

Taotlus nr 1332 „Täiskasvanuks saanud puudega inimeste hambaravi toetusmäära suurendamise taotlus; Laste ortodontilise eriravi rahastamise aluste muutmine“

Palume MTÜ-I Eesti Seljaajusonga ja Vesipeahaigete Selts esitada järgmise taotluse edasiseks menetlemiseks küsitud lisaandmed.

- Palume esitada tõenduspõhisus ortodontilise sekkumise pikaajalise mõju kohta. Kas vajalik on korduv sekkumine?

Vastuseks Teie kirjale /1. veebruar 2019 nr 3-15/39900-5/ laste ortodontilise ravi rahastamise muutmise ettepaneku arutelu juurde saadan väga huvitava ja ülevaatliku eesti laste hammaskonna kohta tehtud uuringu, kus olen markeerinud olulised andmed artiklist ülevaate saamise lihtsustamiseks.

Olen vestelnud meie ortodontidega: nende arvamus, et siiski kõik lapsed ei peaks saama spetsiifilist ortodontilist ravi EHK rahastusena, mis mulle tundus, et kaoks ära erameditsiini üks oluline tulubaas breketite eriravi "äralangemise" tõttu. Samas osa oli seda meelt nagu enamused lastearste, et kui on küsimus RAVIVAJADUSEST, siis peaks selle saama HK poolt. Siin on arutelu koht !

Saksamaa näide: seal on mitmesugused HK ja kindlustused, millistest osad tasuvad 100% kogu suuõõne ravid, osa aga 50% sõltuvalt, millised kindlustused on peredel ja sh laste kohta. Luxembourg näide: igasugune ravi tuleb nende elanikel esmalt täies mahus ise ära maksta ja saadud raviarve kompenseeritakse kas 80% või 50% või 100% vastavalt jälle haige lapse kindlustusele ja tema muude kriteeriumitele näiteks puudelisuse tõttu omavalitsusest saadavad muud toetused. Ravi võib saada ükskõik millises EU riigis. Nii mitmed teevadki, et otsitakse, kus on parim hinna ja kvaliteedi suhe, et oma osalus oleks võimalikult väike. Ortodontilise ravi rahastuse võimalusi peaks Eesti laste osas ikkagi laiendama. Kui tõesti HK kulu näiteks eelmisel aastal oli väga suur selle raviliigi osas, siis peaksime täiendavad kriteeriumid esile tooma, et need kelledele arst on soovitanud hambumuse häire ravimist (olenemata patoloogia raskusastmest), ei jääks ravita. Võiks MDM meetodit ravivajalikkuse hindamisel, sest siis on kõik ravi korraldamise muud aspektid hinnatud. Selge on see, et 100% täiesti vabaks lasta breketravi võimalusi ei saa, sest raviliigi kõrget kulu saaks kuritarvitada.

Lisas oleva hambaarstide artiklit arvestade asjaolu, et 12 aastastest 3% on väga raske hambumuse anomaaliaga ja 12% raske anomaaliaga - need on saanud tõenäoselt HK kaudu rahastust. 37% lastest on nn terved. Hall tsoon on 48% ilmselt see, kes praegu peab ise maksma oma ravimiste eest, milleks enamusel peredel raha ei ole, aga lapsed ravi vajaksid. Ortodontid ise jaotavad klassideks ka seda 48% hulka arvatud kontingenti. Just selle grupi tarvis võiksid vajadusel olla täiendavad kriteeriumid ravikorralduse suhtes.

Lugupidamisega

dr. Ann Paal