

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Microsoft Teams videokonverents

18.09.2024

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.46

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)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Kristi Rekand (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)
Pille Saar (Sotsiaalministeerium)
Liis Kruus (Tervisekassa)
Külli Friedemann (Terviseamet)

Puudus: Heli Paluste (Sotsiaalministeerium)

Kutsutud: Malle Avarsoo (Tervisekassa)
Aivar Koppas (Tervisekassa)
Kristin Kuusk (Tervisekassa)

Protokollija: Merje Metsoja (Tervisekassa)

Päevakord:

1. Õendusteenus erihooldekodus ja koolitervishoid
2. Taotluste arutelu:

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1589	Kopsuarteri emboli aspiratsiooniseade
1614	Neeruarterite denervatsioon
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
1643	Lümfiteraapia

3. Südamehaigete taastusravi kaugteenusmudel

1. Õendusteenus erihooldekodus ja koolitervishoid

Tervisekassa õendusabi teenusejuht tutvustas komisjonile muudatusi koolitervishoius ja õendusteenuse osutamist erihooldekodus. Ettepanek on muuta Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelus § 5 koolitervishoiuteenuse osutamise nimetust nii, et teenuse rakendamine oleks ühtlasemalt rahastatud ja sealjuures eristada tuge vajavate õpilaste raskusastet. Tänapäevane mudel ei kata tava- või eriklassi kaasatud erivajadusega õpilastega kaasnevat koolitervishoiu täiendavat koormust tavakooli juures. Koolitervishoiuteenus peab olema kättesaadav kõigile haridusliku erivajadusega õppijatele, sõltumata kooli liigist.

Teiseks, Sotsiaalministeerium tegi 2022. aastal Tervisekassale ettepaneku lisada tervishoiuteenuste loetellu uus teenus „õendusabiteenus erihooldekandeteenustel“. Sotsiaalhoolekande seaduse kohaselt peab ööpäevaringse erihooldusteenuse osutaja tagama iseseisva õendusabi kättesaadavuse. Samuti on seaduses kehtestatud iseseisva õendusabi osutamise minimaalne maht (tunnid). Lisaks jäigalt kehtestatud teenusemahule ei ole seni reguleeritud erihooldusteenuse osutamisel pakutavat õendusabi andva õe ülesandeid, mistõttu on osutatav teenus erihooldusteenuse osutajate juures erinev ja sõltub suuresti konkreetse tervishoiuteenuse osutaja tõlgendusest. Kehtivad normid ei vasta enam ööpäevaringset erihooldusteenust saavate isikute vajadustele. Uus teenus lisatakse Tervisekassa tervishoiuteenuste loetellu, mis tagab ööpäevaringse erihooldusteenuse osutamisel pakutava õendusabi ühtse sisu ja kvaliteedi ning annab selguse ja kindluse nii erihooldusteenuse saajatele ja osutajatele kui ka tervishoiuteenuse korraldajatele.

Diskussioon

Komisjonil tekkis arutelu koolitervishoiuteenuse muudatusega tekkiva rahalise mõju kohta. Tervisekassa selgitas, et muudatusega ei kaasne mõju ravikindlustuse eelarvele. Muudatuse eesmärk on teha rahastusmudel ühtlasemaks, et hinnastamine toimiks õpilasepõhiselt, mitte koolipõhiselt, arvestades ka koolitervishoiu õdede koormust, mis kaasneb tuge vajavate õpilastega. Teiseks arutati terminoloogia üle, mis on uue ettepaneku puhul erinevate toetusliikide sisuks (üldtugi, tõhustatud tugi ja eritugi). Komisjon tegi ettepaneku selgitada seletuskirjas hinnaklasside erinevus, millist tuge vajava õpilase puhul on meditsiinilise teenuse vajadus suurem. Lisaks täpsustati, et korralduslikult Rajaleidja otsustab, millist tuge erivajadusega õpilane vajab, info edastab Haridus- ja Teadusministeerium ning Tervisekassa maksab koolitervishoiuteenust vastavalt pearahale.

Erihooldusteenuse arutamisel tekkis komisjonil küsimus hinnamudeli kohta, millele sooviti lisakulude kohta rohkem täpsustust. Tervisekassa selgitas, et erihooldekodu õendusteenuse hinnamudeli kõige suurem komponent on personalimõju, kus on arvestatud vaimse tervise eriõdedega. Komisjon leidis, et muudatus on oluline, sest erihooldusteenus on olnud kehva kvaliteediga. Õendusteenuse osutamine erihooldekodudes on olnud reguleerimata ja erihooldekodud on suurema meditsiinilise vajadusega võrreldes üldhooldekodudega.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis info teadmiseks.

2. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1589 – Kopsuarteri emboli aspiratsiooniseade

Taotlus on olnud varasemalt TTL komisjoni arutelul 14.02.2024.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Kardioloogide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada tervishoiuteenuste loetellu ägeda massiivse kopsuarteri emboolia ravis kasutatav invasiivne kateetrikaudne trombiaspiratsiooniprotseduur. Teenus on näidustatud ägeda raske ja keskmise-raske kopsuarteri embooliaga patsientidel, kes on kardiogeenses šokis või trombolüüsi vastunäidustusega.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli esmakordselt arutelul 2024. aasta veebruaris. Eesti Kardioloogide Selts soovis lisada tervishoiuteenuste loetellu ägeda massiivse kopsuarteri emboolia ravis kasutatava invasiivse kateetrikaudse trombiaspiratsiooniprotseduuri. Teenus on näidustatud ägeda raske ja keskmise-raske kopsuarteri embooliaga patsientidel, kes on kardiogeenses šokis või trombolüüsi vastunäidustusega.

Komisjon leidis, et tegemist on mõõduka tõendatuse tasemega meetodiga, mida on uuritud vaid ühes RCTs, kuid mitmetes prospektiivsetes uuringutes ja metaanalüüsis, mis näitab ka kliinilist efektiivsust. Soovitatakse ESC poolt, teised organisatsioonid ei ole veel soovitus andnud. Toodi esile, et teenus on väga väikesele patsiendigrupile ning muud ravivõimalused piiratud või puuduvad, mistõttu on taotlus põhjendatud.

Järeldati, et tegemist on vajaliku ja olulise ravivõimalusega, kuid oluline on eelnevalt üle vaadata maksumus, kulutõhusus ja eelarvemõju. Komisjon tegi ettepaneku tellida eksperthinnang, koostada kulutõhususe ja eelarvemõju analüüs. Samuti küsida taotlejalt lisainformatsiooni – kas taotlus on esitatud ainult FlowTrierer seadmele või ka teistele sarnastele seadmetele, mis on nende hinnad ning kas ultraheli assisteeritud kateetrijuhitud trombolüüs on alternatiivne meetod, kui jah, siis kumb meetod on eelistatum ja millistel põhjustel.

Tänaseks on lisaandmed olemas.

Ekspert toetab ja toob ära uuringud Tu, et al 2019, Toma, et al 2023, Pietrasik, et al 2022 ja ravijuhiste ülevaate, mis kõik said veebruaris esmasel tõenduse hindamisel läbi vaadatud. Samuti annab põhjaliku teenusega seotud tegevuste kirjelduse ja tingimused teenuse osutamiseks, mis kattuvad taotlusega. Kinnitab, et teenuse osutamise kogemus Eestis puudub. Eeldatav vajadus 50-80 teenust aastas. Käesolevas taotluses on asjakohaselt põhjendatud kopsuarteri emboli aspiratsiooniseadme meditsiiniline vajalikkus. Sihtgrupiks on ägeda raske ja keskmise-raske kopsuarteri embooliaga äkki haigestunud, isoleeritud patoloogiaga, ebastabiilse üldseisundiga intensiivravi vajavad haiged, kellele on vastunäidustatud trombolüütiline ravi. Protseduuri vahetuks tulemuseks on südame ülekoormuse langus ja üldseisundi stabiliseerumine. Kuigi arvatav protseduuride hulk aastas on vähene, siis teenuse mitterakendamisel osadele patsientidest trombolüüsi vastunäidustuse tõttu üldseisundit stabiliseeriv või elupäästev ravivõte puuduks. Protseduur on ohutu ja (arvestades haiguse tõsidust ning patsientide rasket üldseisundit) väheste raskete tüsistustega (3–4 %).

KTH. Seade maksab 9700 eurot, ravijuhu keskmine maksumus 12 700 eurot. Taotletava teenuse osutamise kulu 65 ravijuhule aastas on $65 \times 11\,017,69 = 716\,150$ eurot ja süsteemse trombolüüsi kulu $65 \times 1\,376,38 = 89\,465$ eurot. Kulude erinevus alternatiivide vahel on 626 685 eurot ja tulemi erinevus on neli välditud surmajuhtumit aastas. $ICER = 626\,685 / 4 = 156\,671$ eurot/välditud surmajuhtum. Taotletav teenus peaks olema kitsendatud ainult kõrge riskiga ägeda KATE ravile juhul, kui trombolüüs on vastunäidustatud või on ebaõnnestunud.

Siin on kaks küsimust. Esiteks, et ICER oleks võrreldav, peaks mõõdikuks olema lisanduv QALY ja mitte välditav surmajuht. Hetkel ei oska öelda, kas tegemist on kuluefektiivse sekkumisega. Teiseks, antud analüüs on tehtud FlowTriereri kohta. Kas on teisi aparate ja mis on nende hind? Ekspert toob alternatiiviks Indigo trombektoomia süsteemi (Penumbra Inc, Alameda CA, USA). Kas oleks võimalik teha tundlikkuse analüüs teiste hindadega? Lisaks jääb ebaselgeks, et kui trombektoomiat soovitatakse

trombolüüsi vastunäidustusel, siis kas on õige kasutada arvutustes trombolüüsi kui trombektoomia alternatiivi.

Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu alusel on kopsuarteri emboli aspiratsiooniseadme meditsiiniline vajalikkus põhjendatud. Sihtgrupiks on ägeda raske ja keskmise-raske kopsuarteri embooliaga äkki haigestunud, isoleeritud patoloogiaga, ebastabiilse üldseisundiga intensiivravi vajavad haiged, kellele on vastunäidustatud trombolüütiline ravi. Protseduuri vahetuks tulemuseks on südame ülekoormuse langus ja üldseisundi stabiliseerumine. Kuigi arvatav protseduuride hulk aastas on vähene, siis teenuse mitterakendamisel on osadele patsientidest trombolüüsi vastunäidustuse tõttu üldseisundit stabiliseeriv. Sel juhul elupäästev ravivõtte puuduks.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)

Hinnangu alusel on ravijuhu keskmiseks maksumuseks 12 732,41 eurot. Mis sisaldab lisaks voodipäevade hinnale ühekordset FlowTrierer'i seadmekomplekti maksumusega 9 711,20 eurot ja protseduuri läbiviimiseks lisandub teenus „Ühe südamepoole kateeterdamine“ (kood 7652). ICER ehk täiendkulu tõhususe määr ühe võidetud QALY kohta on hinnangus arvestatud 11 395 eurot, mida on hinnatud lähtuvalt patsiendi eluea perspektiivist ja võrreldud alternatiiviga. Käesolevas hinnangus on käsitletud taotletava teenuse alternatiivina nn *off-label* ravivõtteid, mis on teenuse sihtgrupiks olevatel patsientidel kasutusel olevad muu otstarbega kateetrisüsteemid. Seega võib kateetrikaudset trombiaspiratsiooni protseduuri (CDT) pidada kulutõhusaks sekkumiseks võrreldes *off-label* ravivõtetega. Tundlikkusanalüüsis järeldati, et kui CDT ja *off-label* ravivõtete elulemuse erinevus on 2 protsendipunkti või vähem, ei ole CDT *off-label* ravivõtete suhtes enam kulutõhus sekkumine patsiendi eluea perspektiivist lähtuvalt. Taotletava teenuse prognoositav lisakulu aastatel 2025–2028 on ca 440 000–616 000 eurot aastas.

Diskussioon

Komisjon leidis, et tegu on potentsiaalselt elupäästva sekkumisega, kui on tegu kiire ja eluohtliku situatsiooniga ning teenuse pakkumine on jõukohane. Komisjoni arvamusel on tegu ohutu teenusega ja efektiivse sekkumisega. Arutati veel, et kui turule jõuab teiste tootjate seadmeid, siis teenuse hind võib langeda.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas teenuse lisamist tervishoiuteenuste loetellu. Lisati, et tegemist on elupäästva ja eluea perspektiivist lähtuvalt kuluefektiivse sekkumisega.

Taotlus nr 1614 – Neeruarterite denervatsioon

Taotlus on olnud varasemalt TTL komisjoni arutelul 14.02.2024.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Kardioloogide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada TTL-i uus teenus „Neeruarterite denervatsioon“. Neeruarterite denervatsioon on kliiniliselt ja majanduslikult tõestatud tervisetehnoloogia, mis tagab resistentse hüpertensiooniga patsientidel märkimisväärse vererõhu languse. Praegune hüpertensiooniga patsientide ravi põhineb elustiili muutmisel ja medikamentoosel ravil, kuid hinnanguliselt 20% patsientidest esineb resistentset hüpertensiooni, st vererõhuesmärk ei ole saavutatud mitme ravimi samaaegselt kasutamisel. Seetõttu on nendel patsientidel suurem risk haigestuda aterosklerootilisse kardiovaskulaarhaigusesse.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli esmakordselt arutelul 2024. aasta veebruaris. Eesti Kardioloogide Seltsi hinnangul on neeruarterite denervatsioon kliiniliselt tõestatud tervisetehnoloogia, mis tagab resistentse hüpertensiooniga patsientidel märkimisväärse vererõhu languse. Tegemist on neeruarteri seina sümpaatiliste närvilõpmete raadiosagedusliku ablatsiooniga (kuumusega), mis kahjustab sümpaatilist närvisüsteemi, kuid mitte arteri seina, vähendades sümpaatikuse mõju ja põhjustades neeruarteri dilatatsiooni ja vererõhu langust.

Teenus on näidustatud resistentse hüpertensiooniga patsientidele, kelle vastuvõtu vererõhk on $\geq 140/\geq 90$ mmHg ja 24-tunni ambulatoorse vererõhu monitooringul kõikide mõõtmiste keskmine süstoolne vererõhk ≥ 130 mmHg või päevane süstoolne vererõhk ≥ 135 mmHg ja kasutusel ≥ 3 antihüpertensiivset ravimit, eGFR ≥ 40 ml/min/1,73 m². Diagnoosid I10 essentsiaalne hüpertensioon, I11 südamekahjustusega hüpertensioon, I12 neerukahjustusega hüpertensioon, I13 südame- ja neerukahjustusega hüpertensioon.

Tõenduse hindamisel selgus, et aastatel 2014-2017 avaldati 4 RCTd, mis ei näidanud esmase tulemusnäitaja ehk resistentse hüpertensiooniga patsientide süstoolse vererõhu olulise languse osas efektiivsust. Alates sellest ajast on aga avaldatud 6 heakvaliteedilist teise põlvkonna RCT-d, millest 5 näitas meetodi efektiivsust sihtrühmal. Lisaks on läbi viidud positiivsete tulemustega metaanalüüs. Värsked ravijuhised soovivad.

Komisjon leidis, et kindlasti on olemas patsientide grupp, kellele see ravimeetod on vajalik. Arutlusel oli, et vähemalt kolme ravimiga hüpertensiooni patsient on tänapäeval väga tavaline. Toodi esile, et ravimresistentsust on keeruline hinnata, kuna osad patsiendid ei võta regulaarselt ravimeid. Tõstatas küsimus, kuidas täpselt defineerida patsientide grupp, kellele teenuse osutamine on põhjendatud. Lisaks peaks olema määratletud, millises haiglaastmes teenust osutatakse ja millistel tingimustel. Komisjon tegi ettepaneku tellida eksperthinnang, koostada kulutõhususe ja eelarvemõju analüüs.

Tänaseks on lisaandmed olemas.

Kardioloogide Selts andis uuesti ülevaate viimastest efektiivsuse uuringutest ja ESH ja ESC 2023. aasta ravijuhistest, mis kinnitavad meetodi efektiivsust. Lisaks kinnitati, et meetodika on täiustunud: neeru denervatsioonikateeter on muudetud 1 elektroodi süsteemilt 4 elektroodi süsteemile. Tänu sellele sobib kateeter erineva anatoomiaga patsientidele (arteritele läbimõõduga 3–8 mm), võimaldades peaarteri, lisa- ja hargnemissoonte ablatsiooni, mis parandab protseduuri ajal täieliku denervatsiooni saavutamist.

Täpsustati ka protseduuri näidustust: neeruarterite denervatsioon on näidustatud täiskasvanud patsientidele, kellel on ravile allumatu resistentne hüpertensioon:

- ambulatoorse visiidi vererõhk BP $\geq 140/\geq 90$ mmHg **ja**
- ravile allumatust kinnitab 24-tunni ambulatoorne vererõhu mõõtmine: süstoolne vererõhk ≥ 130 mmHg või päevane süstoolne vererõhk ≥ 135 mmHg **ja**
- patsient tarvitab ≥ 3 antihüpertensiivset ravimit, sealhulgas diureetikumi maksimaalsetes talutavates annustes **ja**
- hinnanguline glomerulaarfiltratsioon (eGFR) ≥ 40 ml/min/1,73 m².

Kinnitati, et neerudenervatsiooni kandidaatide teoreetiline arv Eestis on umbes 6000. Eeldatav teostamiste arv aastas oleks esialgu 20.

Ekspert toetab, kuid soovib täpsemalt defineerida antud protseduuriks sobilike patsientide kriteeriumid (resistentsed või tõeliselt resistentsed patsiendid) arvestades teenuse piiratud kättesaadavust ja ravijuhiste definitsioone. Lisada kriteeriumitesse: on välistatud põhjused pseudo-resistentseks hüpertensiooniks (eelkõige patsiendi halb ravisoostumus) ja sekundaarne hüpertensioon. Tõenäoliselt on taotleja arvutused Eestis prognoositavate patsientide kohta tehtud tõeliselt resistentse hüpertensiooniga patsientide kohta. Lisaks soovib ekspert teha teenuse kättesaadavaks patsientidele, kes ei talu antihüpertensiivseid ravimeid kõrvaltoimete tõttu. Ekspert hindab teenuse vajajate üldarvuks 1700, kuid nõustub esialgse vajadusega 20 protseduuri aastas. Tagamaks antud protseduurile sobivate patsientide õiged valikukriteeriumid, protseduuri kvaliteetne ja ohutu läbiviimine arvestades planeeritavat protseduuride hulka, patsientide hilisem jälgimine hindamaks teenuse osutamise efektiivsust, soovib ekspert antud teenuse osutajaks kinnitada piirkondlikud haiglad.

KTH. Ravijuhu keskmine maksumus on 8600 eurot, ICER 17 400 eurot/QALY, mõju eelarvele eeldades 20 juhtu aastas oleks 173 000 eurot aastas.

Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Teenuse meditsiinilist tõendus põhisust hinnanud ekspert toetab uue ravimeetodi kättesaadavaks tegemist, ekspert toob välja, et arteriaalne hüpertensioon on endiselt üks olulisemaid kardiovaskulaarse haigestumuse ja enneaegse surma põhjuseid. Siiani on hüpertensiooniga patsientide ravi põhinenud elustiili muudatustel ja medikamentoosel ravil. Neeruarterite denervatsioon on kliiniliselt ja majanduslikult tõestatud tervisetehnoloogia, mis tagab resistentse hüpertensiooniga patsientidel kliiniliselt olulise vererõhu languse. Neeruarteri denervatsioon vähendaks patsiendil potentsiaalselt ühe antihüpertensiivse ravimi, kuid osadel juhtudel see lisanduks ravimitele, et saavutada soovitud vererõhu langus. Arvestades Eestis laialdast hüpertensiooni levikut, peab ekspert oluliseks piirata uue ravimeetodi kättesaadavust, kuid vajalik oleks täpselt defineerida Eesti tingimustes patsiendid („resistentsed“ või „tõeliselt resistentsed“), kellele antud teenust pakutakse. Ekspert soovib teenuse osutajaks kinnitada piirkondlikud haiglad, et tagada antud protseduurile sobivate patsientide õiged valikukriteeriumid, protseduuri kvaliteetne ja ohutu läbiviimine.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)

Hinnangu alusel on ravijuhu keskmiseks maksumuseks 8637,03 eurot, see sisaldab juba olemasolevat teenust „Aortograafia või kavograafia või arteriograafia või neuruveeni flebograafia“ (kood 7812) ja neeruarterite denervatsiooni protseduuri spetsiifilisi ühekordseid lisavahendeid (L-koodi). Taotletavat teenust on hinnatud kulutõhusaks (ICER = 17 452 eurot/QALY), võttes arvesse Eestis aktsepteeritava täiendkulu tõhususe määraks krooniliste haiguste puhul 20 000 eurot/QALY kohta. Taotleja hinnangul võiks aastas osutada protseduuri umbes 20-le inimesele. Prognoositavaks lisakulaks perioodil 2025–2028 on ca 173 000 eurot aastas. Hinnangus on välja toodud, et pikemaajalises vaates võib olla teenuse lisakulu väiksem.

Diskussioon

Viimaste uuringute alusel on neeruarterite denervatsiooni protseduuri efektiivsuse ja ohutuse andmete kohta tõendus piisav. Arutelul viidati augustis 2024 avaldatud Euroopa Kardioloogide Seltsi (ESC) ravijuhendile, mis andis neeruarterite denervatsiooni kasutamisele ravimitele allumatu hüpertensiooni raviks nõrga soovitusena (IIb – võib kaaluda). Leiti, et protseduuri efektiivsus on võrdne ühe lisa hüpertooniat ravimiga.

Komisjon arutles, kuidas täpsemalt piirata teenuse kasutamist, et välja sõeluda tõeliselt ravimiresistentsed hüpertoonikud, kellel on probleeme hüpertensiooni kontrollimisega. Komisjon soovitas teenuse konkreetse näidustuse sõnastada koostöös Eesti Kardioloogide Seltsiga. Komisjon nõustus, et teenust tuleks piirata kindla sihtrühmaga, sh piirata kasutamist 20 teenusega aastas ja teenust

lubada kasutada esialgu ainult piirkondlikes haiglates (Tartu Ülikooli Kliinikum ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla). Lisati, et protseduurijärgse kontrolli ja efektiivsuse tagasiside andmete kogumiseks on mõistlik esialgu koondada teenuse osutamine suurtesse keskustesse, hiljem on võimalik teenuse osutamist laiendada.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas teenuse lisamist loetellu, kuid soovitas piirata teenuse kasutamise näidustusi ja piirata teenuse osutamist piirkondlike haiglatega.

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 röntgeni kontrolli all. Teenus on näidustatud kroonilise aksiaalse valu korral lülisamba nimme-, rindkere või kaelapiirkonnas või kroonilise sakroiliakaal liigeste 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 liigeste 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.

Taotlused on olnud varasemalt TTL komisjoni arutelul 24.04.2024.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli arutelul aprillis. MTÜ Eesti Valu Selts soovis 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. Diagnostilisel eesmärgil proovitakse lokaalanesteetikumiga blokeerida fassettliigese sensoorne innervatsioon. Näidustuseks on krooniline intensiivne valu lülisamba erinevates piirkondades ja sakrumi piirkonnas, kui eeldatakse, et valu põhjus on fassettliigestes 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 fassettliigestest. See võib pakkuda pikemaajalist valu leevendust võrreldes lokaalanesteetikumide või kortikosteroidide süstidega. RFD tundub olevat laialdaselt kasutatud, aga ebakindla tõendatuse profiiliga, valdavalt võrdlusrühmata uuringutest.

Tõenduse ülevaatusel selgus, et tegemist nõrga-mõõduka tõendusega vähese toimega meetodiga, mida ravijuhised soovivad teise rea valikuna, kui konservatiivne ravi ei ole olnud tulemuslik.

Komisjon arvas, et diagnostilisel eesmärgil blokaadide tegemist ei tohiks liigselt kasutada ja soovitas määrata rakendustingimused, kus täpsustatakse blokaadide tegemise piirang enne RFD-d. See tähendab, et RFD ei saa teostada enne, kui on tehtud sensoorse(-te) närvi(-de) medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil. Teiseks tuleks piirata protseduuri teostajad, kelleks on pädevusega valuravi spetsialistid/radioloogid. Kolmandaks toodi välja kiirguskoormuse piiramise lisamine rakendustingimustesse, see peab alluma meditsiiniiriituse kliinilisele auditile, mis on niisugustel protseduuridel õigusaktidega reguleeritud.

Tänaseks on olemas lisaandmed, eksperthinnang ja KTH.

Taotleja täpsustab, et protseduurieelsete fassettliigeste provokatiivsete testidena kasutatakse tavalisi manuaalseid teste: fleksioon, rotatsioon ja palpatsioon, sakroliakaalliigese korral teisi füüsilisi teste: traktsioon, kompressioon erinevates asendites. Jääb selgusetuks, kas on mõeldud teste enne blokaadi või RFD-d. Kiirguskoormust vähendavad uued röntgenseadmed ja kogemuse kasv. Igale fassettliigesele tehakse kokku 4 ablatsiooni, 2 kummalegi poole, sakroliakaalliigese korral 12-16 ablatsiooni.

Ekspert toetab ja kinnitab, et blokaadi ja RFD tuleb kasutada koos. Teenused on oma olemuselt miniinvasiivsed. Patsientide grupp, kellele antud tervishoiuteenused on näidustatud on keeruline ning tihtipeale rakendatavad ravimeetodid annavad vaid osalist efekti. Seetõttu oleks sellise tervishoiuteenuse olemasolu vajalik ning omaks selget rolli krooniliste alaselja ja SI liigete valude raviskeemis. Potentsiaalselt võiks paraneda patsientide elukvaliteet ning väheneda nii medikamentoosse kui ka kirurgilise ravi vajadus. Võimalik ülekasutus.

Antud tervishoiuteenuse kohandamise tingimused peaksid olema:

- 1) tervishoiuteenuse osutamine on aktsepteeritud nende tervishoiuteenuse osutajate juures, kus on olemas taotluses kirjeldatud tingimused, väljaõppinud spetsialistid ning vajalik aparatuur.
- 2) Teenuse osutajad peavad olema läbinud vastavasisulise praktilise väljaõppe (iga protseduuripiirkonna kohta vähemalt 40 akadeemilist tundi) ja omama sellekohast tunnistust
- 3) Teenuse osutamine on piiratud patsientidega, kellel esinevad kroonilised aksiaalsed valud lülisamba nimmeosas ja sakroliakaalliigese põhjustatud valude korral (ehk mitte teiste lokaliseerimise korral).

KTH. Blokaadi hind on 196 eurot, RFD 292 eurot. Seni on Eestis blokaadi kasutatud 500 patsiendil. Ravijuhu aastane maksumus 730 eurot. ICER 6370 eurot. Eeldatav kasutus aastas 150-300 juhtu, eelarvemõju 100 000 – 200 000 eurot aastas. Samas väheneb täna kodeerimiseks kasutatava jämenõelabiopsia teenuse kasutus ja kogululu võiks olla 10-15% väiksem, 85 000 – 185 000 eurot aastas.

Kokkuvõttes on tegemist nõrga-mõõduka tõendusega vähese toimega meetodiga, mida ravijuhised soovivad teise rea valikuna, kui konservatiivne ravi ei ole olnud tulemuslik. Alternatiivse ravimeetodina alaseljavalu raviks ilmselt sobib, teenus on kuluefektiivne, eelarvemõju kuni 180 000 eurot aastas.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Meditiinilise tõenduspõhisuse hinnangul tuleks käsitleda taotlusi nr 1636, 1637 ja 1638 koos. Tervishoiuteenus „Sensorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionite raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või Rõ kontrolli all – kuni 4 punkti“, mida antud taotluses kirjeldatakse, on näidustatud kasutamiseks krooniliste aksiaalsete valude korral lülisamba nimmeosas ja kroonilise sakroiliakaal liigete põhjustatud valude korral (diagnoosikoodid M47.8 ja M 46.1). Antud tervishoiuteenuse osutamisele peab alati eelnema teise taotletava tervishoiuteenuse „Sensorse(-te) närvi(-de) medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil ultraheli või Rõ kontrolli all“ kasutamine, kui medikamentoosne test antud teenuse potentsiaalse efektiivsuse hindamiseks. Kui medikamentoosne diagnostiline test annab positiivse efekti – valude oluline vähenemine - siis on RFA kasutamine näidustatud. Eksperti hinnangul on tegu suhteliselt ohutute teenustega, kui teenust osutatakse kirjeldatud tingimustel ja tingimustes väljaõppinud spetsialistide poolt. Ekspert ei soovita taotluses väljatoodud näidustustena rindkere ja kaelapiirkonna lülisamba valude korral teenust kasutada, kuna selle kohta teaduspõhiseid uuringuid pole lisatud või on raskesti leitavad. Ekspert toetab teenuse kasutamist alaselja valude ja SI liigete põhjustatud valude korral. Teenused on oma olemuselt miniinvasiivsed. Patsientide grupp, kellele antud tervishoiuteenused on näidustatud, on keeruline ning tihtipeale rakendatavad ravimeetodid annavad vaid osalist efekti. Seetõttu oleks eksperti arvamusel selliste tervishoiuteenuste olemasolu vajalik ning omaks selget rolli krooniliste alaselja ja SI liigete valude raviskeemis. Potentsiaalselt võiks paraneda patsientide elukvaliteet ning väheneda nii medikamentoosse kui ka kirurgilise ravi vajadus.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)

Taotletava teenuse „Sensorse(-te) närvi(-de) medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil ultraheli või röntgeni kontrolli all“ esialgseks piirhinnaks kujuneb kuluarvestuse alusel 196,04 eurot. Teenuse „Sensorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionite raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või röntgeni kontrolli all – kuni 4 punkti“ esialgseks piirhinnaks on 292,28 eurot. Iga järgneva ablatsiooni maksumuseks on 30,24 eurot, mida keskmiselt osutatakse 6 korda ühe ravijuhu kohta aastas. Ravijuhule lisanduvad veel eriarsti esmane ja/või korduvad ambulatoorsed vastuvõttud ja peale protseduuri valuravi õe vastuvõtt/kaugvastuvõtt. Seega, eelpool toodu alusel on ühe ravijuhu maksumuseks on 730,77 eurot. Võrreldes standardraviga on RFA kasutamisel täiendkulu tõhususe määr (ICER) 6371,14 eurot QALY kohta, mida saab pidada kulutõhusaks. Mõju ravikindlustuse eelarvele on hinnanguliselt 86 608 – 187 072 eurot aastas.

Diskussioon

Arutati, et tegemist on nõrga-mõõduka tõendatusega, vähese efektiivsusega sekkumisega, millele on objektiivset hinnangut ravi efektiivsuse hindamiseks raske anda. Lisati, et taotletav teenus on andnud tulemust kroonilise seljavalu korral, kuid valuravi uuringud on siiski ebaühtlased ja efektiivsus pole alati üheselt mõõdetav, kuna tulemusnäitajad on subjektiivsed. Uuemates uuringutes on saavutatud konkreetsus üksikule patsientide grupile, aga siiski kõigile inimestele antud sekkumine ei pruugi olla tõhus.

Meditiinilise tõenduspõhisuse hinnangus on patsientide selekteerimiseks ja teenuse osutamiseks kirjeldatud väga täpsed rakenduskriteeriumid, kuid komisjonil tekkis küsimus, kuidas täpsemalt toimub kriteeriumitele vastavuse hindamine, näiteks mis puudutab teenuse osutajate väljaõpet või teenuse kasutamist.

Komisjon arutles, et kuna tegemist on subjektiivse sekkumisega ehk patsiendi hinnatud valu vähenemine ei ole tõendatud, siis tuleks rakendada teenust osutavatele keskustele ravi tulemuste audit, et hinnata kui suurt efektiivsust teenusega kaasneb ja tulemusi paremini objektiviseerida. Selleks tuleks kokku leppida need tulemusnäitajad, mida teenuse osutajad hindavad sekkumise eelselt ja järgselt, et võrrelda tulemusi

omavahel. Lisaks pakuti välja, et võimalus on lisada teenus esialgu tervishoiuteenuste loetellu tervishoiusüsteemide arendamise juhtprojektide peatükki ja hinnata sekkumise mõju.

Komisjoni arvamus

Komisjon otsustas, et taotlused tuuakse uuesti järgmisel tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosolekul arutelule, et koguda tõendatust teenuse rakendamise ja tulemusnäitajate mõõdikute kohta.

Taotlus nr 1643 – Lümfiteraapia

Taotlus on olnud varasemalt TTL komisjoni arutelul 22.05.2024

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: MTÜ Eesti Lümfiteraapia Liit

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on kaasajastada lümfiteraapia teenust, muutes kutsetunnistuse olemasolu lümfiteraapia teenuse osutamisel kohustuslikuks. Tervisekassa tervishoiuteenuste nimekirjas olevas lümfiteraapia teenuse kirjelduses on teenuse teostajaks lümfiterapeut või lümfiterapeudi täiendkoolituse läbinud meditsiiniharidusega massöör. Kutsetunnistuse olemasolu tagab saadava teenuse kvaliteedi nii Tervisekassa lepingupartnerite juures kui ka erasektoris ning terapeudi teadmised ja oskused vastavad kaasaegsetele nõuetele. Taotluse teine eesmärk on laiendada teenusele suunavate erialade loetelu. Hetkel rakendatakse koodiga 7058 tähistatud tervishoiuteenust taastusarsti, kirurgi või onkoloogi suunamisel. Eesti Lümfiteraapia Liit teeb ettepaneku, et teenusele suunajaks võib olla ka perearst. Perearsti suunamise võimalus tagab teenuse parema kättesaadavuse ning patsiendi raviteekonna lühenemise ja lihtsustamise.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli arutlusel maikuus. Eesti Lümfiteraapia Liit taotles kahte muudatust TTLis.

Esiteks sooviti kaasajastada lümfiteraapia teenust, muutes kutsetunnistuse olemasolu lümfiteraapia teenuse osutamisel kohustuslikuks.

Tervisekassa tervishoiuteenuste nimekirjas olevas lümfiteraapia teenuse (7058) kirjelduses on teenuse teostajaks lümfiterapeut või lümfiterapeudi täiendkoolituse läbinud meditsiiniharidusega massöör. Kuna lümfiterapeutide koolitamisel puuduvad riiklikult kinnitatud õppekavad, võib lümfiterapeudi tunnistuse saada väga erinevate tasemetega koolitustelt nii Eestist kui välisriikidest. Sellisel puhul puudub tegelik ülevaade ja kontrollimehhanism, millise kvaliteediga on TTO poolt osutatavad ning Tervisekassa poolt rahastatavad teenused.

Eesti Lümfiteraapia Liidu ettepanek oli, et teenust peaks teostama kehtiva kutsetunnistusega lümfiterapeut. Kutsetunnistuse olemasolu tagab:

- teenuse kvaliteedi nii Tervisekassa lepingupartnerite juures kui ka erasektoris;
- terapeudi teadmised ja oskused vastavad kaasaegsetele nõuetele.

Teiseks sooviti laiendada erialade loetelu, kelle suunamisel tervishoiuteenust rakendatakse. Hetkel rakendatakse koodiga 7058 tähistatud tervishoiuteenust taastusarsti, kirurgi või onkoloogi suunamisel. Tehti ettepanek, et teenusele suunajaks võib olla ka perearst. Perearsti suunamise võimalus tagab:

- teenuse kättesaadavuse paranemise;
- patsiendi raviteekonna lühenemise ja lihtsustamise.

Komisjon leidis, et probleemkohaks on reguleerimata lümfiteraapia õpe ja puudulik kvaliteedi tagamise süsteem. Komisjon tegi ettepaneku küsida taotlejalt, milliseid õppekavasid tunnustakse kutsestandardis ning täpsustada, kuidas toimub akrediteerimine ja kvaliteedi tagamine. Vajalik oleks viia lümfiteraapia õpe tervishoiuga seotud õppekavade juurde, õpe oleks akrediteeritud ja kvaliteedi üle toimuks kontroll. Hetkel on lümfiteraapia koolituse läbinud inimestel ebaühtlane kvaliteet, näiteks inimene, kes on läbinud 2-tunnise koolituse kutsub end lümfiterapeutiks. Lisati, et tegu on tervishoiuteenuse osutamisega ja ohutus peaks alluma Terviseameti järelevalvele. Toetati suunda, et teenust võivad osutada tervishoiutöötajad ja tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikud ning vajalikud on kompetentsi hindamise kriteeriumid. Ohukohana nähti, et kui lümfiterapeut soovib iseseisvalt teenust osutada, puudub selleks kvaliteedikontroll.

Taotluse teine eesmärk oli lubada perearstide suunamist, hetkel saab lümfiterapeuti juurde suunata taastusarst, kirurg ja onkoloog. Leiti, et perearstide suunamise lisamise probleemkohaks on suunamiskriteeriumite puudumine. Perearstide esmakordne suunamine lümfiteraapiasse vajaks tõenäoliselt uue ravijuhise väljatöötamist, lisaks tekib sellega perearstide koolitusvajadus. Kuid perearstide korduvsuunamise võiks koheselt loetellu lisada, täpsustati, et see tuleks viia tegevusfondi. Toodi ka välja, et dermatoloogide suunamine lümfiterapeuti juurde oleks samuti vajalik, kuid enne täpsustada, kas dermatoloogid soovivad seda ja kas taotleja on sellega nõus. Komisjonile oli arusaadav, et lümfiteraapia kättesaadavust on vajalik laiendada.

Kokkuvõttes otsustas komisjon, et rakendustingimustesse võiks lisada dermatoloogide suunamise ja perearstide korduvsuunamise. Taotlejaga selgitada erikoolituse kriteeriume, millised koolitused ja mis mahus on vajalikud kutsetunnistuse andmisel ning kuidas toimub pädevuse hindamine ja kvaliteedi tagamine.

Tänaseks on taotleja esitanud komisjoni otsusele vastuse.

Esiteks selgitab taotleja lümfiterapeuti õppe, teenuse osutaja kvalifikatsiooni ja teenusele suunamise tingimusi.

Praegu puudub Eestis riiklik õppekava lümfiteraapia õpetamiseks. Lümfiteraapiat on võimalik õppida täiendkoolitusena, kuid koolitajate arv ja pädevus ei ole reguleeritud. Samuti on võimalik omandada lümfiteraapia alaseid teadmisi ka väljaspool Eestit, kus koolituse mahud on riigiti erinevad.

Enamik Eestis tegutsevatest lümfiterapeutidest on saanud oma koolituse Raik Consult OÜ korraldatud täiendkoolitusel, mida juhib suurte kogemustega lümfiterapeut-kutseõpetaja Raili Raik. Tema on lõpetanud Saksamaal arstlikult eksamineeritud lümfiterapeuti koolituse ning saanud lümfiteraapia õpetaja ja kutseõpetaja koolituse Saksamaal ja Tartu Ülikoolis. Raik Consult OÜ koolitus on riiklikult kvalifitseeritud ja akrediteeritud.

Tagamaks Tervisekassa lepingupartnerite osutatava lümfiteraapia teenuse kvaliteeti, peaks teenust osutama kehtiva kutsetunnistusega lümfiterapeut. Eesti Lümfiteraapia Liit, olles üle kümne aasta tervishoiu kutseandjate liige, osales 2014. aastal lümfiterapeuti kutse andmise korra väljatöötamisel ja korraldas 2015. aastal esimese kutseeksami. Alates 2015. aastast on Liit regulaarselt omanud kutse andja õigust ja korraldanud kutseeksameid (vt lümfiterapeut, tase 6 kutse andmise kord siin: [Lumfiterapeut-tase-6-KA-kord-12.11.2019.pdf \(lymfiliit.ee\)](https://www.lymfiliit.ee/files/Lumfiterapeut-tase-6-KA-kord-12.11.2019.pdf)), mis sätestab ranged nõuded koolituse läbimiseks ja pädevuse tõendamiseks teenuse osutamisel. Kutseeksamile kvalifitseerumise eelduseks on erialal töötamine ja osalemine meditsiini-alastel koolitustel. Lümfiterapeuti, tase 6, kutse taotlemise eeltingimusteks on: a) füsioteraapia, tegevusteraapia, õenduse, ämmaemanduse, arsti või hambaarsti haridus või keskharidus koos massööri väljaõppega; b) lümfiteraapia alane väljaõpe. Kutsetunnistuse taotleja peab edukalt läbima 3 tundi kestva teoreetilise testi, mis on eelduseks praktilise osa

sooritamisele. Praktilises osas peavad taotlejad demonstreerima oma oskusi, sealhulgas haiguslugude skeemide koostamist ja kompressioonsidumist. Hindamiskomisjon, kes eksamit jälgib, võib kahtluse korral kontrollida teoreetilisi teadmisi ka praktilise tegevuse ajal.

Kutsetunnistuse omandanud lümfiterapeut peab oma pädevust perioodiliselt taastõendama, et tagada teenuse kvaliteet. Kutse taastõendamise eeltingimusteks on: a) erialane täiendkoolitus 80 tundi; b) lümfiterapeuti kutsetunnistus; c) erialane töö viimase 3 aasta jooksul. Nii lümfiterapeuti koolitus kui ka kutsestandard põhinevad Saksamaa ravijuhenditel. Saksamaal on lümfiteraapia teenust Haigekassa rahastusega pakutud üle 50 aasta ning sealne koolitussüsteem on end tõestanud juba ca 30 aasta jooksul. See annab kindluse, et Eestis läbiviidavad koolitused ja kutsestandard vastavad parimatele teadmistele. Tuuakse ära viited Saksamaa lümfiterapeuti õppele ja kutsestandardile.

Teiseks selgitab taotleja teenusele suunamist. Hetkel on teenuse (kood 7058) kasutamiseks vajalik onkoloogi, kirurgi või taastusarsti saatekiri, mis piirab teenuse kättesaadavust. Eesti Lümfiteraapia Liit on teinud ettepaneku lisada suunajate hulka ka perearstid, mis lühendaks patsientide raviteekonda ja parandaks teenuse kättesaadavust. Toetame ka TTLi komisjoni ettepanekut lisada dermatoloogid suunavate erialade hulka, kuna dermatoloogid puutuvad sageli kokku lümfoloogiliste probleemidega patsientidega, kellele lümfiteraapia võib olla vajalik.

Eesti Lümfiteraapia Liit palub TTL komisjonil arvestada eeltoodud selgitusi lümfiterapeuti õppe ja kutsestandardi, teenuse osutaja kvalifikatsiooni ja teenusele suunamise tingimuste kohta ning teeb ettepaneku kohtumiseks, et esitada täiendavaid selgitusi ja arutada lümfiteraapia teenuse kvaliteedi tagamise küsimusi.

Diskussioon

Komisjon nõustub, et lümfiteraapia teenuse kvaliteedi ja teenuse osutamise läbipaistvuse tagamiseks on mõistlik luua lümfiterapeutidele kutsestandard. Lisati, et spetsialistid, kes lümfiteraapia kutset taotlevad, peavad olema eelnevalt nõuetekohaselt koolitatud ning pädevusi hinnatakse kutseeksamil.

Komisjon arutles, et vastutus teenuse osutamise kvaliteedi kontrolli üle peaks olema tervishoiuteenuste osutajatel. Tervishoiukorraldusliku poole pealt on oluline teada, kes teenuse osutamise kvaliteeti kontrollib. Arutati ka, et süsteemseks kvaliteedi kontrolliks võiks piirata teenuse osutamist suuremate keskustega, kuna iseseisvate kabinetide loomisega kaasnev killustatus võib tekitada segadust teenuse kättesaadavusel. Patsiendi raviteekonnad võivad katkeda ja lisaks teenuse hind võib tõusta üldkulude näol. Küsimus tekkis ka, et kas Eesti Lümfiteraapia Liit tegeleb edaspidi teenuse osutamise kvaliteedi kontrollimisega. Leiti, et tegevuse ja pädevuse kontrolliga peaks tegelema mitme osapoole koostöös.

Probleemkohaks leiti, et kutsestandardi kiire rakendamine võib kaasa tuua teenuse kättesaadavuse piirangu, seega tehti ettepanek toetada kutsestandardi rakendamist üleminekuajaga. Kutseliidu andmetel on Eestis hetkel 20 kutsega lümfiterapeuti (tase 6) ja sellise hulgaga ei saa katta teenuse osutamise vajadust.

Komisjon nõustus taotleja teise ettepanekuga lisada teenusele suunajate hulka ka perearstid, kuid seda kordusvaunamisel. Lisaks lisada olemasolevate teenusele suunajate erialaspetsialiste hulka ka dermatoloogid.

Komisjoni arvamus

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise eesmärgil toetab komisjon lümfiteraapia akrediteerimissüsteemi, kutsestandardite loomist ja taotlemist ning kutseeksami läbiviimist, kuid selleks rakendada piisav üleminekuage. Lisaks tegi komisjon ettepaneku teenusele suunajate hulka lisada ka dermatoloogid ja komisjon toetas perearstide kordusvaunamist.

3. Südamehaigete taastusravi kaugteenusmudel

Tulenevalt innovatsiooniprojekti „Südamehaigete taastusravi kaugteenusmudel“ tulemustest teeb Tervisekassa ettepaneku lisada Tervisekassa tervishoiuteenuste loetellu tervishoiuteenused nimetusega „Patsiendi kaugjälgimine (1 kuu)“ ja „Kaugjälgimise kuutasu (1 kuu)“. Projekti eesmärgiks oli parandada infarktihaigete taastusravi kättesaadavust, hõlmatust, tõhusust ning kasutajakogemust. Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK) spordimeditsiini ja taastusravi kliinikus kaasati ajavahemikul 01.01.2023 kuni 01.02.2024 uuringusse 121 ambulatoorse taastusravi näidustusega infarktihaiget, kellest 88 suunati kaugteenusele ning 33 kontaktteenusele. Taastusravi läbis ettenähtud mahus 110 patsienti - kaugteenuse rühmas 84 (95%) ja kontaktteenuse rühmas 26 (79%). Uuringu tulemusena püsisid patsiendid taastusravi kaugteenusel statistiliselt oluliselt paremini kui kontaktteenusel ($p = 0,0045$). TÜK-i hospitaliseeritakse keskmiselt 800 südameinfarkti diagnoosiga (I21–I25) patsienti aastas. Ainult taastusravi kontaktteenuse olemasolu korral suudaks TÜK praegu pakkuda taastusravi kuni 100 infarkti diagnoosiga patsiendile aastas. Kui taastusravi kontaktteenusele lisanduks kaugteenus (koos töökorralduslike muudatustega), siis võiks TÜK-i taastusravide hinnangul olla taastusravi saavate infarktihaigete osakaal kolme aasta pärast ligi 30% ja viie aasta pärast ligi 35% kõikidest TÜK-i hospitaliseeritud infarkti diagnoosiga patsientidest. Peamiste tervisetulemite (Vo2max, koormustaluvus) ja elukvaliteedi mõttes ei erine südamehaigete taastusravi kaugteenus kontaktteenusest. Seega võib nende efektiivsust käsitleda võrdväärseks. Võrreldes omavahel taastusravi kaugteenuse ja kontaktteenuse kulu patsiendi kohta, on kaugteenuse kulu patsiendi kohta väiksem kui kontaktteenusega ehk teisisõnu tekib kaugteenusega kokkuvõtte ühe taastusravis osaleva patsiendi kohta. Kolm kuud kestva südamehaigete taastusravi maksumus kontaktteenusena on 1438 eurot ühe patsiendi kohta. Kui Tervisekassa kompenseeriks südamehaigete taastusravi kaugteenusena TÜK-is, oleks lisanduv kulu võrreldes ainult kontaktteenusel põhineva taastusraviga 105 503 – 213 327 eurot aastas. Tuleb arvestada, et taastusravi saajate arvu suurendamine võimaldab ravikulude kokkuvõtte tulevikus. Teaduskirjanduses on näidatud, et taastusravis osalemine vähendab südame- ja veresoonkonnahaigustesse suremust, korduvat hospitaliseerimist ja haigestumist korduvasse infarkti. Arvestades, et taastusravi vähendab 6–12 kuu jooksul haigestumist korduvasse infarkti kuni 28% ja keskmine infarkti ravikulu on Eestis 7264 eurot, on võimalik südamehaigete taastusraviga kokku hoida 162 719 – 366 117 eurot aastas. Mida rohkem suureneb taastusravi saavate patsientide arv, seda suuremaks muutub ka kokkuvõtte ära hoitud infarktide ravikulu arvelt. Lisaks tekib taastusravi kaugteenust kasutavale patsiendile kokkuvõtte ajas ja rahas taastusravikeskusesse sõitmise arvelt, sest treeningharjutusi tehakse kodus.

Diskussioon

Komisjonil tekkis küsimus, kuidas taastusravi kontaktteenus erineb kaugjälgimisest, selgitati, et tegemist on sisult sama sekkumisega, kuid tavapärasel käsitlusel toimub taastusravi koos füsioterapeudiga kohapeal, aga taastusravi kaugteenusel teeb inimene iseseisvalt treeningharjutusi. See uudne tehnoloogiline lahendus lubab taastusravi kaugjälgimist, seadmesse sisestatakse tervisenäitajad ja juhtumikorraldaja (õde-nõustaja) saab distantsilt jälgida inimese tervisetulemusi ja selleks pole vajalik minna kohapeale, et füsioterapeudiga taastusravi seansil osaleda.

Komisjon tegi ettepaneku sekkumise rakendamisel laiendada seda veel teistesse asutustesse (hetkel plaanis rakendada ainult TÜK-is), et teenuse kättesaadavus suureneks. Tehti ettepanek käsitleda teenuse korraldust hetkel käimasoleva müokardiinfarkti ja võimalusel ka südamepuudulikkuse raviteekonna raames, kuna mõlemal teekonnal on väljakutseks just aktiivravi järgne taastusravi etapp.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab sekkumise rakendamist, kuid soovib kaaluda korralduslikult teenuse läbimõttlemist raviteekonna raames, mitte iseseisva teenusena.