstemaatiline jälgimine ja tulemuste analüüs. Andis soovitus sobivate patsientide valikuks, raviks ja jälgimiseks.
 3. Knobler, et al 2020 Euroopa dermatoloogia foorumi juhised ECP kasutamiseks. Põhjalik ülevaade patoloogiast, kasutusest, tõendusest, praktilised juhised raviks. Mõõnab, et tõendus pärineb retrospektiivsetest ja prospektiivsetest võrdlusrühmata uuringutest, toob ära ravivastuse määrad, kuid järeldab, et meetod on efektiivne naha T-rakulise lümfoomi, kroonilise ja ägeda GVHD ravis ja olemasolev tõendus on piisav soovitusel. Refereerib ka teisi ravijuhiseid ja annab soovitus sobivate patsientide valikuks ja raviskeemideks.

Kokkuvõttes piiratud ja heterogeense tõendusega meetod erinevate seisundite ravis, eeskätt T-rakuline lümfoom, steroid-refraktaarne äge ja krooniline GVHD. Kogu ülevaate peale ei tekkinud arusaama selle efektiivsusest, kuna puudub võrdlus. Soovitus põhinevad eeskätt ekspertide konsensusel, kes seda ise kasutavad. Võrdluse puudumisel on keeruline läbi viia kuluefektiivsuse hindamist, kuid see on vajalik, kuna tegemist on ilmselt kalli protseduuriga.

Diskussioon

Komisjon tõi välja, et kuna ekstrakorporaalset fotofereesi (ECP) kasutatakse harva, siis efektiivsuse andmeid on vähe, kuid samas ohutuse andmed on piisavad. Komisjoni sõnul on teenuse efektiivsust ja kulutõhusust andmete puudumise tõttu raske hinnata, samas ei ole nendele vähestele patsientidele pakkuda võrdväärset alternatiivset ravimeetodit. Lisati, et teenus on näidustatud juhul, kui muud ravimeetodid on end ammendanud ning teenuse prognoositav maht on 100-120 juhtu aastas. Kuigi tõenduspõhisus ei ole tõenäoliselt tugev, siis alternatiivide puudumisest tulenevalt tuleks välja selgitada protseduuri maksumus, et hinnata teenuse lisamise põhjendatust tervishoiuteenuste loellu.

Arutati, kuidas saaks kulutõhusust hinnata, kui puuduvad piisavas mahus kliinilised uuringud ning teenuse näidustuseks on palju erinevaid diagnoose. Leiti, et võimalik oleks erinevatest uuringutest andmed sünteesida, kuid kuna selline hindamine on komplekssem ja ajamahukam, siis pakuti välja, et kulutõhususe hinnangu võiks koostada Tartu Ülikool TTH raportina. Sellisel juhul läheks otsustamisega küll kauem aega, kuid vastasel juhul on otsustamiseks liiga vähe andmeid.

Komisjon soovis lisaks ekspertide arvamust ekstrakorporaalse fotofereesi tulevikuperspektiivist, kas antud protseduuri kasutusvaldkond võiks tulevikus laieneda või jääb uute ravimeetodite tulekuga selle kasutus pigem väiksemaks.

Komisjoni arvamus

Komisjon leidis, et kulutõhususe hindamine on vajalik ja tegi ettepaneku jätta Tervisekassa otsustada, kas Tervisekassa tellib Tartu Ülikoolilt TTH raporti.

Taotlus nr 1636 – Sensorse(-te) närvi(-de) medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil ultraheli või röntgeni kontrolli all

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: MTÜ Eesti Valu Selts, Eesti Anestesioloogide Selts, Eesti Ortopeedia Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada loetellu uus teenus – sensorsete närvide medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil ultraheli või Rõ kontrolli all. Teenus on näidustatud kroonilise aksiaalse valu korral lülisamba nimme-, rindkere või kaelapiirkonnas või kroonilise sakroiliakaal liigete põhjustatud valu korral. Teenus on vajalik patsientide valiku tegemiseks raadiosagedusliku ablatsiooni (RFA) teostamiseks. Diagnostiline protseduur toimub sõltumata RFA tegemisest (negatiivse tulemuse korral RFA-d ei teostata) ja erinevatel päevadel.

Taotlus nr 1637 – Sensorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või röntgeni kontrolli all - kuni 4 punkti

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: MTÜ Eesti Valu Selts, Eesti Anestesioloogide Selts, Eesti Ortopeedia Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada loetellu uus teenus – sensorsete närvide, närvipõimikute või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon, kuni neli punkti. RFA on väheinvasiivne protseduur, mis kasutab soojust, et lülitada välja närvid, mis vastutavad valu signaalide edastamise eest fassettliigestes. RFA võib pakkuda pikemaajalist valu leevendust võrreldes süstidega. RFA on näidustatud kroonilise aksiaalse valu korral lülisamba nimme-, rindkere või kaelapiirkonnas või kroonilise sakroiliakaal liigete põhjustatud valu korral.

Taotlus nr 1638 – Sensorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või röntgeni kontrolli all - iga järgnev punkt

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: MTÜ Eesti Valu Selts, Eesti Anestesioloogide Selts, Eesti Ortopeedia Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada loetellu uus teenus – sensorsete närvide, närvipõimikute või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon, iga järgnev punkt. Erineb RFA kuni neli esimest punkti teenuse kirjeldusest ressursi kulude poolest.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirulevaade (komisjoni analüüs)

Komisjon hindas kõiki kolme taotlust koos.

MTÜ Eesti Valu Selts soovib TTLi lülitada kaks uut teenust, sensorsete närvide medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil ja sensorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionide raadiosageduslik denervatsioon (RFD). Diagnostiline blokaad on vajalik enne raadiosageduslikku ablatsiooni, et selgitada välja valu põhjustav kolle. Diagnostilise eesmärgil proovitakse lokaalanesteetikumiga blokeerida fassettliigese sensoorne innervatsioon. Näidustuseks on krooniline

intensiivne valu lülsamba erinevates piirkondades ja sakrumi piirkonnas, kui eeldatakse, et valu põhjus on fassetlliigestes ja eelnev medikamentoosne ravi ja füsioteraapia ei ole 6 kuu jooksul andnud soovitud tulemust. RFD ise on väheinvasiivne protseduur, mis kasutab soojust, et "lülitada välja" närvid, mis vastutavad valu signaalide edastamise eest fassetlliigestest. See võib pakkuda pikemaajalist valu leevendust võrreldes lokaalanesteetikumise või kortikosteroidide süstidega. RFD tundub olevat laialdaselt kasutatud, aga ebakindla tõendatuse profiiliga, valdavalt võrdlusrühmata uuringutest. Viimastel aastatel on lisandunud uued RCTd ja metanalüüsid.

Taotlus 1636 meenutab 2019. aasta veebruaris ja juunis arutlusel olnud taotlusi 1356 ja 1357 (diagnostiline blokaad), taotlused 1636 ja 1367 meenutavad samal ajal arutlusel olnud taotlust 1358 (sensoorsete närvide raadiosageduslik ablatsioon). 2019. aasta joonis teostati põhjalik tõenduse ja ravijuhiste ülevaade, küsiti ekspertarvamus, teostati kuluefektiivsuse hindamine ja arutati võimalikku rakendamist. Tõendus oli pigem nõrk, erinevad metanalüüsid ja RCTd näitasid erinevaid efektiivsuse tulemusi, ravijuhised põhinesid konsensusel ja andsid nõrga soovitusel. Ekspert pigem soovitas ja piiratud valiidusega andmetel põhinev arvutus näitas kuluefektiivsust. Arutlusel oli, et valuravi meetodite kliiniliste uuringute disainimine on raskendatud, sest valu hindamine on subjektiivne ning tulemusi mõjutab platseeboefekt. Komisjon nägi ohtu ülekasutamisele. Tõstasid küsimused, millistel erialadel teenust osutatakse, kuidas toimub patsiendi liikumine ning milline on patsiendikeskne lähenemine valuravi korral. Kuna tõendus oli heterogeenne ja tase mõõdukas-nõrk, tegi komisjon ettepaneku küsida neurokirurgide seltsilt üldist soovitusi RFD kohta ning arvamust patsientide liikumise ja rakendustingimuste osas. Ühtlasi juhtis komisjon tähelepanu, et teenuse nimetused oleksid selged ja keeleliselt korrektsed.

Tänaseks on esitatud uued täpsustatud taotlused uute uuringuandmetega.

Uued uuringud.

1. Mehta, et al 2018 RCT (n=17) RFA efektiivsusest alaseljavalu ravis võrreldes shamiga. Hinnati valu vähenemist skaalal 0-10 3 kuu pärast. Leiti, et sekkumiserühmas vähenes valu 8,1 kuni 3,4-ni (langus statistiliselt oluline), kontrollidel püsis (langus 7,3-lt kuni 7-ni). Tulemused olid samad ka 6. kuul. Väikese valimiga uuring, mistõttu tulemustele ei saanud teha korralikku statistilist analüüsi. Kvaliteet madal.
2. Chen, et al 2019 metaanalüüs (n=980, 15 RCT) RFD efektiivsusest lumbosakraalvalu ravis võrreldes konservatiivse tavaraviga. Leiti, et puulitud valuskoori langus oli keskmiselt 1,5 (95%CI 2,1-0,8, skaalal 0-10), elukvaliteedi paranemine EQ-5D (skaalal 0-100) keskmiselt 6,5 (-1,2 - 14,2), puude vähenemine Oswestry Disability Indexi alusel (alaseljavalu elukvaliteedi hindamise standard skaalal 0-50) -5,6 (-9,2 - -2,1). Toime püsis 2 kuu jooksul. Üllataval kombel hinnati originaaluuringute nihet valdavalt madalaks. Järeldati, et alaseljavaluga patsientide elukvaliteet, valu ja muud funktsionaalsed näitajad paranesid oluliselt. Samas lisati, et vajalikud on edasised uuringud. Metaanalüüsi kvaliteet hea.
3. Chappell, et al 2020 BMJ metanalüüs RFD efektiivsusest lumbosakraalsete struktuuride mõjutamisel võrreldes ravi puudumise või platseeboga kroonilise alaseljavaluga patsientidel. Leiti 19 RCTd aastatest 2014-2019, n=600. Leiti lühiaegne (1-3 kuud) statistiliselt oluline kliiniliselt piiripealne valu vähenemine lülsamba fassetlliigeste mõjutamisel, keskmine erinevus valuskaalal 0-10 oli -0,56, 95%CI -1.13 - 0,01; sakroiliakaalpiirkonna mõjutamisel 1-3 kuud -1.53 (-2,6 - -0,5); intervetebraalsete diskide mõjutamisel -0,98, CI -1.84 - -0.12. Samas leiti, et platseeboefekt on suur ja rühmade keskmine valuskoori erinevus oli <1 punkti (valuskaalal 0-10). Pikaajaline efektiivsus on ebaselge. Tõenduse kvaliteet enamuses uuringutes oli madal või väga madal ja efektiivsus on jätkuvalt küsitav, eriti pikaajaliselt. Järeldati, et meetod on lühiajaliselt väikese positiivse efektiivsusega. Metaanalüüsi kvaliteet oli hea.
4. Chen, et al 2022 RCT (n=270) RFD efektiivsusest lumbaalsete fassetlliigeste mõjutamisel võrreldes konservatiivse tavaraviga eakatel. 6 kuu jooksul toimus paranemine mõlemas rühmas. Probleemiks oli, et efektiivsuse hindamisel nii valu kui elukvaliteedi osas hinnati skooride väärtuse languse erinevust ja mitte skooride eneste erinevust erinevates ajapunktides. Langused oli statistiliselt erinevad, aga kas ka väärtused, jäi ebaselgeks. Valuskoori erinevus 1. kuul oli

1,4 punkti, 3. kuul 1,1 punkti, 6. kuul 2,2 punkti (skaalal 0-10). ODI skoori erinevus 1. kuul 3,5 punkti, 3. kuul 4,4 punkti, 6. kuul 4,3 punkti (skaalal 0-50). Ilma statistilise analüüsita saab hinnata, et sellised erinevused võisid olla piiripealselt kliiniliselt olulised. Järeldati, et RFD on efektiivne valu ravis ja funktsiooni paranemisel ja selle toime kestab kuni 6 kuud. Tõendatuse tase mõõdukas.

5. Li, et al 2022 metaanalüüs RFD efektiivsusest alaseljavalu ravis (n=10 RCT, 715 patsienti). Leiti mõõdukas tõendus, et tava-RFD on lühiajaliselt shamist efektiivsem alaseljavalu ravis (keskmine erinevus -1,58 (95% CI -2,98 - -0,18), nõrk tõendus, et on efektiivsem ka pikaajaliselt (MD -4.90, 95% CI, -5.86 to -3.94). Nõrk tõendus, et pulss-RFD on efektiivsem pikaajaliselt (MD -1.30, 95% CI, -2.17 to -0.43). Lisaks leiti nõrk tõendus ka fassetliigete kapsli denervatsiooni ja endoskoobi kontrolli all teostatud RFD efektiivsuse kohta nii lühi- kui pikaajaliselt. Järeldati, et RFD on alaseljavalu ravis efektiivne. Metaanalüüs oli kvaliteetne. Tõendatuse tase nõrk-mõõdukas.

Ravijuhised.

1. Saksamaa fassetliigete RFD ravijuhised 2023 soovivad diagnostilist blokaadi enne RFDd (nõrk- kuni mõõdukas tõendus, konsensussoovitus) (inglisekeelne versioon ei olnud saadaval)
2. NICE alaseljavalu käsitusjuhised täiskasvanutel 2016 (täiendatud 2020) soovivad RFD kroonilise alaseljavaluga isikutel, kui konservatiivne ravi ei ole aidanud ja valu allikas pärineb fassetliigestest ja lokaliseeritud valu skaalal 0-10 on >5. Kasutada ainult neil alaseljavaluga patsientidel, kellel diagnostiline blokaad (medial branch nerve block) on olnud positiivne.

Kokkuvõttes nõrga-mõõduka tõendusega vähese toimega meetod, mida ravijuhised soovivad teise rea valikuna, kui konservatiivne ravi ei ole olnud tulemuslik.

Diskussioon

Taotlused nr 1636, 1637 ja 1638 olid arutlusel korraga.

Toodi välja, et krooniline seljavalu on väga laialt levinud probleem ning üldjuhul annavad valuravi uuringud pigem tagasihoidliku efektiivsuse, kuna osal patsientidel on väga hea efekt ning osal puudub efekt täielikult. Lisaks sõltub tulemus palju patsientide selektsioonist. Seetõttu ei pruugi oluliselt paremaid efektiivsuse andmeid ka tulla, kuid täiendav valuravimeetod oleks komisjoni hinnangul vajalik.

Arutelule tuli veel, kas need taotlused koondada Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelus ühe koodi alla, kuid leiti, et mõistlik on neid eristada erinevate koodidega, kuna sensoorse(-te) närvi(-de) medikamentooset blokaadi teostatakse diagnostilisel eesmärgil ja kõikidele patsientidele see meetod ei aita ja kõikidele patsientidele sensoorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ei järgne.

Toodi välja, et diagnostika teenust ei saa enne toetada, kui on teada, et sellele järgnev ablatsioon on tõendus põhine.

Toodi välja, et diagnostilisel eesmärgil blokaadide tegemist ei tohiks liigselt kasutada. Komisjon soovitas määrata rakendustingimused, kus selgitatakse protseduuride omavaheline sidusus ja täpsustatakse blokaadide tegemise piirang enne RFA-d. Sidusus tähendab, et sensoorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionide raadiosageduslikku ablatsiooni (RFA) ei saa teostada enne, kui on tehtud sensoorse(-te) närvi(-de) medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil ultraheli või röntgeni kontrolli all ning enne peab kindlaks tegema, kas RFA on patsiendile näidustatud, siis saab teostada sensoorse(-te) närvi(-de) medikamentooset blokaadi diagnostilisel eesmärgil. Teiseks piirata protseduuri teostajad, kelleks on pädevusega valuravi spetsialistid/radioloogid (piirang kindlasti vähemalt ablatsiooni läbiviijale). Kolmandaks toodi välja kiirguskoormuse piiramise lisamine rakendustingimustesse, see peab alluma meditsiiniiriituse kliinilisele auditile, mis on niisugustel protseduuridel õigusaktidega reguleeritud. Komisjon toetab taotlusega edasiminekut ja täiendavat eksperdi arvamust ei küsita, kuna hinnang on juba 2019. aastal tellitud. Järgmiseks on vaja koostada kulutõhususe hinnang, kus selgitatakse muuhulgas välja teenuse hind ja teenuse mahu prognoos. Pärast KTH koostamist tuleb taotlus uuesti komisjoni arutelule.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku koostada kuluefektiivsuse ja eelarvemõju hinnang ning tuua taotlus seejärel uuesti komisjoni arutelule.

2. 1. aprill 2024 a. ja 1. juuli 2024 a. tervishoiuteenuste loetelu muudatuste ülevaade

Töötasud

1.aprillil muutusid teenuste hinnad seoses kollektiivlepinguga, muudeti teenustes sisalduvat palgakomponenti, sh arvestati uusi nädalavahetusel tehtava töö ja öötöö koefitsiente, lisaks sellele lisandus valve üleandmise tasu. Valveringidesse ja voodipäevadesse lisatakse 15 minutit valve üleandmiseks.

Nõukogu ettepanekul tõsteti aasta aega tagasi kliinilise psühholoogi töötasu ja rakendati koefitsienti, eesmärgiga hoida kliinilisi psühholooge rohkem haiglavõrgu arengukava haiglates ja Tervisekassa lepingupartnerite juures. Selletõttu, et palju osutatakse psühholoogi teenuseid tasuliselt ja maht on lepingupartnerite juures pigem kasvanud. Tervisekassa otsustas jätkata kliiniliste psühholoogide kõrgendatud töötasuga.

Uued teenused

Uueks teenusteks on 1. juulil rakenduv vanglameditsiiniteenus, mille rahastamise võtab Tervisekassa üle. Vanglameditsiini rahastusega makstakse valmisolekutasu raviasutusele, kes vanglas kohapeal teenust osutab, selleks on defineeritud pakett ja partneriteks on haiglad. Kui aga kinnipeetav kasutab haiglas tervishoiuteenuseid, siis kasutatakse tavapäraselt tervishoiuteenuste loetelu.

Eelnevalt komisjonis kokkulepitud eriõe teenused lisati tervishoiuteenuste loetellu. Toodi välja, et haiglate huvi on suur, soovitakse alustada ligi 25 eriala teenuse osutamisega, tingimuseks on raviteekondade läbimõtlemine, kuidas õdede ja arstide rollid on jaotunud. Lisaks rakendatakse lisatasu perearsti nimistut teenindava eriõe eest.

Komisjon on teinud eelnevalt ettepaneku diafragma/freenilise närvi stimulaatori transmitter lisamiseks, ka see teenus rakendub 1. juulist.

Juhtprojektid

Töötervishoiuarsti e-konsultatsioon ja vastuvõttud, mis on seotud Ravikindlustuse seaduse muudatusega, millega on võimalik määrata rohkem kui 2 kuud töövõimetuslehel olnud inimestele väikese koormusega kohandatud töötingimusi. Perearstidel on võimalik töötervishoiuarstiga sellel teemal e-konsulteerida.

Pikendatakse kahte juhtprojekti – juhtumikorraldus psühhiaatrias ja psoriaasi kaugjälgimine. Mõlemad juhtprojektid on olnud varem komisjoni arutelus. Juhtprojektil juhtumikorraldus psühhiaatrias esmased tulemused on olnud positiivsed. Psoriaasi kaugjälgimisele tehakse põhjalikum uuring tõendus põhise ja kulutõhususe hindamiseks.

Võimaldatakse insuldi raviteekonna koordineerimise teenust kasutada ka juhtprojekti mitte osalenud haiglatel. 1. juulist rakendub üle-eestiline insuldi raviteekonna standard.

Piirhindade muudatused

Kiirabis nüüdisajastatakse koolituse, tarvikute ja ravimite, sõiduki, sõiduki sisustuse, administratsiooni ja IT-kulude komponentide maksumusi. Kiirabi mudelis kustutatakse eraldi SARS-koroonaviirus-2 RNA määramise teenused. Selgituseks toodi, et kuna pandeemia on möödas, siis kasutatakse edaspidi olemasolevaid tervishoiuteenuste loetelu koode. Lisaks muudetakse DRG piirhindu ja nüüdisajastatakse Hiiumaa Haigla valmisolekutasu.

Lisakulud

Lisakulu kokku 2024. aasta aprillist alates on 96,6 miljonit eurot, sellest kõige suurem lisakulu 86 miljonit eurot on seotud kollektiivlepinguga.

Muudatus	Lisakulu al aprill 2024 (mln eurot)
Tervishoiuteenuste loetelu muutmise taotlused (v.a nüüdisajastamine)	0,69
sh haiglaravimid	0,61
sh eriarstiabi, haiguste ennetus ja tervisedendus	0,07
Horisontaalsed muudatused	86,00
01.04.2023 rakendunud kollektiivlepingu töötasude mõju alates 01.04.2024 (sh kiirabi, residendid)	86,00
Muud eriarstiabi ja õendusabi muudatused	8,41
Kliinilise psühholoogi lisakoeffitsiendi pikendamine	1,87
Psühhiaatria juhtumikorraldaja	0,50
Valveringidesse ja voodipäevadesse 15 minutit valve üleandmiseks	0,30
Psoriaasi kaugjälgimine juhtprojekt	0,03
Vanglameditsiini rahastamine	3,70
Insuldi koordinaator	0,06
Eriõe vastuvõttud	1,20
E-konsultatsioonid (töotervishoiuarst)	0,09
Töotervishoiuarsti vastuvõttud	0,24
Arstliku ekspertiisi multidistsiplinaarse eksperdikomisjoni teise koosseisu lisamine	0,43
Kiirabi muudatused	1,50
Kiirabi kulumudelil nüüdisajastamine	1,50
Kokku	96,60

1. juuli muudatusettepanekud

Horisontaalsed muudatused

Tervishoiuteenuste loetellu lisatakse teenusena kuutasu tervishoiuteenuse osutaja vastutuskindlustuse kindlustuskohustuse täitmiseks. 2022. aastal võeti vastu Vastutuskindlustuse seadus, mis rakendub ilmselt 2024. aastal ja mida rahastab Tervisekassa. Lähtutakse raviasutuse tegelikest kuludest kindlustuspoliiside alusel, sealt arvestatakse maha tasuliste teenuste proportsiooni. Määratletakse asutusepõhiselt piirmäärade arvutamise loogika, kui palju igale asutusele oleme valmis maksma. See muudatus puudutab ka kiirabi.

Perearstiabi

Perearstiabi jätkusuutlikkuse teemad on olnud varem komisjonis arutusel, on teada, et hetkel on 30% perearstidest pensionieas. On näha, et peab katsetama erinevaid perearstiabi osutamise teenusemudeleid. Hetkel on Tõrvas käimas pilootprojekt, kus vaadatakse töökorraldust, kus perearstil on abis üldarstid. Peagi lisatakse selle juhtprojektiga veel üks piirkond, kus tahetakse katsetada sama töökorraldust. Sellest tulenevalt kohandatakse olemasoleva teenuse tingimusi.

Lisaks katsetatakse digikliiniku lahendust, kus inimese esimeseks kontaktiks on digikliinik. Kui digimoel ei saa probleemi lahendatud, liigub patsient edasi pereõe või perearsti juurde. Piirkonnad selgitatakse koos perearstidega, kus digikliiniku lahenduse katsetamist läbi viiakse. Lisatakse digikliiniku juhtprojekti läbiviimiseks vajalikud teenused.

Täpsustatakse esmatasandi tervisekeskuses rollide ümberjaotamise juhtprojekti tingimusi. Täpsustatakse perearstiabi asendusteenuse osutaja sõidukulu arvestamise meetodikat. Täiendatakse e-konsultatsiooni erialade ja teenuste loetelu pea- ja kaelakirurgia, radioloogia ja endoproteesimisega. Viimane on olnud eelnevalt osa ortopeedia konsultatsioonist. Näitena toodi välja, et läbi radioloogia e-konsultatsiooni tekib perearstidel võimalus KT ja MRT tellimiseks.

Eriarstiabi

Tervishoiuteenuste loetelus tehakse muudatusi helikopteriga veo piirhinna osas ning täpsustatakse, et Tervisekassa tasub PPA-le kiirabilendude eest halduslepingu kaudu.

Võimaldatakse erialadevahelist e-konsultatsiooni kui töotervishoiuarsti e-konsultatsioonile suunab ämmaemand. Kuna ämmaemandatel on võimalus väljastada töövõimetuslehte, siis nüüd on võimalus ämmaemandatel töotervishoiuarstiga konsulteerida läbi e-konsultatsiooni.

Laiendatakse kuni 19-aastaste patsientide laserkirurgiliste operatsioonide ja koduse pulssoksümeetria teenuste näidustusi.

Täpsustatakse, et vaksineerimine on arvestatud õe ja eriõe vastuvõtu teenustesse. Vaksineerimine on osa õe vastuvõtust, topeltkodeerimine pole vajalik.

Seoses kopsuvähi sõeluuringu juhtprojekti kaasamisperioodi pikenedamisega pikendatakse madaladoosilise rindkere kompuutertomograafia uurigu tegemise tähtaega. Sisuliselt tähendab see kopsuvähi sõeluuringu tähtaja pikendamist aasta lõpuni.

Metoodika

Muudetakse perearstiabi teenuste asukohti perearstide fondides, kus katusega fondist liiguvad teenused katusega fondi.

Võimaldatakse perearstile tasuta kompuutertomograafiliste ja magnetresonantstomograafiliste uuringute eest.

Täpsustatakse koolitervishoiu kvaliteedisüsteemi metoodikat. Täienduseks lisandub ka HPV vaksineerimine poistele ja vanusepiirang laieneb.

Laiendatakse tervishoiutöötajate ringi, kelle suunamisel tasustatakse tervishoiutöötajaga võrdsustatud isiku poolt osutatud tervishoiuteenuse eest. Tervishoiutöötajaga võrdsustatud isikud on uued Tervisekassa lepingupartnerid, kelleks on logopeedid, psühholoogid ja füsioterapeudid. Kui seni on saanud nende lepingupartnerite juurde vaid perearstid teha saatekirju, siis nüüd saavad ka eriarstid nende spetsialistide juurde saatekirju teha.

Muudetakse olemasolevaid lisasid (3 ja 15) ning lisatakse uued lisad (66-68).

Lisakulud

Lisakulud alates juulist 2024 (6 kuud) on 3,42 miljonit eurot, sellest kõige suurema summa moodustab vastutuskindlustus, milleks on 2,5 miljonit eurot.

Muudatus	Lisakulu al juuli 2024 (6 kuud)
Haiglaravimite muudatused	0,18
Vastutuskindlustus	2,50
Perearstiabi muudatused	0,10
Digikliiniku teenused	0,07
Juhtprojekt rollide ümberjaotamiseks esmatasandi tervisekeskustes	0,03
PPA kiirabilennud	0,64
Kokku	3,42

Diskussioon

01.04.2024 muudatuste osas sooviti täpsustada, kas vanglameditsiini rahastamine tuli Tervisekassasse üle koos rahaliste vahenditega. Tervisekassa selgitas, et osaliselt küll, kuid tuleb ka ise leida täiendavaid eelarvevahendeid. Sarnaselt saab tulevikus olema nt ka õendusteenusega erihooldekodus. Viimasega seoses uuriti, kas on analüüsitud, kuidas teenuse rahastusmudel tulevikus toimima hakkab, kui osa teenusest on Sotsiaalkindlustusameti ja osa Tervisekassa rahastada. Tervisekassa selgitas, et õe kulukomponendi osas, mille rahastamine Tervisekassasse üle tuleb, analüüsitakse tasustamismudel Tervisekassa poolt üle, et see oleks õiglane.

Komisjonis arutleti, et tervishoiuteenuse osutaja vastutuskindlustuse rakendumine lükkub algselt plaanitud 1. juuli 2024 asemel tõenäoliselt edasi, kuna Vastutuskindlustuse seadus jõustub hiljem. Komisjonil tekkis küsimus, kuidas vastutuskindlustuse tasumine jaguneb, kas asutustele arvutatakse igakuised summad antud asutuses varem olnud vastutuskindlustusjuhtumite pealt või võetakse üle Eesti keskmine. Tervisekassa vastus oli, et tasustamine toimub vastavalt poliisi summale, tasustamisel võetakse arvesse ka piirmäära metoodikat. Tasustamise metoodika üle veel arutletakse, arutellu kaasatakse ka kindlustusfirma ja Eesti Haiglate Liit.

Toodi välja, et kopsuvähi skriininguga on probleeme ja võib lõppeda rikkumismenetlusega Euroopa suunalt. Tervisekassa kinnitas, et sellega tegeletakse.

Radioloogide e-konsultatsioon osas küsiti, kas on planeeritud koolitused perearstidele. Leiti, et teema võiks olla käsitletud igakuistes perearstide infotundides ja vajadusel saab planeerida sellele lisaks täiendavad koolitused.

Toodi välja, et perearstide ja töötervishoiuarstide koostöö ei ole päris soovitud kujul rakendunud, kuna perearstide ootus oli, et töötervishoiuarstid võtaksid perearstidelt kergemate tervisemuredega pikkadel töövõimetuslehtedel olevad patsiendid üle ja hindaksid ise nende töövõimet.

Komisjon hindas töövõimeennetuse süsteemi suure väljakutsena, probleemkohaks nähakse info kättesaamist, mis hindaks võimekust tööl jätkata ja milliste tingimustega saab inimene tööl jätkata.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis informatsiooni teadmiseks.