

## Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu muutmise taotluse täitmisjuhvis

<b>1. Taotluse algataja</b>	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	<p><i>Esitatakse tervishoiuteenuste loetelu muutmise ettepaneku (edaspidi taotlus) esitaja nimi. Vastavalt Ravikindlustuse seadusele võib taotluse esitada tervishoiuteenuste osutajate ühendus, erialaiühendus, -selts või Eesti Haigekassa. Juhul kui taotlus esitatakse mitme erialaiühenduse või seltsi vm poolt, märgitakse taotlusesse esmalt n.ö juhtiva erialaseltsi/ühenduse andmed ning seejärel kaastaotleja andmed või lisatakse taotlusele kaastaotleja poolt koostatud kaaskiri.</i></p> <p>(1)MTÜ Eesti Seljaajusonga ja Vesipeahaigete Selts (2) Eesti Näo- ja Lõualuu kirurgide Selts</p>
Postiaadress	<p>(1)Eesti Seljaajusonga ja Vesipeahaigete Selts, Tallinn 13419, Tervise 28 (2)Eesti Näo- ja Lõualuukirurgide Selts, Tartu 5014, Lunini 6</p>
Telefoni- ja faksinumber	<p>(1)Tel.6977239 (2)Tel.6172161</p>
E-posti aadress	<p>(1)ann.paal@gmail.com (2)peeter.viidebaum@regionaalhaigla.ee</p>
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	<p>Ann Paal , ann.paal@gmail.com</p>

<b>2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)</b>	
2.1. Teenuse nimetus	<p><i>Esitatakse uue teenuse nimetus või muudetava teenuse uus nimetus. Loetelus kehtestatud teenuse puhul juhul kui nimetust muudetakse, lisatakse sulgudesse teenuse kehtiv nimetus.</i></p> <p>-Täiskasvanuks saanud puudega inimeste hambaravi toetusmäära suurendamise taotlus - Laste ortodontilise eriravi rahastamise aluste muutmine</p>
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus (edaspidi loetelu) olemasoleva teenuse korral	<p><i>Esitatakse teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus. Juhul kui muudatus ei ole seotud loetelus kehtestatud konkreetse teenusega või on tegemist uue teenuse lisamise ettepanekuga, siis teenuse koodi ei esitata.</i></p> <p><b>Ambulatoorne hambaravi</b></p>
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	<p><i>Uue teenuse lisamisel esitatakse vajadusel kohaldamise tingimused, mille vajadust põhjendatakse punktis 3.1. Olemasoleva teenuse kohaldamise tingimuste muutmisel esitatakse kohaldamise tingimuste uus sõnastus ja sulgudes loetelus kehtiv sõnastus ning kohaldamise tingimuse põhjendamiseks täidetakse kõik muudatuse jaoks asjakohased taotluse väljad.</i></p>

<p>2.4. Ettepaneku eesmärk</p>	<p> <input type="checkbox"/>  <input checked="" type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmise<sup>1</sup>  <input checked="" type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmise<sup>2</sup>  <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmise<sup>3</sup>  <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust<sup>4</sup>  <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmise<sup>5</sup>  <input checked="" type="checkbox"/> Muu Ettepaneku eesmärk on tagada kaasasündinud väärarengu tõttu puudega ja teiste, haiguste või trauma põhjusel kujunenud puudega inimeste hambaravi korraldamise paranemine ja kättesaadavus </p> <p>Märgitakse ettepaneku eesmärk tehes rist* ülal toodud loetelu ees olevasse sobilikku kasti. Lisatakse lühiselgitus, mida ettepanek sisaldab ning miks see on esitatud.</p> <p>Näiteks: ettepaneku eesmärk on lisada loetellu uus teenus nimetusega „Uitnärvi stimulaator refraktaarse epilepsia raviks“, mis on vajalik farmakorefraktaarse epilepsiaga haigetele, kellel ei ole võimalik saavutada rahuldavat kontrolli epilepsiahoogude üle.</p> <p>*Risti lisamiseks vajutada sobilikul ruudul parempoolse hiireklahviga, avanenud menüüst valida "Propertis" ning avanenud aknast märkida "Default value" all olevast valikust "Checked".</p> <p>Eestis on 2018.a. seisul EPI Koja andmetel 156 000 puudega inimest, kellest 10134 on lapsed, tööealised 70 289 ja vanaduspensioniealised 76 103. Praegu on EHK poolt hambaravi hüvitatud 100% -lt kõigile kuni 19.a. vanustele lapsealistele sh puudega lapsed. Tõsine probleem, isegi erakorralise hambaravi saamisega on puudega täiskasvanud inimestel, sest nad lihtsalt ei ole suutelised enda halva majandusliku seisundi tõttu raviteenuse eest tasuma – ei ole raha ega ka muid maksjaid. Ettepaneku sisu on üle vaadata puudega inimeste hambaravi hüvitiste eelarvelised mahud ja muuta teenuse kohaldamise tingimusi täiskasvanud puudega inimeste grupile.</p> <p>Puudega inimeste toimetuleku ja abivahendite rahastus kujuneb 1) riiklikust puudetoetusest  2) töövõimekaotuse kompensatsioonist 3) SKA lt taotletud teenuste kompenseerimisest  4) osadele võimalusel ka KOV – i toetustest</p> <p>Suure riskiga jääda oma raviprobleemidega tupikusse on</p>
--------------------------------	---

<sup>1</sup> Kui teenuse piirhinna muutmise tingib uue meditsiiniseadme, ravimi vm lisamine teenuse kirjeldusse, täidetakse taotluses uue ressursi kohta kõik väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja juurde, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita. Kui piirhinna muutmise tingib ressursi maksumuse muutus, täidetakse vähemalt väljad 1- 2 ning 8.1.

<sup>2</sup> Täidetakse kõik allpool esitatud väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

<sup>3</sup> Täidetakse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

<sup>4</sup> Täidetakse taotluse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

<sup>5</sup> Täidetakse punktid 1-2, 4.6, 9 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

1. **kaasasündinud** (RHK tähistuses „Q...“ diagnoos) nagu kesknärvisüsteemi vääraenguga e. neuraaltoru defekti **patoloogiaga** (NTD) **patsiendid**, näo- ja lõualuude arengudefektiga patsiendid, kasvuhäirega patsiendid ja mitmed elukestvat jälgimist vajavad harvikaiguste gruppi liigituvate haigustega täiskasvanud. Teatud kaasasündinud haiguste ravi algab vastasündinueas, on etapiline vastavalt sellele, kuidas organism kasvab ja raviplaani välja kannab ning see kestab üle lapseea s.o 18 a. vanuse. Nende haigete ravi osas on ettepanek, et EHK kannab ravikulud nii nagu iga teise haiguse juures.
2. **Ortodontiline ravi** algab enamasti jäävhammaste lõikumisel ja võib osadel juhtudel kesta üle 19a. See vajadus on inimese enda tahtest mittekujunenud, vaid kaasasündinud probleem. Vägagi taunitav on hambaravi korralduses praeguselt laste ortodontilise eriravi saamisel haigete lahterdamine patoloogia väljenduse alusel: kuigi on hambuse häire ja seda on vaja lapse elukvaliteedi parandamiseks igal juhul teha, siis osad haiged surutakse erameditsiini lahtrisse , kusjuures lapsevanematele selgitakse eriravi vajadust, aga nõutakse selle eest suurt tasu. Enamus selliseid haigeid jääbki spetsiifilise eriravita lapsevanemate maksujõuetuse tõttu. Sellist olukorda ei tule kellelgi mõttesse näiteks songahaiguse puhul, et seada lävend, keda ravida 100%-lt HK rahastuse abil : näiteks ainult pitsunud songa ravi saab rahastue, aga teised variandid, mis pidevalt inimest vaevab, ei saa rahastust.
3. **Puudega inimeste** haiguskaebused on reeglina kroonilist laadi hulgi-probleemistik, mille ühe osa tasakaalust väljalangus viib ka teiste osapoolte halvenemisele nn krooniline multiprofiilsus. Kaasaegse multiprofiilse ravimise eesmärgiks on saavutada inimesele võimalikult hea elukvaliteet, mis hõlmab nende haigete dispanseerse järelevalve , regulaarset terviskontrolli ning jätkupidevalt kõigi haiguskollete samaaegset ravi. **Hammaskonna mittekorrasolek on üks diagnoosidest** e. probleemidest , millest sõltub inimese toimetulek , töövõimelisus ja heaolu. Oleks vaja üle vaadata ambulatoorse hambaravi doteerimise maht ja HK kompensatsiooni suurendamise võimalused. Praeguse süsteemi alusel on riiklik hoolekanne ja hambaravi 100% dotatsioon tagatud sügava vaimupuudega inimestele, kes vajavad üldanesteesias hammaskonna ravi, kuid need puudega inimesed, kes vajaksid ambulatoorses korras läbiviidavat ravi (aastas ~100 000 puudega inimest) ei jõua oma minimaalsetegi raviprotseduuride eest ise tasuda. Haigekassa hüvitus täiskasvanule 40.- EUR-i ei võimalda täisravikulude katmist. Vanaduspensionäri hambaravihüvitus, 85.- EUR-i , ei laiene tööealistele täiskasvanutele, aga see suurem doteering võiks laiendada siiski puuet omavatele tööealistele inimestele olenemata

	<p>puudeastmest. Reeglina puude tõttu on inimese sissetulek enamasti miinimumi väärtustes ja õigeaegselt adekvaatse ravini enamus täisealistest puudega tööelistest inimestest maksujõuetuse tõttu ei jõua. Multidistsiplinaarsemeeskonna taotlusel võiks seejuures olla lisavõimalus aasta jooksul minimaalset hüvitist kordistada 2-4x.</p> <p><b>Eesti Puuetega Inimeste Koda tegi küsitluse oma liikmeskonna seas arva-muse saamiseks hambaravi kättesaadavuse ja puuetega inimeste hambaravi teenuste hüvitamisest Haigekassa poolt kohta. Oma arvamust avaldasid: Jõgevamaa Puuetega Inimeste Koda, Eesti Vähihaigete Laste Vanemate Liidu, Eesti Autismiühing, Tallinna Puuetega Inimeste Koda, Prader-Willi Sündroomi Ühing, Eesti Põletikulise Soolehaiguse Selts, Valgamaa Puuetega Inimeste Koda ja Eesti Tsöliaakia Selts.</b></p>
<p>2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma</p>	<p>Üldarstiabi  <input checked="" type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi  <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid  <input type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi  <input type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid  <input type="checkbox"/> Operatsioonid  <input type="checkbox"/> Laboriuuringud, lahangud ja kudede transplantaadid  <input type="checkbox"/> Veretooted ja protseduurid veretoodetega  <input checked="" type="checkbox"/> Hambaravi  <input type="checkbox"/> Kompleksteenused  <input type="checkbox"/> Ei oska määrata/ Muu (selgitada)</p> <p><i>Märgitakse teenuse asukoht loetelu peatükis, kuhu teenus tuleks lisada või vastav muudatus teha, tehes rist vastava peatüki nimetuse ees olevasse kasti. Võimalusel märkida ka §-i nimetus ja/või number, kuhu teenus oleks loetellu lisamisel sobilik kanda.</i></p> <p>Hinnakirja koodid, mis võiksid ambulatoorses hambaravis olla hüvitisega kaetud terviseisust tulenevalt kordusena haigele vajaliku eriravi korraldamisel MDM otsuse olemasolul</p> <p>52400 – hambaarsti esmane vastuvõtt  52404 – hambumusest fotostaatuse koostamine  52408 – hammaste fluoroteraapia ühe sekundi ulatuses  52409 – silandi paigaldamine ühele hambale  52412 – hammaskonna professionaalne puhastamine biokilest  52414 – injektsioonianesteesia  52417 – ühe pinna täidis  52418 – kahe pinna täidis  52419 – kolme pinna täidis  52427 – hamba pulbi amputatsioon ja alustäidis  52440 – supragingivaalne kivi eemaldamine nelja hamba ulatuses  52441 – subgingivaalne kivi eemaldamine nelja hamba ulatuses  52450 – ühe juurega hamba eemaldamine  52451 – mitme juurega hamba eemaldamine</p>

	<p>52452 – sügavalt murdunud hamba või purunenud hamba eemaldamine  52460 – haava sulgemine õmblusega  52467 – hambaravi baashind</p> <p>Analüüsisime Tallinna LH baasil hambaravi vajanud erivajadusega laste – noorukite hambaravi kulu, kus 2018.a. I poolaastal eelnimetatud teenuskoodid olid vastavalt vajadusele kasutusel. Ravil oli 60 patsienti. Nendele tehtud protseduurid on ülekantavad täiskasvanuks saanud erivajadustega haigetele just hambaarsti seisukohalt, sest patsiendi pöördumisel tuleks kõigil koostada raviplaan sellisena, et „suu saab korda“. Keskmiselt tuli ühe pöördumise stomatoloogilise raviteenuste hinnaks 460.- EUR-i. Ühe protseduuri keskmiseks hinnaks 36 EUR-i. Kui ka puudega inimese hüvitis saab olema 85.- EUR-i, siis omaosalust ei suuda puudega inimene kuidagi tasuda. Seetõttu on praegugi konkreetselt 2 täiskasvanud puudega inimest, kes hambaid valutavad olukorras, kus hädavajalik hambaavi on kahele aastale planeeritud patsiendi omaosa maksujõuetuse pärast. Vähemalt esmaabi on tagatud sel moel ja ravi siis jääbki pikendatud perioodile. Ettepanek on, et näiteks MDM ravimeeskonna otsuse olemasolu korral saaks hambaravi hüvituse määra kordistada ühes aastas kuni 4x –ks, mis võimaldaks eriti haavatud kontingendi ravi korraldamise raskusi leevendada igal tasandil</p>
--	--

### 3. Tõenduspõhisus ja näidustused

3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks;

*Esitatakse üksnes teenuse need näidustused, mille korral soovitakse seda teenust loetellu lisada. Teenuse näidustused esitatakse vajadusel ka kehtiva haiguste klassifikatsiooni alusel. Kui teenuse osutamiseks on mitmeid erinevaid näidustusi ning need on seotud erinevate erialadega vm, aga ettepaneku on esitanud üksnes üks erialaühendus lähtudes oma eriala kasutusvaldkonnast, siis esitatakse näidustus(ed) üksnes oma eriala kasutusvaldkonnast tulenevalt. Samas lisatakse selgitused ka muude kasutusvaldkondade kohta.*

Inimloote arengus kujunevad esimese kolme kuu vältel organsüsteemid sh. näo- ja ajukolju moodustumine, hammaste alged. Organi või organsüsteemi arenguhäirega sündinud laste spetsiifiline eriravi on tegelikkuses elukestev. Tuleb arvestada hilinenud arengujoonega, ebaküpsusest tingitud taaspöördumatute muutuste võimaluse või arengu iseäraga seotud ettetulevate düsfunktsionaalsusega. Seetõttu lapseast üle kasvanud puudega seisund ei pruugi täisealise tasemeni lõplikult soodsalt jõudnud arenguliselt kohastuda. Teatud korrektiivravi või profülaktikaga seotud hooldusravi või esmaabiravi on puudega inimesele seda komplitseeritum, mida tõsisemad on tema organismi muudes süsteemides muutused või eripärad. Hambaravi on täiskasvanueas nii sotsiaalses kui meditsiinilises plaanis hea elukvaliteedi üheks oluliseks osaks. *Vt kirjanduse andmeid punktide 1,2,3,4,5,6 alt*

3.2. teenuse tõenduspõhisus avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes; *Esmalt selgitatakse lühidalt erinevate kliiniliste uuringute jm teaduspõhiste uuringute, mis kajastavad teenust taotluses esitatud näidustustel (punkt 3.1.), otsimis- ning valikukriteeriume (millisest andmebaasist otsiti, millised olid olulisemad märksõnad, kas kasutati mingeid*

kindlaid piiranguid otsingul ja miks jm). Kasutatud kliiniliste uuringute loetelu esitatakse taotluse lõpus punktis 12 ning kasutatud kirjandusele lisatakse teksti viited märkides kasutatud kirjanduse järjekorra numbri viidatud lause/ lõigu lõppu sulgudesse.

Näiteks: uuringuid otsiti PubMed-ist (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Otsingu märksõnad olid „diabet in pregnancy“, valikukriteeriumiks oli insuliinravi enne rasedust. Otsingukriteeriumiks olid täistekstina kättesaadavad inglise keelsed artiklid, mis on avaldatud alates 1. jaanuarist 2000. Otsingu tulemusel leiti 10 uuringut, millest on kajastatud taotluses 3 uuringu tulemused, kuna teiste uuringute valimi maht oli väike (vähem kui 20 isikut).

Seejärel esitatakse leitud ning kasutamiseks sobilike uuringute<sup>6</sup> tulemused punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes järgmises tabelis:

Jrk nr.	Uuringu autori(te) nimed	Uuringu kvaliteet <sup>7</sup>	Uuringusse hõlmatud isikute arv ja lühiiseloostumus	Uuritava teenuse kirjeldus	Esmane tulemus, mida hinnati	Muu(d) tulemus(ed), mida mõõdeti/hinnati	Alternatiiv milleg võrreld
1	2	3	4	5	6	7	8
	märgitakse vähemalt uuringu kahe autori nimed. Juhul kui autoreid on rohkem, siis lisatakse juurde lühend „et al“	hinnatakse, kas uuring on A, B, C või D kvaliteediga. Uuringu kvaliteedi hindamiseks lisaks uuringu liigile kasutatakse mõnda kvaliteedi hindamise tööriista, mille küsimustiku kohta esitatakse taotluses viide. Kasutada võib nt. Cochrane Library küsimustikku <sup>8</sup> .	Märgitakse kui mitu isikut on uuringusse kaasatud ning nende lühiiseloostumus, nt. vanus, sugu vm.	Esitatakse uuritava teenuse kirjeldus uuringust, nt. millest teenus koosneb, juhul, kui seda on uuringus kirjeldatud (nt. kas seda osutab õde, arst), ravimite puhul, millist annust on uuritud vm	Märgitakse, mis oli uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund.	Märgitakse juhul, kui mõõdeti ka teisi tulemusi.	Märgitakse alternatiiv millega taotluses esitatud teenust võrreldi.
	Näide						
1.	Hadden DR, Alexander	D, kohort uuring	1,5 miljonit, naised		Perinataalne suremus, mõõdeti	puuduvad	Dieet insuliinra alustamine

<sup>6</sup> Sobilike uuringute välja selgitamiseks teostatakse uuringutele kriitiline kvaliteedi hindamine.

<sup>7</sup> Märgitakse järgmiselt:

A – tugevalt tõendus põhine (põhineb süstemaatilisel ülevaatel kõigist asjakohastest randomiseeritud kliinilistest uuringutest ja/või metaanalüüsil);

B – tõendus põhine (põhineb vähemalt ühel korralikult disainitud randomiseeritud kliinilisel uuringul),

C – kaheldav või nõrgalt tõendus põhine (juhul, kui pole A ega B, aga tõendus põhinevus on kirjeldatud kirjanduse põhjal);

D – muu, selgitada.

<sup>8</sup> Asub aadressil:

<http://www.ohg.cochrane.org/forms/Risk%20of%20bias%20assessment%20tool.pdf>



	<i>A. et al</i>				<i>raseduse katkemiste arvu</i>		<i>raseduse</i>
<i>Lisaks tabelile selgitatakse/antakse lühikokkuvõte olulisematest uuringus kajastatud aspektidest.</i>							
<p>3.3. teenuse sisaldumine punktis 3.1 esitatud näidustustel Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes;</p> <p><i>Esitatakse viited <u>ravijuhistele</u> (võimalusel elektroonsed viited), milles on kajastatud taotletava teenuse kasutamine punktis 3.1 esitatud näidustustel. Esitatakse ka lühikokkuvõte, mis osas on ravijuhendis teenuse kasutamist kirjeldatud, nt. kas teenus on lisatud ravijuhendisse piiranguna või teatud tingimustel jne. Lisatakse põhjendused/selgitused, kas sarnased piirangud on asjakohased Eestis rakendada. Viitamisel lisada lehekülje number, kus antud teenuse kasutamist ravijuhendis käsitletakse.</i></p>							
<p>3.4. teenuse osutamise kogemus maailmapraktikas ja Eestis punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes;</p> <p><i>Esitatakse järgmised andmed taotluse punktis 3.1. esitatud näidustuste lõikes:</i></p> <p>a) <i>teenuse kasutamise kogemuse kohta maailmas - mis aastast, millistes riikides teenust on osutatud ning kus riigis ja mis aastast rahastatakse antud teenust avaliku sektori poolt;</i></p> <p>b) <i>teenuse kasutamise kohta Eestis - mis aastast, millise tervishoiuteenuse osutaja juures on teenust osutatud, milline on teenuse maht aastas ning kas taotletavat teenust on rahastatud haigekassa poolt vm vahenditest; kui teenust on rahastatud haigekassa vahenditest, märkida, millise teenuse<sup>9</sup>nimetuse ja koodiga seda on raviarvel kajastatud. Kui teenust on rahastatud muudest vahenditest, selgitada millistest ning miks selline rahastamine ei jätku.</i></p>							
<p>3.5. meditsiinilise tõenduspõhisuse võrdlus Eestis ja rahvusvaheliselt kasutatavate alternatiivsete tervishoiuteenuste, ravimite jm,;</p> <p><i>Esitatakse Eestis kasutusel olevate alternatiivsete tervishoiuteenuste, ravimite jm tõenduspõhisuse andmed, mis ei ole kajastatud punktis 3.2 s.t kui Eestis on kasutusel alternatiiv, millega võrdlevat kliinilist uuringut ei ole teostatud. Esitatakse kliiniliste uuringute andmed käesolevas punktis kajastatud alternatiivse(te) teenus(t)e oodatava tulemuse, kõrvaltoimete ja tüsistuste kohta ning teenuse kasutusandmed (kus Eestis kasutatakse, kui kaua jne).</i></p> <p><i>Käesolevas punktis kajastatud alternatiivsete teenuste numbrilised tulemused esitatakse alljärgnevas tabelis:</i></p>							
	<b>Uuringu nimetus</b>	<b>Teenusest saadav tulemus</b>	<b>Alternatiiv 1 - esitatakse alternatiivi nimetus</b>	<b>Alternatiiv 2 - esitatakse alternatiivi nimetus, mida ei ole antud tabelis enne märgitud</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>			
	<i>Esitatakse uuringu autorite nimed ning uuringu nimetus. Juhul kui autoreid on rohkem kui kaks, siis lisatakse juurde lühend „et al“</i>	<i>Esitatakse, millise näitajaga mõõdetakse muutust tervise seisundis. Soovitatavalt peaks teenuse tulemus olema mõõdetav samas näitajas, mis on punktis 3.2 tabelis kajastatud.</i>	<i>Esitatakse käesoleva tabeli veerus 2 esitatud tulemuse numbriline väärtus.</i>	<i>Esitatakse käesoleva tabeli veerus 2 esitatud tulemuse numbriline väärtus punkti veeru pealkirjas esitatud alternatiivse teenuse kohta.</i>			

<sup>9</sup> Siin ja edaspidi esitada tervishoiuteenuste loetelus sisalduvate teenuste kohta nimetus ja kood, mis on kehtestatud tervishoiuteenuste loetelus.

Esitatakse käesolevas punktis kirjeldatud alternatiivide kõrvaltoimete ning tüsistuste loetelu, nende lühikirjeldus ning nende esinemissagedus. Esitatakse nende võrdlus taotletava teenuse tüsistuste ja kõrvaltoimete esinemissagedustega.

Uuringu nimetus	Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused	Alternatiiv 1 - esitatakse alternatiivi nimetus	Alternatiiv 2 - esitatakse alternatiivi nimetus, mida ei ole antud tabelis enne märgitud
Esitatakse uuringu autorite nimed ning uuringu nimetus. Juhul kui autoreid on rohkem kui kaks, siis lisatakse juurde lühend „et al“.	Nimetatakse uuringus esitatud kõrvaltoimed ja tüsistused	Esitatakse alternatiiv 1 kõrvaltoimete ja/või tüsistuste esinemissagedus ja -kordade arv.	Esitatakse alternatiiv 2 kõrvaltoimete ja/või tüsistuste esinemissagedus ja -kordade arv.

### 3.6. teenuse seos kehtiva loeteluga;

Esitatakse andmed selle kohta, kas uus teenus on seotud kehtiva loeteluga, kas ta asendab täielikult või osaliselt olemasolevat(id) teenust(eid):

- Kui uus teenus asendab olemasolevat teenust täielikult, esitada selle teenuse nimetus ja kood loetelust, mida taotletav teenus asendab ning selgitused/põhjendused/ettepanekud asendatava teenuse kohta (nt. kas oleks mõistlik see loetelust kustutada või on selle teenuse olek loetelus mingitel juhtudel siiski vajalik);
- Kui uus teenus asendab olemasolevat teenust osaliselt, esitada selle teenuse nimetus ja kood loetelust, mida ta asendab ning asendamise määr %-des.

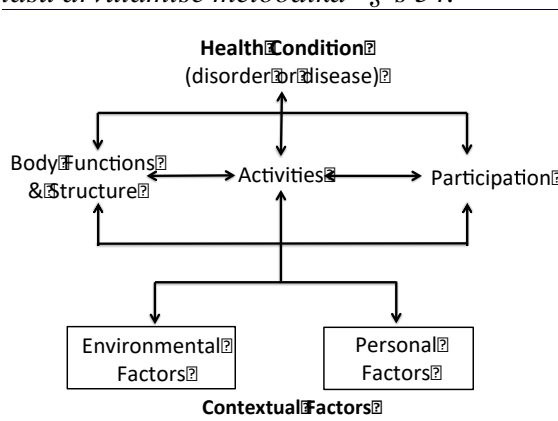
Näiteks:

Teenus asendab täielikult teenust koodiga 1111 nimetusega "y" ning teeme ettepaneku antud teenus loetelust kustutada uue teenuse lisamisel;

Uus teenus asendab osaliselt teenust x koodiga 8888. Uus teenus asendab olemasolevat 45% ulatuses teenuse osutamise mahust.

### 3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;

Esitatakse milliste erialade kompetensi kuulub teenuse osutamine ning raviarvele kantavad võimalikud teenuste tüübid, mis on kehtestatud määruse "Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika" §-s 54.





#### 4. Teenusest saadav tulemus ja kõrvaltoimed

4.1. teenuse oodatavad tulemused ning nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiividega (ravi tulemuslikkuse lühi- ja pikaajaline prognoos):

*Esitatakse teenuse oodatavad tulemused tervisele. Tulemuseks on muutus tervise seisundis, nt.:*

- *surmajuhtumite vähenemine,*
- *haigestumisjuhtude vähenemine,*
- *töövõimetuse vähenemine, haigusvaba perioodi muutumine,*
- *elukvaliteedi paranemine,*
- *kõrvaltoimete sageduse vähenemine,*
- *tüsistuste sageduse vähenemine.*

*Vajadusel esitatakse eraldi teenusest saadav lühiajaline muutus ning pikaajaline muutus tervisele. Soovitav on lisaks näidata andmete olemasolul mõju tervisele nt. kvaliteediga kohandatud eluaastates ehk QALY-d, mis oleks aluseks kulutõhususe hinnangu koostamisel. QALY-de esitamisel, esitatakse, millisest uuringust andmed on saadud ning lisatakse sellele viide.*

**Diagnostilise protseduuri** puhul esitatakse andmed diagnostilise protseduuri täpsuse ja ohutuse kohta ning selle kohta, millist mõju avaldab testimine haiguse edasisele ravile ning seeläbi isiku tervisele pikema perioodi jooksul.

Alternatiivsete teenuste tulemuste andmed esitatakse samades näitajates, milles on esitatud taotletava teenuse tulemus. Esitatakse taotletava teenuse ning uue teenuse tulemuste võrdlus ning uue teenuse lisandväärtus võrreldes alternatiivsete teenustega. Esitatakse oodatavate tulemuste lühikokkuvõte, mille numbrilised väärtused uuringute lõikes näidatakse tabelis. Esitatakse teenuse tulemuste võrdlus alternatiivsete teenuste tulemustega ning seeläbi teenuse lisandväärtus patsiendile.

<b>Punktis 3.1. tabeli uuringu jrk nr.</b>	<b>Teenusest saadav tulemus</b>	<b>Taotletav teenus</b>	<b>Alternatiiv 1 - esitatakse punktis 3.1. tabeli veerus 7 esitatud alternatiivi nimetus</b>	<b>Alternatiiv 2 - esitatakse punktis 3.1. tabeli veerus 7 esitatud alternatiivi nimetus, mida ei ole antud tabelis enne märgitud</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>Esitatakse uuringu jrk nr punktis 3.2 esitatud tabeli 1. veerust.</i>	<i>Esitatakse, millise näitajaga mõõdetakse muutust tervise seisundis (punkti 3.2. tabeli veerus 6).</i>	<i>Esitatakse käesoleva tabeli veerus 2 esitatud tulemuse numbriline väärtus taotletava teenuse kohta</i>	<i>Esitatakse käesoleva tabeli veerus 2 esitatud tulemuse numbriline väärtus punkti 3.2. tabeli 8.-ndas veerus esitatud alternatiivse teenuse kohta</i>	<i>Esitatakse käesoleva tabeli veerus 2 esitatud tulemuse numbriline väärtus punkti 3.2. 8.-ndas veerus esitatud alternatiivse teenuse kohta, mida ei ole esitatud käesoleva tabeli 4. veerus.</i>

*Näiteks:*

<b>Punktis 3.2. tabeli uuringu jrk nr.</b>	<b>Teenusest saadav tulemus</b>	<b>Taotletav teenus</b>	<b>Insuliinravi alustamine raseduse ajal</b>	<b>Toitumisharjumuste muutmine</b>
<i>1.</i>	<i>Katkenud raseduste arv</i>	<i>1000</i>	<i>1200</i>	<i>999</i>

Eestis on 2018.a. seisul EPI Koja andmetel 156 000 puudega inimest, kelledest 10134 on lapsed, tööealised 70 289 ja vanaduspensioniealised 76 103. Praegu on EHK poolt hambaravi hüvitatud 100% -lt kõigile kuni 19.a. vanustele lapsealistele sh puudega lapsed, aga **puudulikul määral laste ortodontiline korrektiivravi**. Puuetega inimeste seas läbiviidud küsitluse analüüsi alusel enam ei külasta hambaarsti üksnes kontrolliks või profülaktilisel eesmärgil – pole sellist harjumust või korralduslikkust. Keskelt läbi 10 küsitletust 3 pöördus eelmisel aastal arstile, sest hammas valutab või „kästi minna suud korda tegema“ s.t suurtele arvudele ülekantuna vajanuks aasta jooksul vältimatult ~49 000 erivajadusega täiskasvanut inimest adekvaatset hambaravi. Enamuse v.a. üldanesteesias korraldatud ravil käinutest sai suuõõs hambavaluprobleemi lahendamiseks üksnes „minimaalsel moel korrastatud“. Põhjuseks, miks ravi selliselt sai tehtud, oli maksujõuetus hambaravi eest ise tasuda

4.2. teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega:

*Esitatakse võimalike kõrvaltoimete ja tüsistuste loetelu, mis on kajastatud punktis 3.2. esitatud uuringutes ning nende lühikirjeldus. Tabelis esitatakse iga loetletud kõrvaltoime/tüsistuse esinemissagedus:*

<b>Punktis 3.2. tabeli uuringu jrk nr.</b>	<b>Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused</b>	<b>Taotletav teenus</b>	<b>Alternatiiv 1 - esitatakse punktis 3.2. tabeli 7 veerus esitatud alternatiivi nimetus</b>	<b>Alternatiiv 2 - esitatakse punktis 3.2. tabeli 7 veerus esitatud alternatiivi nimetus, mida ei ole antud tabelis enne märgitud</b>
<i>Esitatakse uuringu jrk nr punktis 3.2. esitatud tabeli 1. veerust.</i>	<i>Nimetatakse uuringus esitatud kõrvaltoimed ja tüsistused</i>	<i>Esitatakse kõrvaltoimete ja/või tüsistuste esinemissagedus ja -kordade arv taotletava teenuse kohta.</i>	<i>Esitatakse alternatiiv 1 kõrvaltoimete ja/või tüsistuste esinemissagedus ja -kordade arv.</i>	<i>Esitatakse alternatiiv 2 kõrvaltoimete ja/või tüsistuste esinemissagedus ja -kordade arv.</i>

4.3. punktis 4.2. ja 3.5 esitatud kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi kirjeldus (kasutatavad tervishoiuteenused ja/või ravimid (k.a ambulatoorsed ravimid));

*Esitatakse loetelu teenustest ja ravimitest (loetelus sisalduvate teenuste ja ravimite puhul esitatakse nende nimetus loetelus kehtestatud kujul ning lisatakse juurde ka kood), mida on vajalik patsiendile osutada, et ravida tekkinud kõrvaltoimeid ning tüsistusi. Lisaks esitatakse nimetatud teenuste ja ravimite lõikes keskmine teenuste kasutuskordade arv ning keskmised ravimite annuste suurused ühe isiku kohta.*

*Näiteks:*

*Teenusega kaasneva tüsistuse z raviks kasutatakse:*

- 1) ravimit q, keskmine kogus patsiendi raviks 10 ühikut,*
- 2) protseduuri w, üks kord patsiendi kohta.*

4.4. taotletava teenuse osutamiseks ja patsiendi edasiseks jälgimiseks vajalikud tervishoiuteenused ja ravimid (s.h ambulatoorsed) vm ühe isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni ning võrdlus punktis 3.5 nimetatud alternatiividega kaasnevate teenustega;

*Esitatakse loetelu teenustest ja ravimitest, sh soodusravimitest (loetelus sisalduvate teenuste*

ja ravimite puhul esitatakse nende nimetus loetelus kehtestatud kujul ning lisatakse juurde ka kood), mis on vajaliku teenuse osutamisel ning patsiendi edasisel jälgimisel. Loetelud esitatakse eraldi taotletava teenuse ja alternatiivsete teenuste kohta.

Üheks kriteeriumiks vajaliku hambaraviplaani ellu viimiseks erivajadustega patsientuurile oleks MDM (multidistsiplinaarse meeskonna vastuvõtu teenus) - põhimõttel patsiendi vastuvõtt ja raviplaani kinnitamine ning seejuures ravirahastuse plaani tegemine. Vajadusel eritaotlus Haigekassale, KOV-le ravi rahastamise kaasamiseks

4.5. teenuse võimalik väär-, ala- ja liigkasutamine; teenuse optimaalse ja ohutu kasutamise tagamiseks teenusele kohaldamise tingimuste seadmise vajalikkus;

*Esitatakse andmed teenuse võimaliku väär-, ala või liigakaustamise kohta (kas on võimalik, mil moel jm). Esitatakse vajadusel tingimused (näidustused, teenuse osutajate piirang, teenuste kordade arvu piirang vm), mis oleks vajalik teenuse lisamisel loetellu kehtestada, selleks, et ära hoida teenuse väärkasutamist ning mille täitmisel oleks võimalik tagada teenuste optimaalne kasutus ning seeläbi parim tulemus patsiendi tervisele.*

*Näiteks: teenuse väärkasutuse ennetamiseks oleks vajalik piirata teenuse osutajate hulka piirkondlike haiglatega ning kasutuskordade arvuga 2 korda patsiendi kohta aastas.*

4.6. patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

*Kirjeldatakse patsiendi isikupära (nt. käitumine, vanus, sugu jms) mõju ravi tulemustele ning asjaolud, mis avaldavad kõige rohkem mõju ravi tulemustele ja mõju suund.*

## 5. Vajadus

5.1. Eestis teenust vajavate patsientide arvu hinnang (ühe aasta kohta 4 aasta lõikes), kellele on realselt võimalik teenust osutada taotletud näidustuste lõikes:

*Esitatakse punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes patsientide arv järgneva nelja aasta kohta eraldi, kellele on realselt võimalik teenust osutada (arvestades teenust vajavate patsientide arvu, teenuse osutajate arvu, vajalikku infrastruktuuri jm). Esitatakse andmed, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes. Patsientide arv esitatakse alljärgnevas tabelis:*

Eestis on 2018.a. seisul EPI Koja andmetel 156 000 puudega inimest, kellest 10134 on lapsed, tööealised 70 289 ja vanaduspensioniealised 76 103. Praegu on EHK poolt hambaravi hüvitatud 100% -lt kõigile kuni 19.a. vanustele lapsealastele sh puudega lapsed, aga **puudulikul määral laste ortodontiline korrektiivravi**. Puuetega inimeste seas läbiviidud küsitluse analüüsi alusel enamuse ei külasta hambaarsti üksnes kontrolliks või profülaktilisel eesmärgil – pole sellist harjumust või korralduslikkust. Keskelt läbi 10 küsitlusest 3 pöördus eelmisel aastal arstile, sest hammas valutab või „kästi minna suud korda tegema“ s.t suurtele arvudele ülekantuna vajanuks aasta jooksul vältimatult ~49 000 erivajadusega täiskasvanut inimest adekvaatset hambraravi. Enamuse v.a. üldanesteesias korraldatud ravil käinutest sai suuõõs hambavaluprobleemi lahendamiseks üksnes „minimaalsel moel korraldatud“. Põhjuseks, miks ravi selliselt sai tehtud, oli maksujõuetus hambaravi eest ise tasuda

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal $t^*$	Patsientide arv aastal $t+1$	Patsientide arv aastal $t+2$	Patsientide arv aastal $t+3$
1	2	3	4	5
<i>Esitatakse teenuse osutamise näidustus kehtiva haiguste</i>	<i>Märgitakse teenust vajavate isikute arv veerus 1 esitatud</i>	<i>Märgitakse teenust vajavate isikute arv veerus 1 esitatud</i>	<i>Märgitakse teenust vajavate isikute arv veerus 1 esitatud</i>	<i>Märgitakse teenust vajavate isikute arv veerus 1 esitatud</i>

<i>klassifikatsiooni alusel</i>	<i>näidustusel aastal t</i>	<i>näidustusel aastal t+1</i>	<i>näidustusel aastal t+2</i>	<i>näidustusel aastal t+3</i>

\*t – taotluse menetlemise aastale järgnev aasta;

<b>Teenuse näidustus</b>	<b>Patsientide arv aastal t=2011*</b>	<b>Patsientide arv aastal t+1 2012</b>	<b>Patsientide arv aastal t+2 2013</b>	<b>Patsientide arv aastal t+3 2014</b>
X11.1	20	30	35	35
X21.1	10	15	15	20

*Teenust vajavate isikute arv kasvab esimesel aastal näidustuse X11.1, kuna täna nimetatud patsiente ravitud ei ole, seega on teenust vajavate patsientide arv esimestel aastatel suurem. Teenust vajavate isikute arvu prognoosimisel on aluseks võetud levimuse andmed.*


5.2. teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes: *Esitatakse andmed prognoositava teenuse mahu kohta näidustuse lõikes järgneva nelja aasta kohta iga aasta kohta eraldi, arvestades teenust vajavate isikute arvu ning keskmist teenuse kasutuskordade arvu patsiendi kohta. Esitatakse selgitused ja põhjendused teenuse arvu prognoosi kohta.*

<b>Teenuse näidustus</b>	<b>Teenuse maht aastal t</b>	<b>Teenuse maht aastal t+1</b>	<b>Teenuse maht aastal t +2</b>	<b>Teenuse maht aastal t +3</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>Esitatakse teenuse osutamise näidustus kehtiva haiguste klassifikatsiooni alusel</i>	<i>Märgitakse teenuse maht veerus 1 esitatud näidustuste lõikes aastal t</i>	<i>Märgitakse teenuse maht veerus 1 esitatud näidustuste lõikes aastal t+1</i>	<i>Märgitakse teenuse maht veerus 1 esitatud näidustuste lõikes aastal t+2</i>	<i>Märgitakse teenuse maht veerus 1 esitatud näidustuste lõikes aastal t+3</i>

## 6. Taotletava teenuse kirjeldus

6.1. teenuse osutamiseks vajalik koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba, vm); *Esitatakse teenuse osutamiseks vajaliku(e) ruumi(de) nimetus(ed). Esitatakse teenuse osutamisel kasutatava ruumi sisustuse kirjeldus, juhul kui on tegemist teenuse osutamiseks vajaliku spetsiifilise ruumiga, s.t ruum on erinõuetega just antud konkreetse teenuse osutamiseks. Juhul, kui teenuse osutamiseks kasutatakse olemasolevat ruumi, mis on tegevuspõhises kulumudelil kirjeldatud, siis esitatakse ruumi nimetus ning ressursi kood määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika „ lisast 5.*

6.2. patsiendi ettevalmistamine ja selleks vajalikud toimingud: premedikatsioon, desinfektsioon või muu;

*Esitatakse patsiendi ettevalmistamiseks kasutatavate toimingute loetelu ning nende kirjeldus koos teenuse osutamise keskmiste aegadega.*

*Esitatakse teenuse osutamisega kaasnevate muude teenuste ja ravimite, mis on vajalikud kas teenuse määramisel, teostamisel, edasisel jälgimisel vm, kasutusandmed - teenuste nimetused, koodid, keskmised kasutuskordade arvud. Andmed esitatakse ühe isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni, kusjuures märgitakse kui pikk on antud näidustusel keskmine aeg vajaduse lõppemiseni. Samad andmed esitatakse ka Eestis kasutatavate alternatiivsete teenuste kohta. Esitatakse keskmine raviarvete arv isiku kohta ühes aastas ning raviarvel kajastuvad teised teenused.*

*Ravi määramisel ja jälgimisel kasutatavate **ravimite** kohta esitatakse:*

- a) annustamisskeem;*
- b) ravi kestus/kuuride arv;*
- c) ravi alustamise ja lõpetamise kriteeriumid.*

***Diagnostilise protseduuri** puhul esitatakse käesolevas punktis kirjeldatud andmed juhul, kui protseduuri teostamise järel muutub patsiendi edasises ravis ja/või jälgimisel kasutatavate tervishoiuteenuste ja ravimite kasutus. Juhul kui muutust ei toimu, esitada sellekohane selgitus.*

6.3. teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

*Esitatakse taotletava teenuse osutamisel tehtavate tegevuste loetelu nende esinemise järjekorras, nende kirjeldus ning võimalusel lisada ka tegevuste sooritamise keskmised ajad.*

## **7. Nõuded teenuse osutajale**

7.1. teenuse osutaja a, keskaigla, üldhaigla, perearst, vm);

*Märgitakse võimalikud teenuse osutajad eelpool esitatud valikust. Märkides teenuse osutajaks „muu“, täpsustada teenuse osutajat.*

7.2. infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus;

*Kirjeldada teenuse osutamiseks vajalik infrastruktuur ning selle olemasolu või soetamise vajadus ning plaanid. Esitatakse andmed, kas ja milliseid täiendavaid osakondi ja teenistusi on vajalik luua teenuse osutamiseks ning kuna on plaanis need luua.*

7.3. personali (täiendava) väljaõppe vajadus;

*Esitatakse andmed, millise haridusega spetsialist (arst, õde, vm ning vajadusel eriala) teenust osutab, kas personal vajab teenuse osutamiseks väljaõpet. Kui jah, siis esitada andmed kes ja kus koolitust läbi viib ning kes katab koolituse kulud (kas nt. seadme müüja, teenuse osutaja ja kulu on arvestatud teenuste hindadesse jm). Esitatakse andmed, kas teenust osutav personal vajab täiendavat koolitust teatud intervalli tagant ning kes sellisel juhul koolituse läbi viib.*

7.4. minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;

*Esitada teenuse minimaalne osutamise maht, mille puhul oleks tagatud teenuse osutamise kvaliteedi säilimine. Lisada selgitused/põhjendused, mille alusel on teenuse minimaalne maht hinnatud.*

7.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.

*Kirjeldada, milline peaks olema tervishoiuteenuse osutaja töökorraldus, et oleks tagatud soovitud tulemus.*

## **8. Kulutõhusus**

8.1. teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused;

Esitatakse teenuse soovitatav hind ning hinnas sisalduvad ressursid ning nende hulgad ja hinnad vastavalt määruse "Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika lisa 1 või lisa 14 alusel. Esitatakse selgitused hinna kujunemise ja põhjendatuse kohta.

8.2. teenuse osutamisega kaasnevate teenuste ja soodusravimite, mis on nimetatud p 4.4, isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni esitatud kulude võrdlus alternatiivsete teenuste kuludega isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni;

Esitatakse nii taotletava teenuse kui ka alternatiivsete teenuste kohta p.4.4 nimetatud kaasnevate teenuste ja ravimite, sh soodusravimite kohta järgmised andmed:

- teenusega kaasnevate teenuste ja ravimite, sh soodusravimite loetelu, nende keskmine kasutuskordade arv ühe isiku kohta aasta lõikes või kuni vajaduse lõppemiseni,
- kaasnevate teenuste ja ravimite hinnad esitatakse juhul, kui need ei sisaldu loetelus ning soodusravimite loetelud;

Näiteks: Ravi kestvus on keskmiselt 1,5 aastat. Esimesel aastal kaasnevad teenuse x osutamisel järgmised teenused

Teenuse nimetus	Kood	Piirhind (eurodes)	Keskmine kogus
Voodipäev B	2222	63,91	3
vastuvõtt	3002	12,02	1
Korduv vastuvõtt	3004	9,52	3
Kokku			

Teisel aastal kaasnevad järgmised teenused:

Teenuse nimetus	Kood	Piirhind (eurodes)	Keskmine kogus
vastuvõtt	3002	12,02	1
Korduv vastuvõtt	3004	9,52	2
Uuring f	1234	164,89	1
Kokku			

Alternatiivse teenuse y osutamisel ravi keskmine kestvus on 2 aastat ning esimesel aastal osutatakse järgmisi teenuseid:

Teenuse nimetus	Kood	Piirhind (eurodes)	Keskmine kogus
Voodipäev B	2222	63,91	4
vastuvõtt	3002	12,02	1
Korduv vastuvõtt	3004	9,52	2
Operatsioon	55555	319,56	1
Kokku			

Teisel aastal osutatakse:

Teenuse nimetus	Kood	Piirhind (eurodes)	Keskmine kogus
Voodipäev B	2222	63,91	2
vastuvõtt	3002	12,02	1
Korduv vastuvõtt	3004	9,52	2
uuring x	9876	36,37	1
Kokku			

Juhul kui ei ole võimalik esitada ülaltoodud andmeid nii detailselt, esitatakse kaasnevate teenuste ja soodusravimite kasutuse muutused ühe isiku kohta. Kui teenuse osutamise vajadus on pikaajaline ning teenuse osutamise vajadus hakkab mingist hetkest korduma, esitatakse andmed mitmendast aastast ja millise tsüklilisusega teenuse osutamine korduma hakkab ning milliseks jääb nende taotletava teenuse ja sellega seotud teenuste kasutus.

Näiteks: Uue teenuse Z osutamisel väheneb füsioteraapia kasutus ühe isiku kohta aastas 50% ning suureneb tegevusteraapia teenuse vajadus 25% ühe isiku kohta aastas. Patsient vajab teenust Z esimesel aastal 2 korda ning alates teisest aastast 1 kord aastas. Lisaks osutatakse patsiendile alates teisest aastast tegevusteraapiat 10% väiksemas mahus kui esimesel aastal.

8.3. ajutise töövõimetuse hüvitise kulude muutus ühe raviepisoodi kohta tuginedes tõenduspõhistele uuringutele võrreldes alternatiivsete teenustega;

Andmed esitatakse üksnes juhul, kui ajutise töövõimetuse hüvitise perioodi kestuse muutuse kohta on andmed tõenduspõhistes uuringutes. Esitatakse tõenduspõhise uuringu lühikirjeldus ning hinnang, kas antud uuringu andmeid on võimalik kohandada Eesti oludele.

8.4. patsiendi poolt tehtavad kulutused võrreldes alternatiivsete teenuste korral tehtavate kuludega

Esitatakse patsiendi poolt tehtavad keskmised kulutused (nt. soodusravimite omaosaluse kulu, visiiditasud, voodipäevade tasu, transpordikulud jm) kuni vajaduse lõppemiseni, mis kaasnevad teenuse ja alternatiivsete teenustega. Esitatakse põhjendused ja selgitused andmete kohta.

## 9. Omaosalus

9.1. hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult  
Esitatakse patsiendi omaosaluse vajalikkus ja maksmise võimalused. Omaosaluse vajadusel lisatakse omaosaluse %. Omaosaluse valmisoleku esitamisel arvestada Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikes 3 sätestatut:

1) kas teenuse osutamisega taotletav eesmärk on saavutatav teiste, odavamate meetoditega, mis ei ole seotud oluliselt suuremate riskidega ega halvenda muul viisil oluliselt kindlustatud isiku olukorda;

2) kas teenus on suunatud pigem elukvaliteedi parandamisele kui haiguse ravimisele või kergendamisele;

3) kas kindlustatud isikud on üldjuhul valmis ise teenuse eest tasuma ning millest nende otsus sõltub.

## 10. Esitamise kuupäev

06.11.2018.

## 11. Esitaja nimi ja allkiri

Allkirjastab taotluse esitanud erialaselt või -ühenduse, tervishoiuteenuse osutajate ühenduse või haigekassa juhatuse esimees/president või juhatuse liige. Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse digitaalselt ning lisatakse nime alla järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".

Ann Paal / allkirjastatud digitaalselt/

Peeter Viidebaum / allkirjastatud digitaalselt/

## 12. Kasutatud kirjandus

Esitatakse taotluse täitmisel kasutatud teaduskirjanduse, artiklite jm materjalide viited, võimalusel ka elektroonilised viited. Juhul kui ei ole võimalik esitada elektroonilisi viiteid,



esitatakse viidatud materjalidest elektroonsed või paberandjal koopiad. Taotluse koostamisel lisatakse viited esitatud teksti järele sulgudesse, märkides sulgudesse allika järjekorra numbri kasutatud kirjanduse loetelust, näiteks esimesel kohal kasutatud kirjanduse loetelus olevale allikale viitamise korral märkida viidatava lause või lõigu lõppu järgmiselt: (1). Kasutatud kirjanduse loetellu märgitakse järgmised andmed:

- a) autor(id),
- b) artikli nimetus,
- c) väljaandja (artikli puhul ajakirja, -lehe nimi; raamatu puhul kirjastuse nimi),
- d) ilmumise aasta, kuu ning ajakirja puhul selle number,
- e) lehekülgede numbrid,
- f) võimalusel materjali kohta selle elektrooniline aadress.

Näiteks: Pouwer F., Snoek F.J. Association between symptoms of depression and glycaemic control may be unstable across gender. - *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 2001, Jul;18(7), pp. 595-598.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11553192?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11553192?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

1.

*Quality of Life Research*, 6, pp. 123–132

## **Development of a health-related quality of life instrument for use in children with spina bifida**

**P. C. Parkin,\* H. M. Kirpalani, P. L. Rosenbaum, D. L. Fehlings, A. Van Nie, A. R. Willan and D. King**

Department of Pediatrics, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada (P. C. Parkin, D. L. Fehlings); Departments of Pediatrics (H. M. Kirpalani, P. L. Rosenbaum) and Clinical Epidemiology and Biostatistics (A. Van Nie, A. R. Willan, D. King), McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

The objective of this study was to develop a spina bifida health-related quality of life (HRQOL) instrument. Items were generated through semistructured interviews, and reduced by frequency–importance product ranking. Validity was assessed by correlating the HRQOL score with a global question concerning the child’s well-being using the Spearman’s rank coefficient, and the Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale (P-H) using the Pearson correlation coefficient. Reproducibility was assessed at 2-week intervals using the intra-class correlation coefficient (ICC). Field testing was undertaken in a larger sample to evaluate item–total correlation, internal consistency and construct validity. Patients taking part in the study were 329 children and adolescents with spina bifida attending two treatment centres. Over 600 items were generated. These were reduced to 47 questions and 50 questions, for children and adolescents respectively. The correlation between the HRQOL score and the global question was  $r = 0.57$ , and with the P-H was 0.26 (children). These values for adolescents were 0.63, and 0.89, respectively. Reproducibility was ICC = 0.78 (children) and 0.96 (adolescents). Following field testing, the questionnaire was further reduced to 44 questions (children) and 47 questions (adolescents) by eliminating questions with an item–total correlation less than 0.20. Cronbach’s alphas for the final instrument were 0.93 (children) and 0.94 (adolescents), and construct validity correlations were 0.63 (children) and 0.37 (adolescents). The spina bifida HRQOL instrument has good measurement properties and may be used as a discriminative instrument. Assessment of responsiveness is necessary before using it to evaluate therapy in clinical trials.

Key words: Health-related quality of life; pediatrics; spina bifida.

## **Introduction**

Spina bifida is the most common disabling congenital anomaly with an incidence ranging from approximately 1.6–4 per 1,000 births in Canada.<sup>1</sup> Recent advances have been made in the prevention of spina bifida through the administration of periconceptual maternal folic acid<sup>2</sup> and in prenatal diagnosis using maternal serum and amniotic fluid alpha-feto protein, and foetal ultrasonography.<sup>3</sup> However, while prevention of disabling malformations is an important goal,

individuals with spina bifida often experience considerable medical and psychosocial morbidity. A number of longitudinal studies have assessed long-term outcome of individuals with spina bifida with respect to physical function, cognitive ability,<sup>4,5</sup> psychosocial development<sup>6,7</sup> and the impact on the family.<sup>8,9,10</sup> These studies suggest that spina bifida has a significant impact on the health of individuals, as is broadly defined by the concept of health-related quality of life (HRQOL).<sup>11,12</sup> However, it has also been shown that children and their families do not view their health as negatively as do their physicians.<sup>8,10</sup> This suggests that HRQOL might best be understood from the viewpoint of the individuals themselves, rather than from the viewpoint of clinicians. We wished to develop a HRQOL instrument in order to assess the specific question: what factors might predict long-term HRQOL in children and adolescents with spina bifida? Two approaches to

© 1997 Rapid Science Publishers

*Quality of Life Research*, 6, pp. 123–132

This study was supported by a grant from the Ontario Ministry of Health (grant no. 02943) and from Bloorview Children's Hospital Foundation.

*Quality of Life Research*. Vol 6 . 1997 **125**

## References

- 1-Castree BJ, Walker JH. The young adult with spina bifida. *Br Med J* 1981; **283**: 1040–1042.
- 2-Hunt GM. Open spina bifida: Outcome for a complete cohort treated unselectively and followed into adulthood. *Dev Med Child Neurol* 1990; **32**: 108–118.
3. Hayden PW, Davenport SLM, Campbell MM. Adolescents with myelodysplasia. Impact of physical disability on emotional maturation. *Pediatrics* 1979; **64**: 53–59.
4. Kolin IS, Scherzer AL, New B, Garfield M. Studies of the school-age child with eningomyelocoele: Social and emotional adaptation. *J Pediatrics* 1971; **78**: 1013–1019.
5. McCormick MC, Charney EB, Stemler MM. Assessing the impact of a child with spina bifida on the family. *Dev Med Child Neurol* 1986; **28**: 53–61.
6. Stein REK, Riessman CK. The development of an impacton-family scale: preliminary findings. *Med Care* 1980; **18**: 465–472.
- 7-Rasmussen F, Lie HR, Hagelsteen JH, Lagergren J, Borjeson MC, Lagerkvist B, Kohler L. Nordic children with myelomeningocele. Parents' assessments of the handicap and physicians' classifications of the disabilities. *Acta Paediatrica* 1993; **82**: 276–280.
8. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring healthrelated quality of life. *Ann Int Med* 1993; **118**: 622–629.
9. Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. In: Spilker B, ed. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition*. Philadelphia, PA (USA): Lippincott-Raven, 1996: 11–24.
10. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care* 1989; **27**: S217–S232.
11. Juniper EF, Guyatt GH, Feeny DH, Ferrie PJ, Griffith LE, Townsend M. Measuring quality of life in children with *Health-related quality of life in spina bifida* *Quality of Life Research*. Vol 6 . 1997 **131** Asthma. *Qual Life Res* 1996; **5**: 35–46.

2. <http://spinabifidaassociation.org/guidelines/>

## Format of New Healthcare Guidelines Document

- **Outcomes** – what we wish to achieve with good care
- **Clinical questions** – important questions that were targets of the lit review
- **Guidelines** – recommendations for care that are based on the lit review and clinical consensus
  - Metrics for good care
- **Research gaps** – important topics where research and clinical consensus are lacking
  - Synergistic areas with NSBPR



3)

euROCAT  
european surveillance of  
congenital anomalies

Prevalence of Neural Tube Defects (per 1,000 births) in  
European countries 2004-2008: EUROCAT data

Anomaly registry	Year Range	Livebirth prevalence per 1,000 births	Total prevalence*** per 1,000 births
Austria (1 region)	2004 - 2008	0.41	0.97
Belgium (2 regions)	2004 - 2008	0.24	0.92
Czech Republic (entire)	2004-2007	0.18	0.85
Denmark (1 region)	2004 - 2008	0.11	1.01
Finland (entire country)	2004-2006	0.23	0.85
France (3 regions)	2004 - 2008	0.2	1.46
Germany (2 regions)	2008	0.4	1.01
Ireland (3 regions)	2004 - 2008	0.58	0.76
Italy (4 regions)	2004 - 2008	0.09	0.59
Malta (entire country)	2004 - 2008	0.96	1.11
Netherlands (1 region)	2004 - 2008	0.29	0.73
Norway (entire country)	2004 - 2006	0.32	1.04
Poland (1 region)	2004 - 2008	0.86	0.93
Portugal (1 region)	2004 - 2008	0.14	0.2
Spain (3 regions)	2004 - 2008	0.08	1
Sweden (entire country)	2007-2008	0.24	0.97
Switzerland (1 region)	2004 - 2008	0.16	1.3
United Kingdom (7 regions)	2004 - 2008	0.19	1.19
<b>Total (all member registries)</b>	<b>2004 - 2008</b>	<b>0.24</b>	

4)

## KROONILISTE HAIGETE DISPANSEERNE AMBULATOORNE JÄRELEVALVE

HC + SpB

Muu KIR

PCI

DIABEET + ENDOKRINOL.

Haige saab kliendiks, kui ta suunatakse MDM vastuvõtule ja talle määratakse raviplaan



SAMAAEGNE PALJUPROFIILNE MEESKOND kroonikute tarvis

5) Second World Congress on Spina Bifida Research and Care

### **Epidemiology/Genetics Abstracts**

**Title:** *Impact of Hydrocephalus on Health Service Use and Expenditures Among Children with Spina Bifida Enrolled in Medicaid*

**Presenting Author:** Cynthia Cassell, PhD, Centers for Disease Control and Prevention

#### **Additional Authors:**

- Scott Grosse, PhD, Centers for Disease Control and Prevention
- Cora Peterson, PhD, Centers for Disease Control and Prevention
- Phoebe Thorpe, MD, MPH, Centers for Disease Control and Prevention
- Eleanor Howell, MS, Data Dissemination Unit, SCHS, Div Public Health
- Robert Howell, PhD, NC Birth Defects Monitoring Program, SCHS, Div Public Health

**Background:** National data on health care use among children with spina bifida (SB) are limited. Available information on health services use and costs typically does not distinguish between children with SB complicated by hydrocephalus and those with SB alone. We examined differences in health service use and expenditures among publicly-insured children in these two groups.

**Methods:** Children with SB born between 1995 and 2002 were identified by the North Carolina Birth Defects Monitoring Program and linked to Medicaid enrollment and paid claims to identify those continuously enrolled (i.e., enrolled >11 months/year of life). We calculated total Medicaid expenditures per child for medical, inpatient, outpatient, dental, well-child care, SB who survived infancy, 205 (55%) were enrolled in Medicaid. Of these children, 144 were continuously enrolled in Medicaid. After excluding 12 infants who had a birth defect unrelated to SB, health service use and expenditures were assessed for 132 children with SB, 79 with hydrocephalus and 53 without hydrocephalus. During infancy, mean health care expenditure was \$33,135 per child with SB, regardless of the presence of hydrocephalus. Mean expenditure for an infant with SB and hydrocephalus was 2.6 times higher than for an infant with SB without hydrocephalus (\$40,502 vs. \$15,699). The biggest relative expenditures were for developmental/behavioral services (10.1 times higher for those infants with hydrocephalus than without hydrocephalus [\$2,278 vs. \$225]) and home

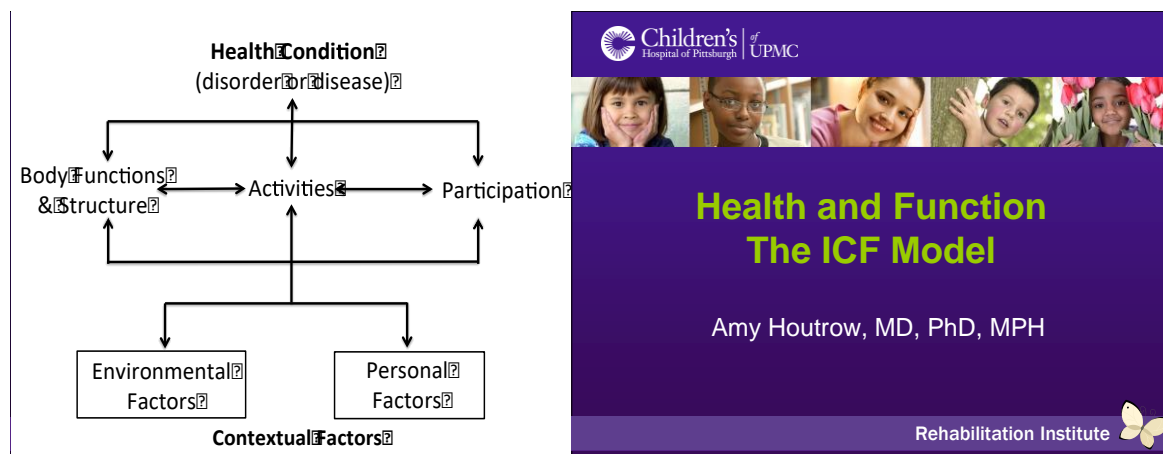
health services (3.9 times higher [\$1,098 vs. \$284]). The mean expenditure per child with SB and hydrocephalus was 7.3 times more than for a child with SB without hydrocephalus aged 1-4 years old (\$16,042 vs. \$2,184).

**Conclusion:** Comparisons by SB subtype are important for targeting health care resources. havioral services (mental health), and home health for those children with SB with and without hydrocephalus aged 0-4 years old.

**Results:** Of 373 children with SB who survived infancy, 205 (55%) were enrolled in Medicaid. Of these children, 144 were continuously enrolled in Medicaid. After excluding 12 infants who had a birth defect unrelated to SB, health service use and expenditures were assessed for 132 children with SB, 79 with hydrocephalus and 53 without hydrocephalus. During infancy, mean health care expenditure was \$33,135 per child with SB, regardless of the presence of hydrocephalus. Mean expenditure for an infant with SB and hydrocephalus was 2.6 times higher than for an infant with SB without hydrocephalus (\$40,502 vs. \$15,699). The biggest relative expenditures were for developmental/behavioral services (10.1 times higher for those infants with hydrocephalus than without hydrocephalus [\$2,278 vs. \$225]) and home health services (3.9 times higher [\$1,098 vs. \$284]). The mean expenditure per child with SB and hydrocephalus was 7.3 times more than for a child with SB without hydrocephalus aged 1-4 years old (\$16,042 vs. \$2,184).

**Conclusion:** Comparisons by SB subtype are important for targeting health care resources.

6)



7)

Euroopas moodustati 2015.a. vabatahtlikkuse alusel Ülemaailmse Seljaajusonga ja Vesipeahaigete Seltside katusorganisatiooni ( IF SpBH - International Federation of Spina bifida and Hydrocephalus) eestvõttel Euroopa regioonis web-i põhine riikidevaheline koostöövõrgustik neuraalorüüpatoloogiaga tegelevate meditsiinikeskustele, et harvikaiguste rühma liigituvate seljaajusonga ja vesipeahaigete probleeme riikidevaheliste kogemuste ja eeskujude najal üksteist toetades aidata antud haigete grupiga seotud probleemidele lahendusi leida läbi koostöövõrgustiku. Lisaks on aina laienev patsientide piiriülene liikumine sh põgenikud kolmandatest riikidest tinginud SpBH erispetsiifikat tundvate ravikeskuste otsekontaktideks vajaduse. Varem ravimatuks tunnistatud seljaajusonga ja vesipeahaigete elulemus on olulisel määral pikenenud ning tänapäeval on esiplaanile tõusnud kallihinnaliste heade abivahendite vajadus, elukvaliteet ja sotsialiseeritus koos elueaga vähemalt sügava pensionieani. Päevateemaks on haigetele "sünnist surmani" adekvaatse IGAKÜLGSE ravi ja nõustamise ning abivahendite vajadus inimväärse elukvaliteedi võimaldamiseks. Samaaegset multidistsiplinaarset - erinevate erialaarstide / spetsialistide koostööd vajavatest harvikaigetest on saanud nn. uuelaadsed elukestvad haiged ning nende haigete tegelejatest uued kitsa spetsiifika e. eriarstid/spetsialistid. Ühelt poolt on harvikpatoloogia ja väike haigete arv põhjuseks, et üldmeditsiini jaoks on need haiged "vähetuntud", teisalt on ravivõimaluste sh



hambaravi ja abivahendite olemasolu parandanud oluliselt haigete elulemust ning haigete kontingent nende arvelt jõudsasti suureneb.

PRANTSLASTE ETTEKANNE if-i WEB seminarist 19.01.2016

versus EESTI MDPK samal seminaril seisul 19.01.2016.

Prantsusmaa alustas

### RAHVUSLIKU PLAANI koostamisega HARVAESINEVATE HAIGUSTE suhtes

Aastatel 2005 – 2008 oli eelarveks 100 MILJONIT EUROOT

- EPIDEMIOLOOGIA

(rahvusliku harvikaiguste registri loomiseks)

- INFORMATSIOONILE (interneti lk.)

- ARENDUSE JA KOORDINEERIVAD TEGEVUSED EUROOPA TASANDIL

(teadusprogramm uuringutele, euroopalike juhiste väljatöötamisele)

- KONTAKTIDE ÜLESVÖTT PATSIENTIDE ESINDUSORGANISATSIOONIDEGA

### PRANTSUSMAA RAHVUSLIK PLAAN HARVAESINEVATE HAIGUSTE OSAS

world factbook 2016.a.

- |  |   |
|--|---|
| - Eesti 45 399 pindala km <sup>2</sup>   | - Prantsusmaa 547 000 km <sup>2</sup><br>(lisaks on veel meretagused alad)                            |
| - Elanike arv ~ 1.3 miljonit   | - Elanike arv ~ 62 miljonit   |
| - Iseseisvus 24.02.1918. ja taasiseisvus 20.08.1990.                                 | - Iseseisvus 06.06.1523.  |
| - Eesti Seljaajusonga ja Vesipeahaigete Selts 03.01.1991.                            | - Renne`s SpBH keskus 2007.a., milline rekonstrueeriti 2012.a.  |
| - Eestis SKT sisekogutoodangu produkt 2,916 miljardit USD                            | - Prantsusmaa SKT on 2,108 triljonit USD  |
| - Ühe elaniku kohta SKT<br>EESTI 29 500 US dollar<br>LÄTI 25 700 “<br>LEEDU 29 900 “ | - Ühe elaniku kohta SKT USD-s<br>PRANTSUSMAA 33 678 US dollar<br>USA 57 300 “<br>LUXEMBOURG 102 000 “ |

### PRANTSUSMAA RAHVUSLIK PLAAN HARVIKHAIGUSTELE

konsentreerida harvikaiguste alane juhtimine üksikutesse headesse keskustesse

#### Spina bifida referentskeskus Rennes`s

- Loodud 2007. a.
- Restruktureeritud 2012.a.
- Aasta eelarve 210 000 eurot
- Koondab enda juurde 9 väiksemat lokaalset SpB keskust üle Prantsusmaa, kellel ei ole omaette iseseisvat eelarvet ja nõustab ka teisi ligilähedase patoloogia keskusi

#### • **The Spina Bifida network in France**

**Manunta A, Jezequel M, Hubert J, Menard H Centre de Référence Spina Bifida**

**How many spina bifida patients in France?**

2010 –2014 : 6500 spina bifida patients have been hospitalized at least once

Every year 100 –130 newborn spina bifida patients

### French national plan for rare diseases

«Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge»

2005-2008 : 1st national plan

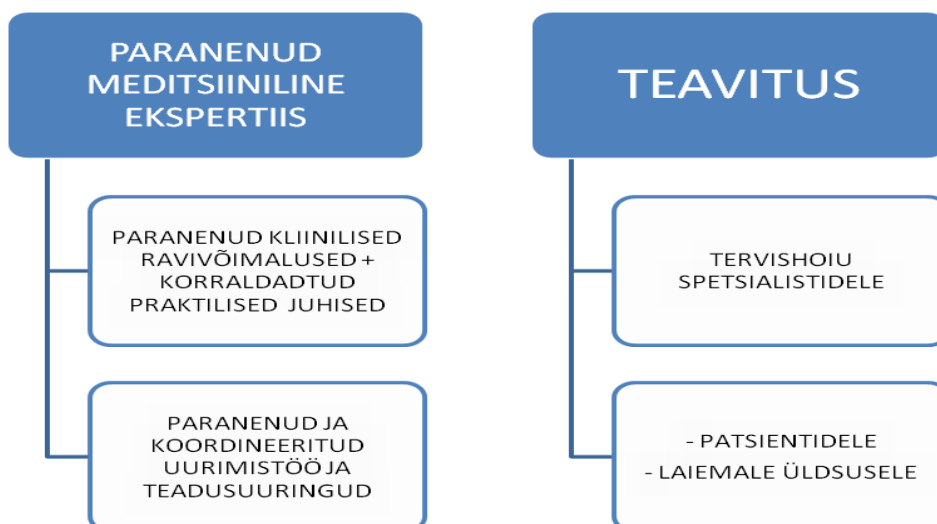
Budget: 100 millions €

- Improvement of medical knowledge and management
- Epidemiology (national database on rare diseases)
- Prevention
- Information (Internet site «Orphanet»)
- Develop and coordinate action at European level (research programs, European guidelines...)

### Spina bifida referentskeskus Rennes`s

- Loodud 2007. a.
- Restruktureeritud 2012.a.
- Aasta eelarve 210 000 eurot
- Koondab enda juurde 9 väiksemat lokaalset SpB keskust üle Prantsusmaa, kellel ei ole omaette iseseisvat eelarvet ja nõustab ka teisi ligilähedase patoloogia keskusi

### REFERENTSKEKSKUSE STRUKTUUR JA ÜLESEHITUS



### Renne´e SpBH Keskus

- Arvel 2015. a. **371 haiget**
- Alustasid 12 haigest ja arvukus on lineaarselt suurenenud
- Vanuseliselt on suurim osakaal 18-24 a.vanusel (noorematel sündivus väiksem ja vanemad juba surnud paljud)
- KOHALIKUL e. REGIONAALSEL TASEMEL
- Keskus korraldab oma regiooni alakeskustele igal kuul videokonverentsi
- Haigusjuhtude arutelu
- Patsientide konsultatiivne nõustamine
- Töötavad RAHVUSLIKUL ja ÜLEPRANTSUSMAALISEL TASEMEL
- Koordineeriv koostöö teiste harvikaiguste referentskeskustega:
- Hõlmavad ka teised ligilähedased NTD-ga seotud harvikpatoloogiad: näo-lõualuu anomaaliad, syringomyeliaga seotud seisundid jt elundkondade väärarengud



**Neural tube defect** is the most common disabling congenital anomaly with an incidence ranging from approximately 1.6–4 per 1,000 births in Canada.<sup>1</sup> Recent advances have been made in the prevention of spina bifida through the administration of periconceptual maternal folic acid<sup>2</sup> and in prenatal diagnosis using maternal serum and amniotic fluid alpha-feto protein, and foetal ultrasonography.<sup>(3)</sup> However, while prevention of disabling malformations is an important goal, individuals with NTD often experience considerable medical and psychosocial morbidity. A number of longitudinal studies have assessed long-term outcome of individuals with spina bifida with respect to physical function, cognitive ability,<sup>(4,5)</sup> psychosocial development<sup>(6,7)</sup> and the impact on the family.<sup>(8,9,10)</sup> These studies suggest that spina bifida has a significant impact on the health of individuals, as is broadly defined by the concept of health-related quality of life<sup>(8,22)</sup>