

Autoimmuunsete liigesepõletike haigus- ja majanduslik koormus Eestis

Vootele Veldre, Ain Aaviksoo, Riina Sikkut

2012

Uuringu tellija ja finantseerija on Eesti Reumaliit.

Autorid:

Vootale Veldre on Praxise tervisepoliitika programmi analüütik. Tema huviorbiidis on tervisepoliitika kujundamise protsess ja sotsiaalkaitse meetmete disain. Roll projektis: analüütik.

Ain Aaviksoo (MD) on Praxise tervisepoliitika programmi direktor. Tema peamised uuringusuunad on tervishoiusüsteemi toimimine ja e-tervis ning samuti halduspoliitika ja valitsemine. Roll projektis: ekspert.

Riina Sikkut on Praxise tervisepoliitika programmi analüütik. Tema huvivaldkonnad on tervishoiusüsteemi efektiivsus ja ravimipoliitika. Roll projektis: analüütik.

Käesoleva töö valmimise on andnud olulise panuse ka:

Gleb Denissov, Reelika Ermel, dr Marge Esko, Triin Habicht, Aili Josepson, Ingrid Pöldemaa, dr Tõnu Peets, dr Eve-Kai Raussi, Janek Saluse, dr Eve Sooba, Jaak Tamm

Poliitikauuringute Keskus Praxis on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



Poliitikauuringute Keskus Praxis

Tornimäe 5, III korrus

10145 Tallinn

tel 640 8000

www.praxis.ee

praxis@praxis.ee

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Veldre, V., Aaviksoo, A., Sikkut, R. (2012). Autoimmuunsete liigesepõletike haigus- ja majanduslik koormus Eestis. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

Lühitutvustus

Praxis analüüsis Eesti Reumaliidu tellimisel autoimmuunsete liigesepõletike haigusliku (*cost of illness*), eesmärgiga anda kulude kvantifitseerimise kaudu ligikaudne pilt liigesepõletikega seotud majanduslikust koormusest Eesti ühiskonnale. Peale kvantitatiivse analüüsi viidi läbi kvalitatiivne analüüs, mille raames hinnati, tuginedes teaduskirjandusele, Eesti arstide eksperthinnangutele ning intervjuudele patsientidega, kas Eesti tervishoiusüsteemi korraldus ja sotsiaalkaitse meetmed toetavad liigesepõletike ravi viisil, mis hoiaks välditavad kulud madalad. Analüüsi järelduste põhjal esitati poliitikakujundajatele soovitusel, mille arvestamisel on võimalik kahandada liigesepõletikega kaasnevat majanduslikku koormust.

Uuringuaruanne koosneb kokkuvõttest ja viiest peatükist. Sissejuhatusel järgnevas, teises peatükis kirjeldatakse autoimmuunseid liigesepõletikke meditsiinilisest, epidemioloogilisest, psühhosotsiaalsest ja majanduslikust vaatenurgast. Kolmas peatükk käsitleb haigustega kaasneva koormuse hindamise võimalusi. Neljas peatükk annab ülevaate autoimmuunsete liigesepõletike majandusliku koormuse uuringu meetodikast ja tulemustest. Viiendas peatükis arutletakse võimaluste üle, mis aitaksid vähendada välditavat, eelkõige töövõimetusel tingitud kulu.

Abstract

Autoimmune arthritides are a group of chronic illnesses with a considerable burden to society. Although commonly each diagnosis is analysed separately, in this study the diagnoses of rheumatoid arthritis, juvenile idiopathic arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis were grouped to generate a meaningful entity for policy planning.

Study was carried out to assess the economic burden of autoimmune arthritides in Estonia to provide policymakers an input for possible policy changes. Comprehensive bottom-up cost-of-illness analysis was conducted to estimate direct and indirect costs of autoimmune arthritides in working age population (16-62 years old) in 2010. Cost estimations were based on administrative micro-data analysis and local empirical study on patient costs from 2007. Direct costs included the costs on medical interventions, medicines, medical auxiliaries, rehabilitation and monetary benefits (e.g. incapacity to work benefits). Indirect costs were comprised of the lost production due to absence from work and moving to a part-time job and lost payroll taxes for the state.

Total cost caused by autoimmune arthritides in 2010 was 27.2 million euros, 49.7% by direct costs and 50.3% by indirect costs. The average cost per working age patient was 3 888 euros. 68.7% of the costs were the result of decreased labour force participation and absence from work.

Additional qualitative analysis was carried out to analyze if and how healthcare and social protection systems support the treatment of autoimmune diseases in accordance with the best practices. The results indicate a need to inspect the treatment principles and to reform sickness and disability management in Estonia. Benefits system should not provide negative incentives for labour market participation and benefit entitlement should be integrated with vocational rehabilitation. With flexible treatment criteria the use of biologics and medical rehabilitation could be made more effective.

Sisukord

Kokkuvõte	6
1. Sissejuhatus	9
2. Autoimmuunsed liigesepõletikud – mitmetahuline probleem	11
2.1. Meditsiiniline aspekt.....	11
2.2. Epidemioloogiline aspekt.....	12
2.3. Psühhosotsiaalne aspekt	13
2.4. Majanduslik aspekt	13
2.4.1. Kulu tervishoiusüsteemile	14
2.4.2. Kulu patsiendile	17
2.4.3. Kulu sotsiaalkindlustusele	18
2.4.4. Kulu sotsiaalhoolekandele.....	20
2.4.5. Kulu tööandjale	20
3. Haigusega kaasneva koormuse hindamise võimalused	21
4. Autoimmuunsete liigesepõletike majanduslik koormus – kvantitatiivne analüüs	23
4.1. Meetod	23
4.2. Andmeallikad	24
4.3. Uuringu subjektid.....	25
4.4. Kuluhinnangud	28
4.4.1. Arstibikulu.....	28
4.4.2. Ravimikulu	30
4.4.3. Taastusravikulu.....	31
4.4.4. Abivahendite kulu.....	32
4.4.5. Töövõimetuskulu	33
4.4.6. Sotsiaaltoetused	33
4.4.7. Luu- ja liigese toidainete kulu	33
4.4.8. Transpordikulu.....	34
4.4.9. Töövõimetusel ja surmadest tingitud kaudne kulu	34
4.4.10. Haiguskulu koondülevaade	35
5. Majandusliku koormuse kahandamise võimalused kvalitatiivse analüüsi põhjal	38
5.1. Ravi peab algama varakult, ravikäsitlus peab olema terviklik	38
5.1.1. Haigust saab varakult märgata perearst	38
5.1.2. Varajane ravi eeldab kiiret reumatoloogi vastuvõttu	39
5.1.3. Bioloogilise ravi potentsiaal vajab täielikku rakendamist	40
5.1.4. Ravi tulemuslikkus vajab pidevat seiret	41
5.1.5. Taastusravi on liigesepõletike ravis lahutamatu osa.....	42
5.2. Sotsiaalkaitse meetmed peavad ravi toetama ja rakenduma õigeaegselt	43
5.2.1. Omaosalus ei tohi takistada süsteemset ravi.....	43
5.2.2. Tööalane rehabilitatsioon peab algama enne töö kaotamist	44
5.2.3. Patsiendiharidus toetab ravitulemuste saavutamist.....	46
Kasutatud kirjandus	47

Töös kasutatud lühendid

AS	anküloseeriv spondüliit
DMARD	haigust modifitseeriv ravim (<i>disease modifying antirheumatic drug</i>)
EHK	Eesti Haigekassa
ETA 2009-2012	esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009-2015
JIA	juveniilne idiopaatiline artriit
KRHK 2006	krooniliste reumatoloogiliste haigete küsitlus 2006
NSAID	mittesteroidne põletikuvastane ravim (<i>nonsteroidal anti-inflammatory drug</i>)
PsA	psoriaatiline artropaatia (psoriartriit)
RA	reumatoidartriit
RHK 10	rahvusvahelise haiguste ja terviseiga seotud probleemide statistilise klassifikatsiooni kümnes väljaanne
RTA	rahva tervise arengukava 2009-2020
SKA	Sotsiaalkindlustusamet
TTA	Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas
TTL	Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu

Kokkuvõte

Arenenud riikides on enamik tervishoiusüsteemi poole pöördumistest tingitud kroonilistest haigustest, mis ei ähvarda kohese surmaga vaid pikka aega kulgeva elukvaliteedi halvenemisega. Kroonilisest haigusest ei saa inimest terveks ravida, ravi eesmärk on parandada patsiendi funktsionaalset toimetulekut, suruda maha kannatusi põhjustavad sümptomid, pikendada elu ning parandada elukvaliteeti.

Krooniliste haigustega tegelemisel on reeglina kriitiliseks teguriks ennetus. Enamlevinud kroonilised seisundid (nt osteoporoos, diabeet, südame isheemiatõbi) on seotud mitmete käitumuslikult mõjutatavate riskifaktoritega nagu ülekaalulisus, ebatervislik toitumine, alkoholi liigtarvitamine, vähene füüsiline aktiivsus ning suitsetamine. On ka kroonilisi haigusi, millesse haigestumise riski ei ole võimalik ennetuse kaudu vähendada. Üheks selliseks haiguste grupiks on autoimmuunsed liigesepõletikud ehk reumatoidartriit, psoriaatiline artriit, anküloseeriv spondüliit ning juveniilne idiopaatiline artriit. Autoimmuunsete liigesepõletike all kannatab ligikaudu 1-2% elanikkonnast, selle haiguste grupiga kaasneb ühiskonnale märkimisväärne majanduslik koormus.

Autoimmuunsete liigesepõletike korral pöördub inimese immuunsüsteem seni teadmata põhjustel keha enda vastu ning hakkab ründama keha kudesid. Kuigi autoimmuunsesse liigesepõletikesse haigestumus vanuse kasvades suureneb, haigestuvad tüüpiliselt tööeas inimesed. Õigeaegse sekkumise ja kvaliteetse ravi korral on liigesepõletik enamasti mahasurutav määral, mis võimaldab inimesel jätkata oma tavapärast elu, säilitada töövõime ning tagab iseseisva toimetuleku.

Liigesepõletike ebatõhus ravi võib muuta valu ja väsimuse inimese igapäevaelu lahutamatuks osaks, mis kahandab oluliselt haigestunu töövõimet ja sotsiaalset aktiivsust. Nõrgenenud immuunsus loob soodsa pinna teiste haiguste tekkeks. Maha surumata põletik liigestes võib põhjustada tüsistusi, mis toovad kaasa invaliidistumise, elukvaliteedi olulise languse, eemalejäämise tööturult ning sõltuvuse sotsiaalkindlustussüsteemist. Haigusega kaasneb märkimisväärne psühholoogiline ja ajaline koormus ka haigestunu lähikondsetele.

Hindamaks autoimmuunsete liigesepõletikega seotud majanduslikku koormust Eesti ühiskonnale viis Praxis läbi haiguskulu (ingl *cost of illness*) analüüsi. Praxis arvutuste kohaselt oli autoimmuunsete liigesepõletike hind Eesti ühiskonnale 2010. aastal 27,2 miljonit eurot, sellest ligi pool otseste ja pool kaudsete kuludena. Üle 2/3 kogukuludest on seotud töövõimetusega: riik kulutas liigesepõletikega inimeste rahalistele töövõimetushüvitistele kalendriaasta jooksul 4,9 miljonit eurot, kahanenud töövõime ja tööpanuse tõttu jäi haigestunutel arvestuslikult saamata sissetulekuid kokku 6,3 miljoni euro väärtuses, teenimata jäänud töötasude tõttu jäi riigil saamata 7,3 miljoni euro eest makse.

Töö autorite hinnangul viitavad tuvastatud kulukohad, et liigesepõletikega seotud sekkumised ei ole optimaalsed. On murettekitav, et näiteks Haigekassa kulu liigesepõletikega patsientide taastusravile moodustab vaid 1,5% summast, mis makstakse pensionikindlustuse ja ravikindlustuse eelarvest liigesepõletike all kannatavatele inimestele rahaliste töövõimetushüvitistena.

Hindamaks, kas Eesti tervishoiusüsteemi korraldus ja sotsiaalkaitse meetmed toetavad liigesepõletike patsiendikeskset ravi, viidi teaduskirjandusele, Eesti arstide eksperthinnangutele ning intervjuudele patsientidega tuginedes läbi kvalitatiivne analüüs. Selle järeldustele tuginedes leiavad töö autorid, et kuluanalüüsi raames tuvastatud suur töövõimetuskulu ei ole paratamatu, seda on võimalik kahandada. Mida varem märgatakse haigust, mida varasem ja agressiivsem ravi on, seda tõenäolisemalt säilib inimese suutlikkus teha tööd.

Võib tunduda maailmavaatelise küsimusena, millal peaks riik hakkama aitama inimest, kes on haigestunud kroonilisse haigusesse, kuid see võib olla ka optimaalse ressursikasutuse küsimus. Võimaldades finantskaitset parandavatele meetmetele ligipääsu alles pärast olulise tervisekahju sündimist, st töövõimetus või puude tekkimist, jääb kasutamata nende meetmete tegelik eesmärk tagada kvaliteetse ravi ja tervist kaitsvate abivahendite kättesaadavuse kaudu inimeste tervise säilimine ja seeläbi nende iseseisev toimetulek ja maksimaalne töövõime.

Et kahandada autoimmuunsete liigesepõletikega kaasnevat majanduslikku koormust ühiskonnale ning parandada krooniliste liigesepõletikega patsientide heaolu ja suutlikkust iseseisvalt toime tulla, annab Praxis järgmised soovitusel:

- Eesti Reumatoloogia Seltsi, Haigekassa ja Eesti Perearstide Seltsi koostöös tuleks töötada välja perearstidele konkreetset juhised selle kohta, kuidas tagada liigesepõletike õigeaegne avastamine. Praktilised juhised, kuidas toimida liigesepõletiku kahtluse korral ning eristada edasisuunamist vajavad patsiendid seda mittevajavaist, on perearstidele heaks eelduseks langetamiseks ajasäästlikult otsuseid, mis on parimad nii patsiendi heaolu kui ka ravikindlustuse vahendite säästliku kasutuse perspektiivist.
- Haigekassa ja Sotsiaalministeerium peaksid koostöös erialaseltsidega muutma eriarstile suunamise korda viisil, mis võimaldaks kiiret esmadiagnoosi vajavatel patsientidel pääseda ka väljaspool Tallinna ja Tartut eriarsti vastuvõtule eelisjärjekorras.
- Eesti Reumatoloogia Seltsi ja Haigekassa koostöös tuleks kiiresti välja töötada jätkusuutlik lahendus, mis tagaks autoimmuunsete liigesepõletike korral bioloogilise ravi alustamise kriteeriumide järjepideva kohandamise kooskõlas rahvusvaheliselt tunnustatud kaasaegsete kliinilise praktika põhimõtetega.
- Haigekassa, Eesti Reumatoloogia Seltsi ja Eesti Perearstide Seltsi koostöös tuleks kaaluda liigesepõletike ravi seire lülitamist perearsti kvaliteedisüsteemi.
- Haigekassa, Sotsiaalministeerium ja Eesti Taastusrstide Selts peaksid koostöös välja töötama taastusravi rahastamise põhimõtted, mis lähtuvad krooniliste haiguste integreeritud ravi eesmärgist ning võimaldavad raviasutustele hüvitada taastusraviteenuse osutamist konkreetsete diagnoosirühmade alusel.
- Haigekassa, Sotsiaalministeeriumi ja sotsiaalpartnerite koostöös tuleks kaaluda kroonilistele haigetele senisest parema ligipääsu võimaldamist madala omaosalusega baasravimitele ja abivahendile vahetult haiguse diagnoosimise järel.
- Sotsiaalministeerium peaks koostöös sotsiaalpartneritega töötama välja reformikava tasa-kaalustatud töövõimetusüsteemi loomiseks, kus töötaja on motiveeritud jätkama võimete kohaselt töötamist ka kroonilise haiguse korral, tööandja on huvitatud püsiva tervisehäirega töötajale vajalike töötingimuste loomisest ning riiklikult on tagatud toetussüsteem tervisehäirega töötaja tööalaseks rehabilitatsiooniks, mis rakendub vahetult olulise terviseprobleemi tekkimise järel.
- Sotsiaalministeerium peaks koostöös patsientide eeskoste organisatsioonide ja Haigekassaga välja töötama patsiendihariduse regulaarse ja sihtotstarbelise rahastamise mehhanismi, et toetada nii uute patsientide süsteemset harimist kui ka pikaajaliste patsientide toimetulekut ja iseseisvust tõstvad programme.

Autorid avaldavad lootust, et käesolev aruanne aitab lugejail mõista, et kui esmapilgul võivad kroonilised haigused näida eelkõige meditsiinilise probleemina, ulatub nende mõju tervishoiusüsteemist kaugemale. Selleks, et kaasnevat negatiivset mõju kahandada, tuleb teha mitmeid olulisi muudatusi aga just tervishoiusüsteemi sees. Ühiskonna vaatevinklist optimaalsete valikute langetamiseks peavad tervisepoliitika kujundajad seega teadvustama, millist mõju avaldavad nende otsused või otsustamatus väljaspool nende tavapärast pädevusruumi.

1. Sissejuhatus

Haigestumine moodustab Eestis järjest kasvava osa tervisekaost (võrdle Lai jt 2005 ja Lai, Köhler 2009), suure osa tervisega seotud individuaalsetest ja ühiskondlikest kulutustest põhjustavad seejuures kroonilised haigused, mis ei ähvarda kohese surmaga vaid pikka aega kulgeva elukvaliteedi halvenemisega. Kroonilisest haigusest ei saa inimest terveks ravida, ravi eesmärk on parandada inimese funktsionaalset toimetulekut, suruda maha kannatusi põhjustavad sümptomid, pikendada elu läbi nn teisese ennetamise ning parandada elukvaliteeti (Grumbach 2003).

Tervishoiu- ja sotsiaalkaitse süsteem tervikuna on lähitulevikus sunnitud toime tulema üha kasvava krooniliste haigete hulga. Olukorras, kus sotsiaalkaitse kulud neelavad tulevikus järjest suurema osa riigi sissetulekust, peab sotsiaalse kaitse korraldus olema läbimõeldud ja sihipärane. Mida varem toimub kohandumine muutuvate oludega, seda väiksemaks kujunevad ühiskonnale akuutsete seisundite kesksest korraldusest tingitud kaudsed kulud.

Praxis viis uuringu "Autoimmuunsete liigesepõletike haigus- ja majanduslik koormus" läbi Eesti Reumaliidu tellimisel. Töö eesmärk oli anda kulutuste kvantifitseerimise kaudu ligikaudne pilt ühe kroonilise haiguse grupiga seotud majanduslikust koormusest Eesti ühiskonnale ning otsida võimalusi koormuse kahandamiseks.

Uuring keskendus kitsale haiguse grupile – autoimmuunsetele liigesepõletikele (need on reumatoidartriit, anküloseeriv spondüliit, juveniilne idiopaatiline artriit ja psoriaatiline artriit) seetõttu, et hoida töö meetodiliselt selgelt hoomatavas mahus. Suure tõenäosusega peegeldavad autoimmuunsete liigesepõletikega seotud probleemid valdavalt osa teisigi kroonilisi haigusi, mida tasuks analüüsida samuti terviklikult.

Teiseks kitsenduse põhjenduseks võib tuua haigusrühma mitte-ennetatava iseloomu ning seega tervishoiu- ja sotsiaalkaitse süsteemi vaieldamatu rolli inimestele toe pakkumisel elukvaliteedi säilitamiseks. See on oluline aspekt tavapärase tervisekäitumisele keskenduva krooniliste haiguste käsitluse kõrval – käitumise parandamine võimaldab kahtlemata vähendada kroonilistest haigustest tingitud koormust, ent ta ei kaota seda ära.

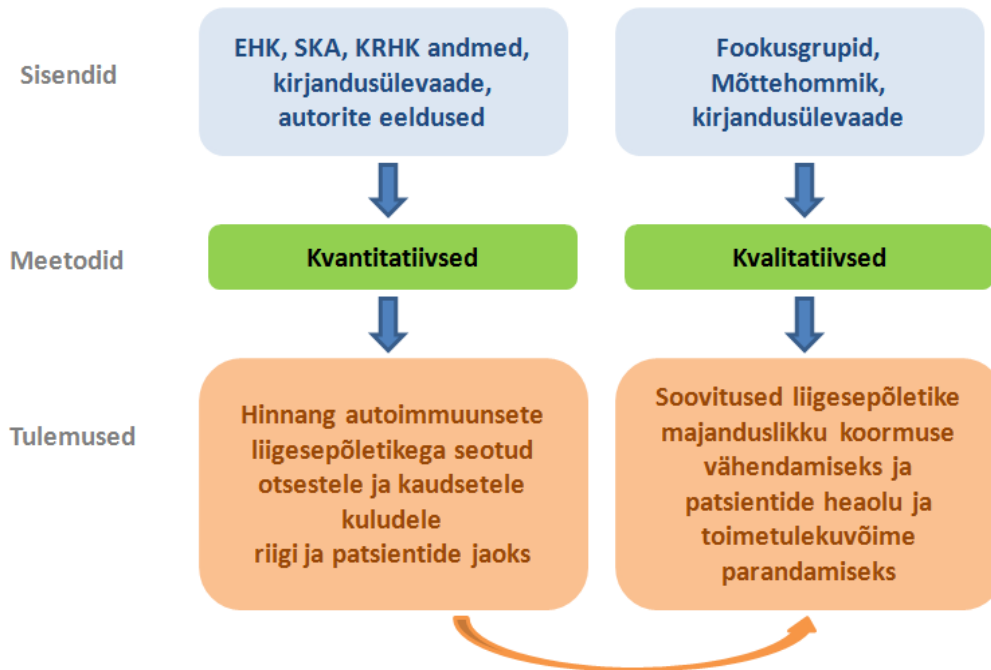
Kolmas põhjus on luu- ja liigesehaiguste üldisemas eripäras teiste krooniliste haigustega võrreldes – tegemist on kõige sagedasemate pikaajalist valu ja puuet põhjustava tervisehäirega (Woolf, Pflieger 2003), mis ometi tavapärastes suuremuse põhjal koostatud tervishoiupoliitika prioriteetide edetabelitesse ei mahu.

Neljanda põhjendusena autoimmuunsete liigesepõletike käsitlemiseks krooniliste haiguste olulise esindajana on asjakohase meditsiinilise sekkumise ja patsiendi töövõime vahelise selge seose väljatoomise võimalus. Ka see aspekt on oluline kõikide krooniliste haiguste puhul, kuigi sageli varjutab niisugust käsitlust individuaalse käitumise või haiguse hilisema tekkimisega seotud komplekssete seoste esinemine mõnede haigusrühmade puhul.

Käesoleva töö koosnes kahest võrdväärsest ajaliselt osaliselt kattuvast tööloigust: kvantitatiivsest, so haiguskulu analüüsist ning kvalitatiivsest, haiguskoormuse kahandamise võimaluste analüüsist (vt joonis 1). Haiguskulu hindamise aluseks olid erinevatest administratiivsetest andmeallikatest hangitud andmestikud ning varemavaldatud patsientikulu küsitluse andmed. Kvalitatiivse analüüsi raames hinnati, tuginedes teaduskirjandusele, kvantitatiivse analüüsi tulemustele, töö käigus peetud ekspertaruteludele (nt toimus 2011. a novembris liigesepõletike majanduliku koormuse teemal mõttehommik) ning intervjuudele patsientidega, kas Eesti tervishoiusüsteemi korraldus ja

sotsiaalkaitse meetmed toetavad liigesepõletike ravi viisil, mis aitaks ennetada vältitavaid kulusid. Kvalitatiivse analüüsi järeldustele toetudes esitatakse soovitusel, mille järgimine võimaldaks töö autorite hinnangul kahandada autoimmuunsete liigesepõletikega kaasnevat majanduslikku koormust Eestis ning luua krooniliste liigesepõletike patsientidele eeldused iseseisvaks ja täisväärtuslikuks eluks.

JOONIS.1. LIIGESEPÕLETIKE HAIGUS- JA MAJANDUSLIKU KOORMUSE ANALÜÜSI PROTSESS



Allikas: autorite koostatud

2. Autoimmuunsed liigesepõletikud – mitmetahuline probleem

Autoimmuunsed liigesepõletikud – reumatoidartriit, anküloseeriv spondüliit, juveniilne idiopaatiline artriit ja psoriaatiline artriit – on mitmetahuline haiguste grupp. Nende haiguste levimus on vähemalt 1-2% elanikkonnast (vt põhjalikumat käsitlust ptk-s 2.2), tänaste teadmiste kohaselt ei ole haigestumist võimalik ennetada. Kuigi enamik autoimmuunsete liigesepõletike all kannatavaist haigeist on vanaduspensioniealised, toimub haigestumine enamasti tööeas (TTA).

Need haigused ei põhjusta enamasti surma – surma põhjuse registri andmete kohaselt on Eestis viimase kümne aasta vältel registreeritud autoimmuunsete liigesepõletikega seotult keskmiselt 2 surma 100 000 elaniku kohta kalendriaastas. Korraliku ravita jäädes võivad autoimmuunsed liigesepõletikud põhjustada invaliidistumist ja kahandada väga oluliselt patsientide elukvaliteeti, suutlikkust tööd teha, aktiivset elu elada ning lühendada haige eluiga. Õigeaegse sekkumise ja püsiva kvaliteetse raviga on enamike haigestunute puhul võimalik kirjeldatud negatiivseid tulemusi ära hoida või oluliselt kahandada.

Nimetatud haiguste ravis kasutatakse kallist bioloogilist ravi, mis nõuab ravi rahastajalt kaalutlemist, kellele ja mis tingimustel seda võimaldada. Seatud tingimused näitavad elukvaliteedi aspekti olulisust tervishoiusüsteemis, peegeldades sel moel poliitikakujundajate väärtushinnanguid.

Tulenevalt autoimmuunsete liigesepõletike arvestatavast levimusest, haiguste mõjust patsientide elule ja haigustega kaasnevast pideva ravi vajadusest, põhjustab kõnealune haiguste grupp ühiskonnale märkimisväärset majanduslikku koormust.

Kõik need aspektid võetakse käesolevas peatükis põhjalikuma vaatluse alla. Järgnevad alapeatükid keskenduvad järgemööda vastavalt autoimmuunsetele liigesepõletike meditsiinilisele, epidemioloogilisele, psühhosotsiaalsele ja majanduslikule aspektile.

2.1. Meditsiiniline aspekt

Autoimmuunseid liigesepõletikke ei ole erinevalt mitmetest teistest reumaatilistest ja kroonilistest haigustest võimalik ennetada, nende täpsed tekkepõhjused ei ole teada. Tuvastatud olulisemad faktorid on geneetiline soodumus ning sugu(hormoonid) – kui reumatoidartriiti esineb peamiselt naistel, siis anküloseeriv spondüliit mõjutab kõige enam nooremapoolseid mehi. Psoriaatriiti haigestumine on meestel ja naistel enam-vähem võrdne.

On liigesepõletike patsiente, kelle haigus kulgeb kergelt ja allub kiiresti standardsele farmakoloogilisele ravile, kuid on ka arvestatav hulk patsiente, kelle haiguse mahasurumiseks on vajalik kallid bioloogiline ravi. Autoimmuunsetest liigesepõletikest kõige raskemini kulgeb tüüpiliselt reumatoidartriit, mille puhul esineb põletik peaaesjalikult perifeersetes, väikestes liigestes. Anküloseeriva spondüliidi puhul tekib põletik lülisambas, kuid võib lisaks avalduda ka perifeersetes liigestes, tüüpiliselt on haiguse kulg hiiliv ja madala aktiivsusega. Psoriaatilise artropaatia (psoriaatriidi) kulg on sarnane reumatoidartriidi omaga, haigus esineb 6-42%il kroonilise nahahaiguse psoriaasi all kannatavatest inimestest (Menter 2010), lisaks perifeersetele liigestele võib põletikuliste liigeste hulgas olla ka lülisambas. Juveniilse idiopaatilise artriidina diagnoositakse autoimmuunseid liigesepõletikke juhul, kui põletik avaldub lapseeas (enne 16. eluaastat). Kõikide nende haigustega võib põletik esineda ka siseorganites.

Reumatoidartriidi ravimiseks on Eesti Reumatoloogia Selts välja töötanud ja Haigekassa heaks kiitnud reumatoidartriidi ravijuhendi (Peets 2003). Anküloseeriva spondüliidi, juveniilse idiopaatilise artriidi ja psoriaatilise artriidi puhul eraldiseisvad ravijuhendid puuduvad, kuid kuna haiguste baasravi on sarnane (vt nt Shoenfeld *et al* 2008), on juhendis esitatud kesksed raviprintsiibid rakendatavad ka äsjanimetatute puhul (nt Tammaru 2010). Vastavalt juhendile on ravi suunatud järgmiste eesmärkide saavutamisele:

- saavutada haiguse remissioon,
- ära hoida liigesekahjustust, töövõimekaotust ja invaliidistumist ning sellega seotud tervishoiukulutusi,
- parandada elukvaliteeti,
- vähendada valu,
- pikendada elu.

Liigesepõletike ravi on kesksel kohal medikamentoosne ravi. Enamik inimestest, kel on diagnoositud autoimmuunne liigesepõletik, vajavad kestvaid ravi, et vältida haiguse progresseerumist ja hoida põletikku kontrolli all. Igal aastal uuendatava raviplaani väljatöötamisel arvestatakse haiguse aktiivsust, inimese eripära ning kaasnevaid haigusi. (Peets 2003)

Liigesepõletike ravimid põhjustavad mõningatel juhtudel kõrvaltoimeid, näiteks valu- ja põletikuravimite sage ja pikaajaline tarvitamine võib põhjustada seedetrakti verejookse ja mulgustusi. Steroidide kasutamine võib pikemaajalisel tarvitamisel põhjustada luude hõrenemist. Kõrvaltoimete vältimiseks ja leevendamiseks võib olla vajalik täiendavate ravimite tarvitamine.

Medikamentoosse ravi kõrval on olulisel kohal taastusravi, osadel juhtudest on vajalik kirurgi (ortopeedi) sekkumine, sh nt endoproteesimiseks.

2.2. Epidemioloogiline aspekt

Autoimmuunsete liigesepõletike levimus varieerub haiguse ja piirkonniti oluliselt. Reumatoidartriidi levimusena märgitakse rahvusvahelises kirjanduses vahemikku 0,2–1,1% täiskasvanud rahvastikust (Silman, Hochberg 2001; vt ka Maini 2010), rõhuv enamik publikatsioonidest esitab levimuse määra 0,5–1% elanikkonnast. Eestis (Harju maakonnas) 2007. aastal läbi viidud uurimus (Otsa jt 2009) andis vanusegrupis 20 aastat ja vanemad levimuseks 0,46% (meeste seas 0,16%, naiste seas 0,7%). Vanusegrupis 20-29 aastat oli levimuseks 0,06%, 70-79 aastaste vanusegrupis ületas levimus 1%. Uurimus „Reumatoidartriidhaige elukvaliteet, toimetulek ja rahulolu arstiabi kättesaadavusega“ raames hinnati 2006. aastal algavate raviarvete põhjal reumatoidartriidi levimuseks ligikaudu 0,8-0,9% (Põlluste jt 2010). 2010. aastal oli reumatoidartriidi esmahaigestumus Eestis 100 000 elaniku kohta meeste puhul 60,2 ja naiste puhul 190,6 juhtu (TTA).

Psoriaatilise artriidi (psoriartriidi) levimuseks hinnatakse 6-42% psoriaasahaigetest (Menter 2010). Erinevalt reumatoidartriidist, millel on naiste dominant, tabab psoriartriit mehi ja naisi sarnase sagedusega (Madland jt 2005). Hinnatakse, et sarnaselt psoriaasiga on Põhja-Euroopas psoriartriidi levimus suurem kui Lõuna-Euroopas. Rootsis hinnatakse psoriartriidi levimuseks ca 30% psoriaasahaigetest, so ligi 4 korda enam kui Itaalias; Prantsusmaal hinnatakse levimuseks 1,1, Norras 1,95 juhtu 1000 elaniku kohta. (Menter 2010)

Sarnaselt psoriartriidiga on piirkonniti väga varieeruv ka anküloseeriva spondüliidi levimus, jäädes vahemikku 0,2-1,4% elanikkonnast (Braun, Sieper 2010; vt ka Ehrenfeld 2008). Haigestunud naiste-meeste suhe on ligikaudu 1:3 (Braun, Sieper 2010). Uurimust, mille objektiks on anküloseeriva spondüliidi levimus Eestis elanikkonnas, teadaolevalt teostatakse hetkel (vt Tammaru 2010).

Lapseea liigesepõletiku – juveniilse idiopaatilise artriidi – esinemissageduseks hinnatakse tüüpiliselt ca üks juhtum 1 000 kuni 16-aastase lapse kohta (vt nt Beukelman jt 2011). 2000. aastal oli Eestis 83,7 juveniilse idiopaatilise artriidi diagnoosiga kuni 16 aastast last 100 000 sama vana lapse kohta (Pruunsild 2007). 2010. aastal oli juveniilse artriidi esmahaigestumus Eestis 100 000 elaniku kohta 34,9 juhtu (TTA).

2.3. Psühhosotsiaalne aspekt

Haigus ei avalda mõju üksnes kehale, see mõjutab inimsuhteid, enesekuvandit ja käitumist. Haiguste sotsiaalne mõju võib tuleneda otseselt patofüsioloogilistest muutustest või ei pruugi nendega ka üldse seotud olla. Kui inimene, kes taastub ägedast lühiajalisest haigusest, saab naasta oma tavapärasesse ellu, siis kroonilise haiguse diagnoosimisel peab haigestunu hakkama kohandama oma elukorraldust ja rolle vastavalt haiguse poolt ettekirjutatule. (Larsen 2009).

Et kahandada haiguse mõju funktsioneerimisele, eeldatakse kroonilisse haigusesse haigestunult käitumise kohandamist ja osalemist tegevustes, mis toetavad tema füüsilist ja psühholoogilist heaolu, regulaarselt suhtlemist raviteenuste osutajatega ning viimaste juhiste ja soovitatud režiimi järgimist, tervisliku seisundi seiret ja pidevat valikute langetamist (Clark 2003; viidatud Nolte, McKee 2008).

Autoimmuunne liigesepõletik võib kõrge ägeduse korral kahandada märkimisväärselt selle põdeja elukvaliteeti, põhjustades valu ja väsimust ning kahandades töövõimet. Seda, kuivõrd hakkab haigus dikteerima inimese aktiivsust, mõjutavad nii haigestunu isiksuseomadused (Krol jt 1998), enesetõhususe määr (Brekke jt 2010), kui ka inimesele pakutav sotsiaalne toetus (Yelin jt 1980). Kuid see suhe on ka vastupidine – arvestatava kestusega liigesepõletik võib avaldada mõju isegi haigestunu isiksuseomadustele (Ward 1971).

Psühhosotsiaalsed tegurid mõjutavad oluliselt haigestunu tööelu. Seda, kas ja millisel määral jätkab haigestunud inimene töötamist, mõjutavad lisaks haigusele töö iseloom ja töökorralduse paindlikkus, tööga rahulolu, töökaaslaste toetus, töötegurite ja tervise seisundi omavaheline seostamine ning usk töövõime paranemisse. Mõju avaldavad ka informeeritus oma tervise seisundist, haigestunu raviarsti viljeletav haiguslehtede väljastamise praktika, töötervishoiualane toetus töökohal, tööandja hoiakud haigena tööl käimise, tööalase rehabilitatsiooni olemasolu ja iseloom ning haigestunu suhtlemise sagedus tema tööandja ja raviarstiga. (Waddell, Aylward 2010)

2.4. Majanduslik aspekt

Sarnaselt teiste krooniliste haigustega põhjustavad autoimmuunsed liigesepõletikud patsiendile ja tervishoiusüsteemile pidevaid kulutusi – kulu kaasneb ravimite kasutamise, regulaarsete meditsiiniliste uuringute, taastusravi ja arstikonsultatsioonide tõttu. Töövõime languse korral ja puude kujunemisel kaasneb kulu ka patsiendi lähedastele, tööandjale ja erinevatele sotsiaalkindlustus-skeemidele. Haigustega kaasnevat kulukohtasid avatakse järgnevalt kulukandjate lõikes.

2.4.1. Kulu tervishoiusüsteemile

Tervishoiusüsteemidele põhjustavad haigused kulu peamiselt ravi- ja ravimikuluna, süsteemide otsesed kulud on asukohariigi spetsiifilised ja sõltuvad ravikorraldusest ja hüvitatavatest teenustest. Eestis toimub tervishoiukulude kandmine peaaesjalikult sotsiaalmaksust rahastatava ravikindlustussüsteemi kaudu, ravikindlustust korraldab avalik-õiguslikust juriidilisest isikust Haigekassa. Lisaks eelpool nimetatud ravi- ja ravimikulule kaetakse ravikindlustusest meditsiiniliste abivahendite ja ajutise töövõimetuse korral võimaldatavate rahaliste hüvitiste kulu.

Raviteenused

Liigesevaevuste ilmnemisel peab inimene pöörduma esmalt perearsti poole, kes viib läbi esmased uuringud ja suunab patsiendi vajadusel eriarsti juurde (Peets 2008a). Täites süsteemis nn värvavahi rolli, teeb perearst esmase meditsiinilise otsuse iga terviseiga seotud probleemi kohta, millega patsient tema poole pöördub (Perearsti tööjuhend § 2 lg 3). Oma pädevuse piires ravib ta lihtsamaid juhtumeid ning suunab vajadusel abivajaja edasi eriarstiabisüsteemi (ETA 2009-2014).

Patsiendi pöördumine perearsti poole perearstisüsteemile vahetuid kulusid kaasa ei too, enamikul perearstidel ja grupipraksistel on Haigekassaga sõlmitud leping perearstiabi osutamiseks. Selle eest tasumisel kombineerib Haigekassa pearaha, teenusepõhist rahastamist, baasraha, kvaliteeditasu ja lisamakseid. Pearaha on patsiendi vanusest sõltuv fikseeritud summa nimistus oleva patsiendi kohta aastas. Teatud uuringute ja protseduuride eest saadakse täiendavaid teenusepõhiseid tasusid. Baasraha on mõeldud katma ruumi- ja transpordikulud. Kvaliteeditasu makstakse perearstidele tulemusliku ennetustegevuse ja teatud krooniliste haiguste (nt diabeet ja hüpertoonia) regulaarse jälgimise eest. Liigesepõletike ravi jälgimine ei ole kvaliteedisüsteemi lisatud. Lisatasu makstakse neile perearstidele, kelle töökoht asub haiglast kaugemal kui 20 kilomeetrit. (vt Praxis 2011)

Eriarstiabisandil on autoimmuunsete liigesepõletike patsientidele abi osutamisel keskne roll eelkõige reumatoloogidel ja taastusrstidel, osal juhtudest on vajalik kirurgi (ortopeedi) sekkumine, samuti võivad osa patsientidest vajada psühholoogilist abi.

Reumatoloogi peaks autoimmuunse liigesepõletiku all kannatav patsient külastama sõltuvalt haiguse raskusest kas kord kuus (haiguse alguses ja kui haigus ei allu ravile) või kord kvartalis (kui haigus on ravile hästi allunud) (Peets 2008a). Taastusravi vajavad kõik liigesepõletikega haiged haiguse alguses ja hiljem pärast iga ägenemist juhul, kui tervislik seisund seda vajab (näiteks on tekkinud lihaskõhvalangus, liigesliikuvuse piiratus või halvenenud iseseisva toimetuleku võime) (Sooba 2012). Psühholoogilist abi võidakse osutada taastusravi raames, kuid ka eraldiseisva teenusena, lahus liigesepõletike raviprotsessist.

Osadel juhtudest on vajalik kirurgiline sekkumine, mis võimaldab sümptomeid leevendada tasemeni, mis toetab patsiendi iseseisvat toimetulekut. Operatsioonid aitavad leevendada liigeste turset ja vältida kõõluste rebenemist. Endoproteesimise käigus asendatakse jäseme normaalse asendi taastamiseks kulunud liigesepinnad proteesiga. (Metsna 2008)

Ambulatoorse eriarstiabi rahastamisel kasutab Haigekassa peamise tasustamise viisina teenusepõhist tasu, statsionaarse arstiabi puhul teenuse-, voodipäeva- ja diagnoosipõhise (ingl *diagnosis related groups, DRG*) tasustamisviisi kombinatsiooni. Voodipäevatasu sisaldab patsiendi üldist läbivaatust, diagnoosimist, ravi planeerimist, hooldust, toitlustamist ja lihtsamaid raviprotseduure ning haiglaravimeid. Voodipäevatasu suurus sõltub meditsiinierialast ja patsiendi haiglas viibimise ajast. Lisaprotseduuride, näiteks laboratoorsete uuringute eest tasutakse teenusepõhiselt. (Praxis 2011)

Alates 2009. aastast on DRG-põhise tasu osakaal 70% ning teenusepõhise tasu osakaal 30%. Kõik statsionaarsed ravijuhud ja kirurgiliste protseduuridega seotud ambulatoorsed ravijuhud rühmituvad DRGdesse. Teenusepõhiselt hüvitatakse DRG erandid ja keskmisest väga erinevad teatud tunnustega ravijuhud (Praxis 2011).

Kuna Haigekassa hüvitavad tervishoiuteenused ja nende piirhinnad (iseloomult maksimumhinnad) on kehtestatud valitsuse määrusega, ei lepita neid teenuseosutajatega peetavates läbirääkimistes eraldi kokku; küll võivad teenuseosutajad ja Haigekassa leppida kokku madalamates hindades. Teoreetiliselt peaksid tervishoiuteenuste hinnad katma kõik teenuse osutamisega seotud vajalikud kulud, välja arvatud teadus- ja koolitustegevuse kulud, mida rahastatakse muudest allikatest (vt põhjalikumalt käsitlust Praxis 2011).

Taastusravi (ka nt hooldusravi ja järelravi) puhul DRG-põhist tasustamist ei rakendata, kasutusel on teenusepõhine rahastamine.

Ravimid

Liigesepõletike ravis on kesksel kohal medikamentoosne ravi. Ravi aluseks on haiguse kulgu mõjutavad ravimid (ka baasravimid, kuluravimid) ehk DMARDid (ingl *disease modifying antirheumatic drugs*). Jäsemete liigestes paiknevate põletike korral on olulisim haiguse kulgu mõjutav ravim metotreksaat, seda kasutatakse enamasti esimesena, lisades hiljem teisi ravimeid. Teised peamised DMARDid on sulfasalasiin, hüdroksüklorokviin, leflunomiid, asatiopriin, tsüklosporiin A, tsüklofosfamiid. Tõhususe suurendamiseks kasutatakse tihti DMARDide kombinatsioone. (Raussi 2008) Loetletud ravimite keskmise päevaannuse hind varieerus 2012. aasta alguses 0,49-st eurost 4,77 euroni (SoM koduleheküljel).

Uuemad ja efektiivsemad, kuid aga oluliselt kallimad DMARDid on bioloogilised ravimid. Näiteks põletikku lüüsisambas suudavad alla suruda vaid need ravimid (Tuvik 2010). Bioloogiline ravi on suhteliselt ohutu, peamine kõrvaltoime on suurenenud risk infektsioonhaigustele (nt Woodrick, Ruderman 2011). Eesti raviarstidel on võimalik valida seitsme toimeaine (infliksimab, rituksimab, etanertsept, adalimumab, tocilizumab, golimumab ja anakinra) vahel, mille kasutamist Haigekassa hüvitab. 2012. aasta alguses jõustunud TTL kohaselt võtab Haigekassa 4-nädalase ravikuuri eest enda kanda kuni 1103,88 eurot).

Analgeetikumide ja põletikuvastaste ravimite (NSAIDid, ingl *nonsteroidal anti-inflammatory drugs*) abil vähendatakse valu, liigeste jäikust ja põletikulisust, mõningal määral ka turset. NSAIDid vähendavad küll kiiresti liigesevaevusi, kuid ei suuda pidurdada pöördumatute liigesekahjustuste teket. enamlevinud NSAID-ide keskmise päevaannuse hind jäi 2012. aasta alguses oluliselt alla 0,5 eurot (SoM koduleheküljel).

Glükokortikosteroididel (tehislikult toodetud hormoonid) on tugev põletikuvastane toime, neid kasutatakse ägeda liigesepõletiku kiireks mahasurumiseks, eriti varase ja aktiivse liigesepõletiku puhul. Steroidide kasutamisega kaasnevad aga tugevad kõrvalnähud, samuti ei hoia nad sarnaselt NSAID-dega ära liigesekahjustuste süvenemist. (Raussi 2008)

Kui haigus on pikka aega olnud remissioonis, on võimalik kasutatavate ravimite hulka või doose vähendada. Ravi täielik lõpetamine pole enamasti otstarbekas, kuna ka vaibefaasis on võimalik liigesekahjustuse aeglane edenemine, samuti võib järgneda raskesti ravile alluv ägenemine ja liigesekahjustuse süvenemine. (*Ibid.*)

Ravimid on müügiõiguse alusel jaotatavad kaheks: käsimüügiravimeid võivad osta kõik soovijad, retseptiravimite ostmiseks on vajalik arsti või õe väljastatud retsept. Kui ravim on kantud sotsiaalministri määrusega kehtestatud soodusravimite loetellu, hüvitab ravikindlustatule osa selle maksumusest Haigekassa.

Enamiku soodustusega retseptiravimite puhul kehtib 50% soodusmäär ehk ravimikasutaja maksab omaosaluse 3,19 eurot ning Haigekassa tasub 50% ülejäänud hinnast, aga maksimaalselt 12,79 eurot. Mitmete raskete ja krooniliste haiguste ravimite puhul tasub patsient omaosaluse 1,27 eurot ning Haigekassa hüvitab 75 või 100% ülejäänust. Reumatoidartriidi, anküloseeriva spondüliidi ja psoriaatilise artriidi diagnoosid kuuluvad Vabariigi Valitsuse määrusega kehtestatud haiguste loetellu, mille soodustuse määr on 75%. Riikliku pensionikindlustuse seaduse alusel töövõimetus- või vanaduspensioni saavate inimeste ning vähemalt 63-aastaste kindlustatute puhul kohaldab Haigekassa 75% soodusmäära asemel soodustuse protsenti 90. Mitmete autoimmuunsete liigesepõletike ravis kasutatavate ravimite (nt metotreksaat, sulfasalasiin) puhul kehtib 75% soodustus üksnes siis, kui retsepti on välja kirjutanud reumatoloog.

Juhtudel, kui ravikindlustatu kulu soodusravimitele ületab 384 eurot kalendriaastas, maksab Haigekassa vastavalt kehtestatud tingimustele täiendavat ravimihüvitist. Soodusravimi kulu jäämisel vahemikku 384–640 eurot hüvitab Haigekassa ühe aasta jooksul makstud summast inimesele 50% aga mitte rohkem kui 128 eurot; kuluvahemikku 640–1300 eurot jäävast summast hüvitab Haigekassa täiendavalt 75% aga mitte rohkem kui 495 eurot. 1300 eurot ületava summa pealt Haigekassa täiendavat ravimihüvitist ei maksa; maksimaalne kulu ühe isiku täiendavale ravimihüvitisele kalendriaastas on seega kuni 623 eurot. Täiendava ravimihüvitise arvutamisel ei võta Haigekassa arvesse Haigekassa enda poolt kantud soodusravimitele, samuti retsepti omaosaluse alusmäära ning summasid, mis ületavad ravimite piirhinda või hinnakokkuleppes märgitud hinda.

Ajutise töövõimetus hüvitis

Eestis kantakse ravikindlustusest ka töötavate (ja Haigekassas vastavalt kindlustatud) inimeste ajutise töövõimetus korral võimaldatava asendussissetuleku kulu. Haigekassa maksab haigestumise korral töötajale haigushüvitist 9.–120. päevani, hüvitades inimesele 70% haigestumisele eelnenud kalendriaasta töötasust. Haigusjuhtumi 3 esimest päeva on inimese nn omavastutuspäevad, 4.–8. päeva eest maksab haigushüvitist tööandja. Sotsiaalkindlustusameti (edaspidi SKA) vastava ekspertiisi otsuse korral pikeneb Haigekassast hüvitise maksmise periood kuni haigusjuhtumi 190. päevani. Haigusjuhtumi formaalseks tõendiks ja haigushüvitise maksmise aluseks oleva haiguslehe väljastab arst.

Kui isikule on määratud töövõimetus pension ja isik jätkab töötamist, on tal haigestumise või vigastuse korral õigus saada haigushüvitist sarnaselt teiste töötavate isikutega. Piirangud rakenduvad Haigekassa makstavale hüvitisele vaid juhul, kui ajutine töövõimetus on tingitud samast põhjusest, mille tõttu on isikule määratud püsiv töövõimetus. Sellisel juhul on isikul õigus saada Haigekassalt haigushüvitist kuni 60 järjestikust kalendripäeva ja kokku mitte rohkem kui 90 kalendripäeva kalendriaastas.

Meditsiinilised abivahendid

Liigesepõletikega seonduvalt võib kindlustatud isikutel tekkida õigus esmaste liigeseid säästvate abivahendite maksumuse hüvitamisele 90% ulatuses. Vastavalt sotsiaalministri määrusega kinnitatud Eesti Haigekassa meditsiiniseadmete loetelu ja meditsiiniseadmete loetellu kantud meditsiiniseadme

eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise korrale hüvitab Haigekassa näiteks kulu operatsiooni- või traumajärgsetele emastele tallatugedele, varastele ortoosidele, proteesidele ja tugikorsettidele, käimisraamidele.

2.4.2. Kulu patsiendile

Enamiku tervishoiusüsteemi finantseeritavate hüviste tarbimisel kaasneb arvestatav omaosalus ka haigestunule. 2007. aastal Meesaare jt (2008) poolt läbiviidud küsitluses hindasid reumatoidartriidi patsiendid enda aastaseks kuluks 355,6 eurot, sellest ravimikulu moodustas 47,1%, eluaseme kohandamiskulud 16,2%, alternatiivsed ravimeetodid 13,1%, transport 6,9%, rehabilitatsioon 5,3%, hooldajatasud 4,4%, teenustasud 3,4%, meditsiinilised abivahendid, 3% ning voodipäevatasu 0,6%. Kulu olid seda suurem, mida pikem oli haiguse kestus.

KRRHK 2006 (Hääl 2007) kohaselt olid reumatoidartriidi ja juveniilse artriidi (RHK-10 diagnoosid M05-M06, M08-M09) patsientide kuiste kogukulude põhjal arvatud keskmine kulu patsiendi kohta 558 eurot aastas, millest 59% moodustasid ravimid, 15% luu- ja liigesetoiained, 11% taastusravi, 4% visiiditasud, 8% abivahendid ja 5% muu kulu. Spondüloartropaatiate puhul on kuise kulutuste põhjal arvatud aastane kogukulu 716,63 eurot aastas, sellest ravimitele kulus 57%, luu- ja liigesetoiainetele 19%, taastusravile 13%, visiiditasudele 4%, abivahenditele 5%.

Patsiendil on esmatasandi tervishoiuteenuste tagatud omaosaluseta ligipääs. Haigekassa lepingupartnerist perearstil ei ole lubatud praksises toimuva perearsti vastuvõtu korral küsida patsiendilt visiiditasu. See on lubatud üksnes koduviidi korral, kuid see ei või ületada 3,2 eurot visiidi kohta. Eriarsti ambulatoorse vastuvõtu korral on lubatud patsiendilt võtta visiiditasu kuni 3,2 eurot vaid esmasel visiidil. Statsionaarse ravi osutamisel võib raviasutus patsiendilt küsida voodipäevatasu kuni 1,6 eurot päevas. Kasutades arstiabi väljaspool Haigekassa finantseeritavat süsteemi, sõltuvad teenuste hinnad teenuseosutaja valikutest.

Reumatoloogilise haige funktsioone toetava taastusravi korral on patsiendile ette nähtud 20%-ne omaosalus. Sanatoorse ravi korral on patsiendi omaosalus 100%, kuna sanatooriumitel puudub tegevusluba statsionaarse taastusravi osutamiseks (küll on aga Haigekassal leping üksikute sanatooriumitega ambulatoorse taastusravi eest tasumiseks).

Nagu eelmise alapeatüki ravimite alaosas kirjeldati, kaasneb patsiendile kulu nii käsimüügi kui ka soodusravimite ostul. Autoimmuunsete liigesepõletike baasravis kasutatavad ravimid on reumatoloogi poolt välja kirjutatuna 75% soodustusega, st inimene maksab omaosaluse 1,27 eurot ning 25% ravimi ülejäänud hinnast. Riikliku pensionikindlustuse seaduse alusel töövõimetus- või vanaduspensioni saavate inimeste ning vähemalt 63-aastaste kindlustatute puhul on soodustuse määr 90%.

50% soodustusega ravimi ostu korral, nt juhul kui teatud toimeainega ravimi retsepti on reumatoloogi asemel välja kirjutanud perearst, maksab ravimikasutaja nn miinimum omaosaluse 3,19 eurot ning 50% ülejäänud hinnast (kallima ravimi puhul ka enam – Haigekassa kulu 50% soodusravimite korral ei või ületada 12,79 eurot).

Soodusravimite ostul rakendub Haigekassa poolt võimaldatav soodustus ravimi ostul – kindlustatud isik maksab apteegis ainult ravimi omaosaluse. Haigetel, kelle kulu soodusravimitele ületab 384 eurot kalendriaastas, on õigus taotleda täiendavat ravimihüvitist

Omaosalus kaasneb liigesepõletike haigetele ka erinevate meditsiiniliste-tehniliste abivahendite korral. Haige võib vajada ortoose ja tallatugesid. Trauma- või operatsioonijärgselt piirdub patsiendi

omaosalus nimetatud toodete korral 10%-ga, Haigekassa võtab enda kanda 90% kulust. Inimestele, kellel on tuvastatud puue, on tehniliste abivahendite ostmisel võimalik saada soodustust maavanema institutsiooni vahendusel. Sel juhul sõltub omaosaluse määr abivahendi liigist ja jääb vahemikku 10–80%. Tehniliste väikeabivahendite vajaduse üle otsustab perearst või raviarst, keeruliste tehniliste abivahendite korral eriarst või rehabilitatsiooniasutus. Soodustingimustel müüvad ja/või laenutavad tehnilisi abivahendeid ainult sotsiaalministri poolt kinnitatud nimekirja kantud asutused ja ettevõtted. Abivahendi eest tasumisel kaetakse abivahendi maksumusest riigi osaluse protsent pärast isiku omaosaluse protsendi tasumist.

Paljud liigesepõletike all kannatavad patsiendid kasutavad arstide soovitusel regulaarselt erinevaid toidulisandeid (vt nt Hääl 2007). Reumatoidartriidi korral on tõhusaks valu ja põletiku vähendajaks oomega-kolm ja oomega-kuus rasvhapped (nt kalaõli, mitmesugused taimeõlid), luuhõresust ennetavad vitamiin D3 ja kaltsiumi preparaadid (Peets 2008b).

2.4.3. Kulu sotsiaalkindlustusele

Sotsiaalkindlustusele põhjustavad kroonilised haigused kulu peamiselt rahaliste hüvitiste ja tuvastatud kõrvalabiga seonduvalt võimaldatavate teenuste kaudu.

Rahalised hüvitised

Haigusega kaasnevat sissetuleku- ja vaegusega lisanduva kulu riski maandavad pensionikindlustusest rahastatav töövõimetuspension ning mitteosamakselise skeemina puuetega inimeste sotsiaaltoetus.

Töövõimetuspensioni skeem on suunatud tööealistele, s.o 16–62-aastastele inimestele, hüvitist makstakse juhul, kui asjakohase ekspertiisi käigus on isikul tuvastatud püsiv töövõime kaotus vähemalt 40%. Töövõimetus tuvastamisel ei pruugita ekspertiisi taotlenud isiku tegelikku töövõimet arvesse võtta – õigus hüvitisele sõltub enamasti sellest, kas haigusele-vaegusele on sotsiaalministri määrusega kinnitatud töövõime kaotuse protsendi määramise korras omistatud piisav protsent (vt hüvitiskeemi põhjalikku käsitlust Karu jt 2012). Ekspertiisi käigus tuginetakse isiku kirjalikult esitatud ütlustele-hinnangutele ning tema raviarsti (perearst või eriarst) esitatud hinnangutele ja haigusloo andmetele, inimene ekspertiisi läbiviijatega ei kohtu. Töövõimetus protsent määratakse kestusega 6 kuust 5 aastani. SKA maksab töövõimetuspensioni igakuiselt, kuni etteulatuvalt tuvastatud töövõimetusperioodi lõpuni. Tervisliku seisundi olulisel halvenemisel ning määratud töövõimetusperioodi lõppemisel on inimesel õigus kordusekspertiisile.

Õigus töövõimetuspensionile annab automaatselt õiguse mitmetele teistelegi hüvitistele ja teenustele: töövõimetuspensioni määramisega kaasneb õigus ravikindlustusele ja Haigekassa võimaldavale hambaravihüvitisele, isiku palkamisel on eraõiguslikust juriidilisest isikust tööandjal õigus sotsiaalmaksuvabastusele töötasu miinimummääralt.

Riigi poolt on tagatud sotsiaaltoetused puudega inimesele, kellele puue põhjustab olulisi kulutusi, näiteks abivahendite, hoolduse, rehabilitatsioonitegevuste, kuid ka transpordi, töötamise või õppimisega seotult. Puudega inimese sotsiaaltoetusi administreerib SKA. Toetusele on õigus kõigil inimestel, kellel on ekspertiisiga määratud puude raskusaste. Toetust makstakse vastavalt esitatud kuludokumentidele inimese avalduse ja selgituse alusel.

Puudega inimesel, kes õpib gümnaasiumiastmes, kutseõppeasutuses või kõrgkoolis ja kellel on puudest tingituna õppetööga seotud lisakulutusi, on õigus õppetoetusele korvamaks puudest tingitud ja õppetööga seotud lisakulusid (kuine toetus oli 2011. aastal vahemikus 6,39–25,57 eurot). Tööealise

puudega inimese toetuse suurus sõltub inimese puudega seotud lisakuludest, inimestele määratud igakuine summa jääb vahemikku 16,62 kuni 53,70 eurot. Töötaval puudega inimesel on lisaks õigus töötamistoetusele, millega hüvitatakse puudest tingitud tööga seotud lisakulutusi; toetust makstakse puudega inimese enda poolt tehtud kulutuste osaliseks hüvitamiseks kuni 255,7 eurot kolme kalendriaasta jooksul.

Töötaval puudega inimesel on võimalik saada ka täienduskoolitustoetust tööalase ja tasemekoolituse kulude osaliseks hüvitamiseks. Toetuse suurus on kuni 613,68 eurot kolme kalendriaasta jooksul.

Tehnilised abivahendid

Sotsiaalkindlustuse kuluna on käsitletav sotsiaalministeeriumi finantseeritav ja maavalitsuste vahendatav kulu erinevatele (tehnilistele) abivahenditele, mis aitavad ennetada tekkinud kahjustuste süvenemist, kompenseerida kahjustusest tingitud funktsioonihäiret ning parandada või säilitada iseseisvat toimetulekut. Maavalitsused kompenseerivad puuetega inimestele osa tehniliste abivahendi soetamise, hüvitamise, laenutamise või nendega seotud teenuste kulust.

Tehniliste väikeabivahendite korral otsustab abivahendi vajaduse üle perearst või raviarst, keeruliste tehniliste abivahendite korral eriarst või rehabilitatsiooniasutus. Soodustingimustel müüvad või laenutavad tehnilisi abivahendeid ainult sotsiaalministri poolt kinnitatud nimekirja kantud asutused ja ettevõtted. Abivahendi eest tasumisel kaetakse abivahendi maksumusest riigi osaluse protsent pärast isiku omaosaluse protsendi tasumist. Riigi poolt hüvitatav osa varieerub abivahendite lõikes, jäädes vahemikku 20-90%.

Töötamiseks vajaliku tehniliste abivahendite võimaldamisel on inimesele tasuta kasutada andmisega võimaldatakse isikule (töö)vahend, milleta ei ole tal puudest tulenevalt tööülesandeid täita. Leping sõlmitakse isikuga või tööandjaga abivahendi tasuta kasutada andmiseks ja samaks tähtjaks, kui on isikuga sõlmitud tööleping või vormistatud teenistusse võtmine, kuid mitte kauemaks kui kolm aastat (vajadusel pikendatakse lepingut).

Teenused puuetega inimestele

SKA pakub rehabilitatsiooniteenusena tähistatava teenustepaketi raames erinevaid teenuseid, mille eesmärk on parandada puudega isiku iseseisvat toimetulekut, soodustada töötamist või tööle asumist ja suurendada isiku ühiskonnas osalemist. Teenuse raames hinnatakse inimese toimetulekut ja kõrvalabi vajadust, nõustatakse erinevates valdkondades: tehakse ettepanekuid kodu-, töö- ja õpikeskkonna kohandamiseks, abivahendi saamiseks ja kasutamiseks, et parandada edasist sotsiaalset toimetulekut; teenuseid võivad osutada sotsiaaltöötaja, psühholoog, tegevus-, füσιο- ja loovterapeut, logopeed ning eripedagoog.

Rehabilitatsiooniteenust osutavad SKA lepingulised koostööpartnerid. SKA hüvitab teenuste osutamist kuni kalendriaastaks kehtestatud maksimaalse maksumuse täitumiseni, mis puudega täiskasvanu korral on kuni 448 eurot kalendriaastas. Üksikteenustele on kehtestatud eraldi piirmäärad: näiteks rehabilitatsioonivajaduse hindamise ja rehabilitatsiooni planeerimise (rehabilitatsiooniplaani koostamise) teenust võib osutada kuni 191,73 euro eest kalendriaastas, füsioterapeudi teenust ja füsioterapeudi grupitöö teenust võib täiskasvanutele osutada kuni 108,65 euro eest kalendriaastas.

Rehabilitatsiooniteenuste paketti kuuluvate teenuste kasutamisel võivad inimesed taotleda tagantjärele, kuludokumentide alusel ka rehabilitatsioonitoetust, mille suurus on kuni 51,14 eurot kalendriaastas. Töötaval puudega inimesel on õigus taotleda SKA-lt ka täienduskoolitustoetust

töölaseks ja tasemekoolituseks, toetust makstakse tegelike koolituskulude osaliseks hüvitamiseks kuni 613,18 eurot kolme kalendriaasta jooksul.

Töötukassa osutab tööturuteenuseid kõigile aktiivselt tööd otsivatele isikutele. Teenuste seas on tavapärase töövahendus- ja karjäärinõustamisteenuste kõrval psühholoogiline ja võlanõustamine, tööturukoolitus, tööpraktika, tööproov ja tööharjutus ja mitmed teised nimetatutega samalaadsed teenused. Juhul kui isikule on määratud puude raskusaste, on tal õigus saada Töötukassalt tervisehäirega ja puudega isikutele välja töötatud tööturuteenuseid, mille hulgas on tööruumide ja -vahendite kohandamine, tehniliste abivahendite tasuta kasutada andmine, tugiisikuga töötamine ning abistamine tööintervjuul. Teenuste vajadust hindab juhtumikorraldaja, kaasates vajadusel eksperte.

Tööruumide ja -vahendite kohandamisel muudetakse töökeskkond või töövahend puudega inimesele ligipääsetavaks ja kasutatavaks. Kui tööandja teeb vajalikud kohandused ning võtab seejärel tööle töötaja puudega või pikaajalise tervisehäirega inimese, hüvitatakse talle kuni 100% kohanduse maksumusest. Kui kohandus tehakse tööandja juures juba töötava inimese töökeskkonna parendamiseks, hüvitab Töötukassa kuni 50% kohanduse maksumusest. Õigus teenusele on vaid juhul, kui isikuga on sõlmitud vähemalt kolmeaastane või tähtajatu tööleping. Hüvitamisele kuuluv teenuse ülemäär on 1917,35 eurot, ühe isiku puhul võimaldatakse teenust kord kolme aasta jooksul.

Töötamiseks vajaliku tehnilise abivahendi tasuta kasutada andmisega võimaldatakse isikule (töö)vahend, milleta ei ole tal puudest tulenevalt tööülesandeid täita. Leping sõlmitakse isikuga või tööandjaga abivahendi tasuta kasutada andmiseks ja samaks tähtajaks, kui on isikuga sõlmitud tööleping või vormistatud teenistusse võtmine, kuid mitte kauemaks kui kolm aastat (vajadusel pikendatakse lepingut).

Toetamiseks puudega isiku töist toimetulekut, võimaldatakse talle töötamist tugiisikuga, kes abistaks ja juhendaks puudega või pikaajalise tervisehäirega inimest. Teenusele annab õiguse tähtajatu töö- või teenistussuhe, teenuse mahu määratleb juhtumikorraldaja vastavalt isiku vajadustele ja proportsionaalselt isiku tööajaga, täistööajaga töötamisel võib see esimesel kuul olla kuni 8h päevas; teisel kuul kuni 4h päevas ja järgnevatel kuudel kuni 2h päevas. Toetatud töötundide hulk aastas on piiratud 700 tunniga.

2.4.4. Kulu sotsiaalhoolekandele

Kui eelpool kirjeldatud riiklikud rahalised hüvitatud-toetused jätavad inimese ja tema leibkonna puudusesse, võib kohalik omavalitsus (edaspidi KOV), milles isik elab, maksta talle toimetulekutoetust. Lisaks või juhul, kui inimene ei ole suuteline enam iseseisvalt toime tulema, on omavalitsus kohustatud võimaldama talle hoolekandelist abi (sh nt eluasemeteenused, tugiisik või abistaja, hooldamine hoolekandetasutuses). Inimesele, kes hooldab puudega inimest on õigus kohaliku omavalitsuse makstavale hooldajatoetusele.

2.4.5. Kulu tööandjale

Liigesepõletikega kaasneb oluline kulu ka tööandjatele, seda nii otseste kui kaudsete kuludena. Haigestumisest tingitud ajutise töövõimetuse korral on Haigekassa kõrval kohustus maksta haigushüvitist ka tööandjal, viimane maksab hüvitist haigusjuhtumi 4.–8. päeva eest arvestades 70% kuue kuu keskmisest kalendripäeva töötasust.

Töötaja töölt ajutise eemalolemise tõttu kaasneb tööandjale kaudne kulu ka tegemata jäänud töö näol. Töötaja koormuse kahandamisel või lahkumisel võivad kaasneda kulu uue töötaja koolitamisega.

3. Haigusega kaasneva koormuse hindamise võimalused

Haigustega ühiskonnale kaasneva koormuse hindamisel eristatakse tüüpiliselt kolme kulukomponenti (nt McIntosh 1995):

- otsene kulu,
- kaudne kulu,
- mittemateriaalne kulu.

Otsese kulu alla hõlmatakse konkreetsete osapoolte tehtavad otsesed väljamaksed, mis on seotud haigestunu ravimisega või toimetuleku parandamisega: ravikulu (teenused ja ravimid), hoolduskulu ja tervishoiuteenuse osutamise kaasnep transpordikulu. Kaudse kuluna käsitletakse enamasti ressursse, mis on haiguse ja sellest põhjustatud suremuse tõttu tinglikult kaotatud, näiteks haigusega kaasnev tootlikkuse kaotus isikule, tema perekonnale, ühiskonnale, tööandjale; enneaegselt surmast tingitud tootlikkuse kadu ühiskonnale. Mittemateriaalse (ka psühhosotsiaalse) kulu alla liigitatakse haiguse või puudega kaasnev patsiendi ning tema perekonna ja teiste lähedaste elukvaliteedi langus, kahanenud enesehinnang ja tunnetatud heaolu.

Haigustega kaasneva kulu kokkuarvestamisel kasutatakse haiguskulu (ingl *cost of illness*) meetodikat. Mõõtes haigustega kaasnevat majanduslikku koormust on võimalik hinnata tulusid või kulusäästu olukorras, kus vaatluse all olevat haigust ei esine. Selliste uurimuste eesmärgiks ei ole enamasti välja selgitada, millised ravimeetodid või ravimid on kõige kuluefektiivsemad vaid – identifitseerides peamised konkreetsete haigustega seotud kulukohad – abistada otsuste langetamise protsessi planeerimise ja poliitikakujundamise tasandil (Cooper 2000).

Otsese kulu hindamisel on keskmis enamasti tervishoiukulud, mille kokkuarvestamisel on võimalik kasutada nii ülevalt-alla kui ka alt-üles lähenemist. Ülevalt-alla lähenemise korral tuletatakse konkreetse haiguse kulu üldisest tervishoiukulust, lähtudes vastava haiguste grupi puhul tüüpiliselt osutatavaist tervishoiuteenustest ja nende maksumusest. Alt-üles lähenemise puhul võetakse aluseks konkreetsete diagnoosigruppidega seotult osutatud teenused ja kantud kulu.

Kaudse, tingliku kulu hindamise põhjendatus on teadusmaailmas esile kutsunud arvestatavat diskussiooni. Ühelt poolt kaheldakse, kas tinglikku kulu näiteks teenimata tulude näol on sobilik käsitleda käsikäes realselt tehtud väljamaksetega. Teisalt tõdetakse, et piirdudes kulu hindamisel vaid otsese kuluga ei ole, vähemalt liigesepõletike puhul, võimalik tabada haiguse tegelikku majanduslikku koormust. (vt nt Filipovic jt 2011; Zhang, Anis 2011)

Kaudse kulu hindamisel kasutatakse kolme peamist meetodit: inimkapitali meetod (ingl *human capital approach*), hüpoteetilise maksevalmiduse meetod (*willingness-to-pay* või *contingent valuation approach*) ja siirdekulu meetod (*friction cost approach*) (nt Pharm 2008; Zhang, Anis 2011).

Inimkapitali meetod käsitleb kaudse kuluna patsiendil haiguse tõttu huvi all oleval ajaperioodil (sh ka tulevikus) teenimata jäävat tulu, isiku hüpoteetiline tootlikkus loetakse võrdseks tema haigestumise eelse panusega. Enamasti võetakse kaudse kulu arvestamise aluseks ajutise ja püsiva töövõimetuse perioodid ja enneaegne suremus.

Maksevalmiduse meetodi raames omistatakse elule ja elutingimuste muutustele väärtus lähtuvalt sellest, kui palju on inimesed valmis kulutama, kahandamaks haigestumise või suremise riski. Maksevalmiduse väärtuseid on võimalik hinnata nii küsitlusuuringute teel kui ka eksperthinnangute kaudu.

Siirdekulu meetodi raamides käsitletakse tootlikkuse languse või kaotusega seotud kuluna vaid töötava isiku tootlikkuse kadu haigestumise hetkest kuni tema asendamiseni uue töötajaga, st arvestustesse kaasatakse lühi- või pikaajalisest töövõimetusel tulenev tootlikkuse kadu kuni uue töötaja värbamiseni ja väljaõpetamiseni.

See, milline meetod kaudsete kulude hindamiseks valitakse, võib oluliselt mõjutada kuluhinnangute lõpptulemust. Verstappeni jt (2005) ülevaateuurimuse kohaselt moodustavad siirdekulu meetodi alusel tehtud hinnangud 1/7 inimkapitali meetodi abil arvatud kuludest; maksevalmiduse lähenemise abil saadud tulemused on omakorda tüüpiliselt suuremad kui inimkapitali meetodil baseeruvate uurimustega saadavad tulemused.

Kaudse kulu hindamise meetodite aluspõhimõtted on käsitletavad poliitilis-ideoloogilistena. Inimkapitali meetod põhineb mudelil, mille kohaselt avaliku sektori investeeringud raviteenustesse on avalik hüve, mille rakendamine loob positiivset tulemust. Maksevalmiduse meetod baseerub ideel, et inivid ise peaks katma oma haigusega seotud kulud ning raviotsused peaks lähtuma individuaalsetel oodava tulu arvestustel. (Yelin 2007)

Siirdekulu meetod on käsitletav inimkapitali lähenemise metodoloogilise parandusena (Verstappen jt 2005) ning see lähtub ideest, et tööturg absorbeerib olulise osa töövõimetusel ja suremuse tõttu kaotatud tootlikkusest, mistõttu ei ole tootlikkuse tegelik kadu kunagi nii suur kui seda lubavad arvata inimkapitali meetodi alusel tehtud arvutused. Samas on siirdekulu meetodisse sissekirjutatud tootlikkuse kao alahindamise oht, kuna tüüpiliselt jääb katmata tootlikkuse kadu, millega ei ole veel kaasnenud formaalset töökoormuse kahandamist või tööst loobumist. Lisaks sõltub siirdekulu meetodiga saadav tulemus üldisest majanduslikust olukorrast. Madala tööpuuduse tingimustes on töötaja asendamine oluliselt raskem kui majanduskriisi ja kõrge tööpuuduse tingimustes. Seetõttu on madala tööpuuduse tingimustes siirdekulu meetodiga hinnatav kulu oluliselt suurem kui kõrge tööpuuduse olukorras, kuigi haigestunud isikute arv ja tervislik olukord on mõlemal juhul identne. (Yelin 2007)

Seega – kuigi siirdekulu meetod võimaldab usaldusväärset hinnata tegelikke kulusid vastavalt riigi majanduslikule olukorrale, siis traditsioonilisem inimkapitali lähenemine antud hetke olukorrast niivõrd ei sõltu ning võimaldab usaldusväärsemalt analüüsida tegelikku tootlikkuse kadu nende inimeste puhul, kes oleks tervisliku olukorra samaks jäämisel võinud samuti majandusse panustada (*Ibid.*).

Mittemateriaalset kulu enamasti rahaliseks kuluks ümber ei arvestata, selle hindamisel on kesksete mõõtühikutena kasutusel haigestumusest ja suremusest tingitud eluaastate kaotus (ingl *disability adjusted life year* e DALY) ja tervisele kohandatud eluaastad (*quality-adjusted life year* e QALY). Nende mõõtühikute abil on võimalik võrrelda erinevate haiguste mõju ühiskonnale. Samuti on nende mõõtühikute abil võimalik hinnata erinevate poliitikamuudatuste tulemuslikkust. Näiteks kasutab DALY abil väljendatud haiguskoormust sisendina Eesti Haigekassa oma prioriteetide seadmisel (Eesti Haigekassa 2011b).

4. Autoimmuunsete liigesepõletike majanduslik koormus –kvantitatiivne analüüs

Eestis on haiguste majandusliku koormuse analüüse, mille tulemused väljendavad konkreetse haiguse või haiguserühma põhjustatud koormust ühiskonnale rahalise väärtusena, teostatud HIV (Elmik, Männik 2010) ja luu- ja liigesehaiguste puhul (Zheltoukhova, Bevan 2011). Oluliselt enam on sotsioloogilise suunitlusega uurimusi, mis käsitlevad patsientide haiguse tõttu langevat majanduslikku koormust. Reumaatiliste haiguste patsientide seas teostatuist väärivad siinkohal esiletõstmist Tallinna Reumaühenduse eestvedamisel aastatel 2005-2006 toimunud küsitlus, milles lisaks hinnangutele enda terviseseisundile, elukvaliteedile, majanduslikule olukorrale, sotsiaalsele toimetulekule ja ravi kättesaadavusele esitasid küsitletud hinnangud oma tervisega seotud rahalistele väljaminekutele (Hääl 2007; Laidmäe, Tulva 2008; Laidmäe jt 2009). Reumatoidartriidi patsientide haigusega seotud otseseid väljaminekuid on uurinud Meiesaar jt (2008) ja Põlluste jt (2010). Esimesena nimetatud küsitluse avaldatud tulemusi (Hääl 2007) kasutati aruandes kajastatava uuringus sisendina patsiendi kulude hindamisel.

Teadaolevalt on käesolevas peatükis kirjeldatava kuluanalüüsi näol tegu esmakordse ühe haiguse rühma tervikliku alt-üles kulukäsitlusega Eestis, haiguste ühiskonnale põhjustatavat koormust on samas käsitlenud mitmed varasemad uurimused. Näiteks Taavi Laia eestvedamisel on valminud mitmed erinevate diagnoosirühmade lõikes haiguskoormust (ingl *burden of disease*) hindavad uurimused (Lai, Vals, Kiivet 2003; Vals 2005; Lai, Vals, Kiivet 2005; Lai 2006; Lai jt 2009), milles on haiguste mõju väljendatud haigestumusest ja suremusest tingitud eluaastate kaotuse (DALY) kaudu.

Järgnevates alapeatükkides kirjeldatakse esmalt uuringu meetodit ja andmeallikaid, antakse ülevaade autoimmuunsete liigesepõletike all kannatavast patsientkonnast ning esitatakse kuluhinnangud kulukohtade lõikes. Peatüki kokkuvõtvas osas esitatakse kuluhinnangute koondülevaade.

4.1. Meetod

Uuringu raames hinnati autoimmuunsetest liigesepõletikest põhjustatud haiguskulu (ingl *cost of illness*) töörealisel elanikkonnal Eestis. Töö fookuses oli neli kroonilise kuluga autoimmuunset liigesepõletikku: reumatoidartriit (RHK-10 koodid: M05, M06), psoriaatiline artropaatia (RHK-10 koodid M07.0–3), juveniilne idiopaatiline artriit (RHK-10 kood M08) ja anküloseeriv spondüliit (RHK-10 kood M45). Kuludena arvestati kalendriaastal 2010 töörealiste elanike (16-62-aastased) haigestumisest tingitud otsest ja kaudset kulu, mittemateriaalset kulu ei arvestatud. Kulu hindamisel kasutati alt-üles lähenemist (v.a meditsiiniliste abivahendite kulu hindamisel).

Otsese kuluna hõlmati uuringus:

- arstiabikulu – üld- ja eriarstiabikulu, mida kandsid Haigekassa ja autoimmuunsete liigesepõletikega inimesed;
- ravimikulu – tava- ja soodusravimite kulu, mida kandsid Haigekassa ja autoimmuunsete liigesepõletikega inimesed;
- taastusravikulu – kulu taastusravile, mida kandsid Haigekassa, SKA ja autoimmuunsete liigesepõletikega inimesed;

- abivahendite kulu – meditsiiniliste ja tehniliste abivahendite kulu, mida kandsid Haigekassa, riik läbi maavalitsuste ning autoimmuunsete liigesepõletikega inimesed;
- töövõimetushüvitiste kulu – haigushüvitiste kulu, mida kandsid Haigekassa ja tööandjad autoimmuunsete liigesepõletikega seotud ajutise töövabastuse tõttu, ning kulu autoimmuunsete liigesepõletikega inimeste töövõimetuspensionile, mida kandis SKA;
- sotsiaaltoetuste kulu – SKA makstud toetused inimestele, kellel oli tuvastatud puue autoimmuunse liigesepõletikuga seotult ning puudega inimeste hooldajatele makstud hooldajatoetus kohalikest omavalitsustest;
- luu- ja liigete toitainete kulu – autoimmuunsete liigesepõletikega inimeste kulu luid ja liigeseid tugevdavatele toitainetele;
- transpordikulu – autoimmuunsete liigesepõletikega inimeste tervishoiu ja rehabilitatsiooniteenuste kasutamisega seotud kulu ühis- ja eratranspordile.

Kaudse kulu hindamisel võeti aluseks inimkapitali meetod, kulu arvestamisel kasutati referentsväärtusena töötasu, kulugruppidena hõlmati:

- autoimmuunsesse liigesepõletikku haigestunute töövõime kahanemise ja kaotuse tõttu haigestunud teenimata jäänud palgatulu;
- autoimmuunsesse liigesepõletikku haigestunute töövõime kahanemise ja kaotuse ning autoimmuunsete liigesepõletikega seotud surmade tõttu teenimata töötasudelt riigil saamata jäänud sotsiaal- ja tulumaksutulu ning töötuskindlustuse maksed.

Kulu arvestamise mehhanisme ja aluseeldusi kirjeldatakse detailselt kuluhinnangute alapeatükis iga kulugrupi lõikes. Ebatüüpilisena võrreldes mujal maailmas läbiviidud uuringutega esitatakse kuluhinnangud neid üksikute diagnoosirühmade lõikes eristamata – kuna autoimmuunsete liigesepõletike raviprintsiibid ja haiguse mõju patsiendile on sarnased, ei ole poliitikavalikute langetamise seisukohalt nimetatud eristus oluline.

4.2. Andmeallikad

Kulu hindamisel kasutati töös alljärgnevat andmeallikaid.

1) Haigekassa administreeritav ravikindlustuse andmekogu, mida Haigekassa kasutab ravikindlustushüvitiste võimaldamisel. Kuluhinnangute koostamisel olid aluseks:

- Haigekassa edastatud väljavõtte Haigekassale tasumiseks esitatud 2010. aastal algavatest nende isikute raviarvetest¹, kellel kalendriaasta jooksul oli vähemalt üks raviarve, kus põhi- või kõrvaldiagnos oli üks käesoleva töö keskmes olevaist diagnoosidest;
- Haigekassa edastatud väljavõtte ülal mainitud isikute 2010. aastal algavatest töövõimetuslehtedest;
- Haigekassa kodulehelt kättesaadavad koondandmed 2010. aastal väljaostetud soodusravimitest toimeainete lõikes;

¹ Väljavõttes sisalduvad lisaks eriarstide esitatud arvetele ka need perearsti raviarved, millel kajastuvad tasulised uuringufondi teenused.

2) SKA administreeritav riiklik pensionikindlustuse register (ja sellega seotud andmekogud), mida SKA kasutab rahaliste hüvitiste maksmiseks ning rehabilitatsiooniteenuste võimaldamisel. Kuluhinnangute koostamisel olid aluseks:

- SKA edastatud andmestik, mis sisaldab andmeid isikutest, kes taotlesid 2005.–2010. aastal töövõimetus ekspertiisi ning kelle esitatud ekspertiisitaotlusele märgitud põhidiagnoos oli üks töö fookuse olevaist liigesepõletike diagnoosidest, ja neile määratud pensionidest;
- SKA edastatud andmestik, mis sisaldab andmeid isikutest, kes taotlesid 2005.–2010. aastal puude ekspertiisi ning kelle esitatud ekspertiisitaotlusele märgitud põhidiagnoos oli üks töö fookuse olevaist liigesepõletike diagnoosidest, ja neile määratud puuetega inimeste toetustest ning hüvitatud rehabilitatsiooniteenustest.

3) Krooniliste reumatoloogiliste haigete küsitluse (KRHK 2006) avaldatud tulemused (Hääl 2007).

4.3. Uuringu subjektid

Alt-üles lähenemisest tulenevalt oli paljude kulugruppide puhul hinnangute esitamiseks sisendina vajalik autoimmuunsete liigesepõletike all kannatavate tööealiste isikute arv. Patsientide arvestusliku arvu lähteallikana kasutati ravikindlustuse andmekogus kajastuvaid Haigekassale tasumiseks esitatud raviarvete andmeid. Autoimmuunsete liigesepõletike all kannatavate tööealiste isikutena käsitleti kõiki isikuid, kellele raviteenuste osutamise eest on 2010. aastal väljastatud Haigekassale tasumiseks raviarve, millele on põhi- või kõrvaldiagnoosina märgitud üks käesoleva töö fookuses olevatest diagnoosidest.

TABEL 1. LIIGESEPÕLETIKU DIAGNOOSIGA PATSIENDID HAIGEKASSALE EDASTATUD 2010. A ALGAVATEL RAVIARVETEL RAVIARVE KOOSTAJA JA DIAGNOOSI JÄRGI*

Diagnoos	Põhidiagnoosina				Vaid kõrvaldiagnoosina Arstid/õed kokku	Kokku
	Reumatoloog või pediaater	Muu eriarst	Perearst	Õde		
RA/JIA	6 977	1 552	2 608	35	1 298	9 508
PsA	841	128	262	0	161	1 124
AS	556	159	243	6	149	848
Kokku	8 267	1 821	3 101	41	1 536	11 241

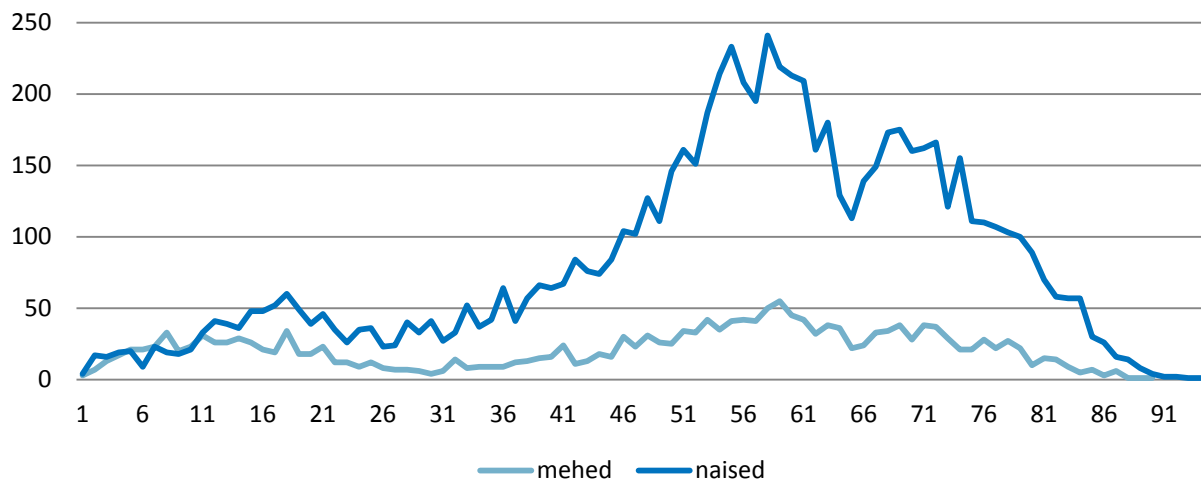
* Erinevad tervishoiuteenuse pakkujad võivad isiku eest kalendriaasta jooksul esitada mitu raviarvet, millel isik võib kajastuda erinevate diagnoosidega; seetõttu ei lange veergude ja ridade summad kokku 'kokku' summaga.

RA/JIA – reumatoidartriit või juveniilne idiopaatiline artriit, PsA – psoriaartriit, AS – anküloseeriv spondüliit

Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Eesti Reumatoloogide Seltsi poolt välja töötatud ja Haigekassa poolt heaks kiidetud reumatoidartriidi ravijuhendi kohaselt (Peets 2003) peavad kõik reumatoloogi poolt diagnoositud patsiendid külastama reumatoloogi mitte harvem kui kaks korda aastas. Ravijuhendis olev juhised rakendub eelduslikult ka psoriaatilise artriidi ja anküloseeriva spondüliidi patsientidele. Eeldusest lähtudes peaks iga liigesepõletiku all kannatava isiku eest Haigekassale laekuma liigesepõletiku diagnoosiga seotult igal kalendriaastal vähemalt 2 raviarvet.

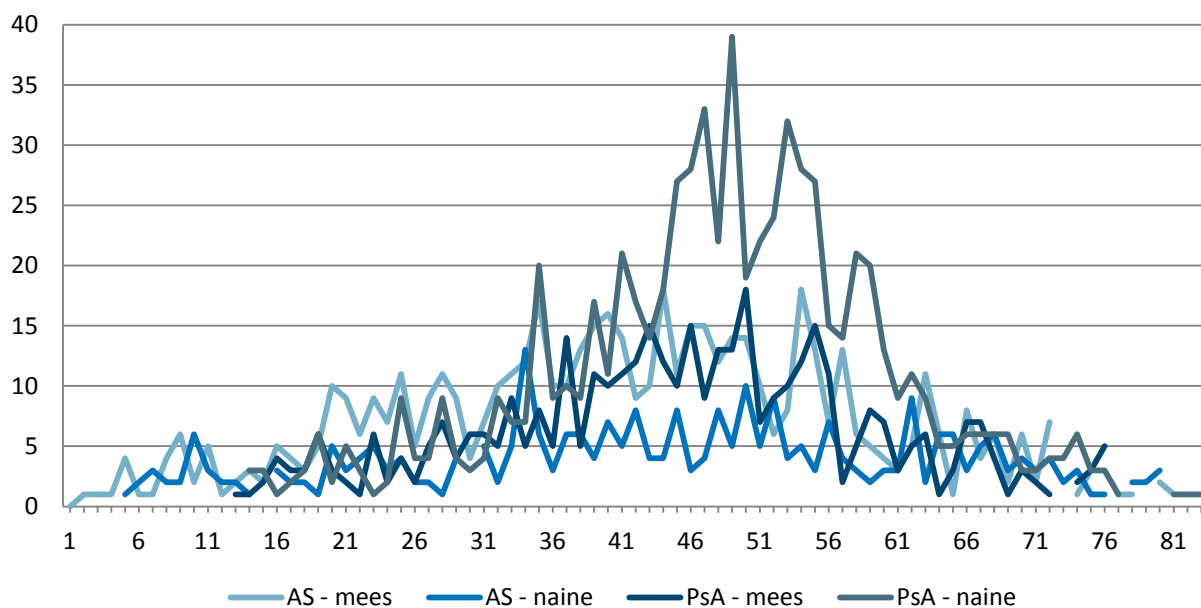
JOONIS.2. REUMATOIDARTRIIDI JA JUVENIILSE IDIOPAATILISE ARTRIIDI DIAGNOOSIGA PATSIENTIDE SOO- JA VANUSJAOTUS 2010. A. ALGAVATE RAVIARVETE PÕHJAL (HORISONTAALTELJEL VANUS, VERTIKAALTELJEL ISIKUTE ARV)



Allikas: Haigekassa

Isikuid, kelle kohta oli ravikindlustuse andmekogus vähemalt üks töö fookuses oleva diagnoosiga 2010. aastal algav raviarve, oli 11 241 (vt tabel 1), neist tööealisi oli 7001 (M: 1784 , N: 5217). Reumatoidartriidi või juveniilse artriidi diagnoosi kohta oli märke 9508 isikul, neist alla 16-aastaseid 682 (53% tüdrukud), tööealisi, s.o 16-62 aastaseid 5467 (81,1% naised), pensioniealisi 3359 (83% naised). Patsientide soost ja vanusest diagnoosi järgi annab ülevaate joonis 2.

JOONIS.3. ANKÜLOSEERIVA SPONDÜLIIDI (AS) JA PSORIARTRIIDI (PSA) PATSIENTIDE SOO- JA VANUSJAOTUS 2010 A. ALGAVATE RAVIARVETE PÕHJAL (HORISONTAALTELJEL VANUS, VERTIKAALTELJEL ISIKUTE ARV)



Allikas: Haigekassa

Psoriaatilise artriidi diagnoos oli märgitud 1124 isiku (63% naised) raviarvele, neist tööealisi patsiente oli 902. Anküloseeriva spondüliidi diagnoosiga isikuid oli raviarvete andmekogus 848 (34% naised), neist tööealisi 650. Psoriaatilise artriidi ja anküloseeriva spondüliidi patsientide arvust soo ja vanuse järgi annab ülevaate joonis 3.

Isikuid, kelle eest oli edastatud raviarveid, mille diagnoosid rühmitusid mitmesse eelpool loetletud diagnoosigrupi, oli 236. Suhestades andmestike põhjal saadud patsientide arvu arvestusliku rahvaarvuga, ilmneb, et reumatoidartriidi ja psoriaatilise artriidi puhul on suhtarvud kooskõlas teaduslikes publikatsioonides esitatud levimuse vahemikega (vt ptk 2.2).

Anküloseeriva spondüliidi diagnoosiga isikute suhtarv (vt tabel 2) on oluliselt väiksem, kui on märgitud varem avaldatud publikatsioonides. On alust eeldada, et anküloseeriva spondüliidiga patsientide suhteliselt väikese arvu taga on oluline aladiagnoosimine. Arvestades varasemate Eesti-kesksete uurimuste tulemusi, on võimalik, et reumatoidartriidi patsientide arvu on seotud selle ülediagnoosimine teiste autoimmuunsete liigesepõletike, kuid ka teiste reumaatiliste haiguste arvelt.

TABEL.2. REUMATOIDARTRIIDI (RA), PSORIAATILISE ARTRIIDI (PSA) JA ANKÜLOSEERIVA SPONDÜLIIDI (AS) PATSIENDID JA AUTOIMMUUNSE LIIGESPÕLETIKU DIAGNOOSIGA ALLA 16-AASTASED ISIKUD (JIA) 2010. AASTAL ALGAVATE RAVIARVETE PÕHJAL.

Diagnoosi-rühm*	Patsientide arv**	Patsiente 1000 samas vanuses elaniku kohta***
RA	8 826	8,00
PsA	1 122	1,02
AS	811	0,73
JIA	721	3,30

*RA, PsA ja AS patsientide arv hõlmab vastava diagnoosiga isikuid alates 16. eluaastast; kõik alla 16-aastased, kellel on diagnoositud mõni töö fookuses olev liigesepõletik, on tinglikult arvestatud diagnoosigrupi JIA alla. **Mitme liigesepõletiku diagnoosiga patsiendid on jagatud reumatoloogi poolt langetatud hiliseima diagnoosi alusel vastavasse diagnoosigrupi. ***Kasutatud on Statistikaameti 2010. a arvestuslikku rändega korrigeeritud aastakeskmist rahvaarvu.

Allikad: Haigekassa, Statistikaamet; autorite arvutused

Liigesepõletiku diagnoosiga laste suhtarv on enam kui kolm korda suurem, kui tüüpiline juveniilse artriidi levimus varasemates töödes. Liigesepõletike kõrge esinemissageduse lapseas on osaliselt seletatav kõrge haigestumusega lapseas liigesepõletikesse viimastel aastatel – alates 2005. aastast on juveniilse idiopaatilise artriidi haigestumus olnud keskmiselt 197 uut juhtu aastas (Pruunsild 2010).

Töö autorite hinnangul peegeldab autoimmuunse liigesepõletiku diagnoosi kandvatel raviarvetel kajastuvate 16-62-aastaste isikute arv (7001) tõepäraselt 2010. aastal tegelikult liigesepõletike all kannatanud tööealiste inimeste hulka. Tööle seatud eesmärgist tulenevalt – olla abivahendiks poliitikakujundajatele – käesolevas töös kuluhinnanguid üksikdiagnooside lõikes ei eristata ja autoimmuunseid liigesepõletikke käsitletakse tulemuste esitlemisel ühtse diagnoosigrupina.

4.4. Kuluhinnangud

Kulu arvestamise mehhanisme ja aluseeldusi kirjeldatakse detailselt alljärgnevalt iga hinnatud kulugrupi lõikes. Kuigi 2010. aastal kehtis Eestis kroon, on kõik summad konverteeritud eurodesse, jagades krooni-summad läbi arvuga 15,6466. Kuluhinnangud esitatakse tuhande euro täpsusega.

4.4.1. Arstiabikulu

Arstiabikuluna käsitleti uuringus Haigekassa kulu eriarstiabile ja üldarstiabile ning patsiendi kulu eriarstiabile. Arstiabikulu hindamisel oli kesksel kohal ravikindlustuse andmekogust tehtud väljavõtte nende isikute kalendriaasta jooksul algavate Haigekassale tasumiseks esitatud raviarvete kohta, kelle eest tervishoiuteenuse pakkuja oli edastanud vähemalt ühe kalendriaasta jooksul algava raviarve, kus põhi- või kõrvaldiagnoos oli üks käesoleva töö keskmes olevaist diagnoosidest. Väljavõtte sisaldas 39 902 raviarvet kogusummas 7 020 753 eurot. Raviarveid, mille algamisel oli isik vanuses 16-62 (7001 vastavas vanuses isikut), oli 24 943 kogusummas 4 710 810 eurot.

ERARSTIABI KULU

Lähteandmed. Haigekassa tasutud raviarveid analüüsiti diagnooside ja teenuste lõikes: iga väljavõttes kajastuva põhidiagnoosi (883) ning raviteenuse (720) kohta langetati otsus selle võimaliku seotuse kohta liigesepõletikega. Diagnooside ja teenuste asjakohasuse hindamisel osales kaks Praxise töötajat, neist üks arstiharidusega.

Haigekassa eriarstiabikulu hulka kaasati automaatselt kõikide autoimmuunse liigesepõletiku diagnoosi põhidiagnoosina kandvate raviarvete kulud, mille kõik teenused olid eelnevalt hinnatud autoimmuunsete liigesepõletike ravis asjakohasteks raviteenusteks. Juhtudel, kus raviarve põhidiagnoos oli hinnatud autoimmuunsete liigesepõletikega mitteseotuks, kuid teenused olid hinnatud asjakohaseks, või teenused olid esmalt hinnatud mitteasjakohaseks, kuid põhidiagnoos oli töö fookuses olev diagnoos, langetati iga esinenud kombinatsiooni puhul eraldi otsus kulu autoimmuunsete liigesepõletikega seotuse kohta (analüüsides mitmetel juhtudel üksikisikute kõiki raviarveid). Eriarstiabi raviarvetel kajastuvat taastusraviteenuste kulu ning väljavõttes sisaldunud perearstide edastatud tulemustasu süsteemiga seotud raviarvete kulu ei käsitletud eriarstiabikuluna vaid see hõlmati vastavalt taastusravi ja üldarstiabi kulugruppidesse.

Patsiendi omaosaluskuluna arvestati visiiditasu ambulatoorsetel eriarstiabi ravijuhtudel² ning voodipäevatasu statsionaarsetel ravijuhtudel. Ravijuhtudena, mille raames toimus eelduslikult visiiditasu maksmine, käsitleti kõiki asjakohase diagnoosiga raviarveid, mis sisaldasid teenust *eriarsti esmane vastuvõtt* (7538 arvet) või *eriarsti koduvisiit* (9 arvet). Visiiditasu arvestusliku maksumuseks võeti 3,2 eurot ehk maksimaalne tasu, mida tervishoiuteenuse osutajal oli lubatud 2010. aastal patsiendilt esmase eriarsti visiidi eest küsida. 33,8 % juhtudest (autoimmuunse liigesepõletiku diagnoosiga töövõimetuspensionäride osakaal tööealistest autoimmuunse liigesepõletiku diagnoosiga patsientidest) eeldati, et visiiditasu maksumus oli pool visiiditasu tavapärasest määra, s.o 1,6 eurot.

Patsiendi makstud voodipäevatasu arvestamisel võeti aluseks kõik statsionaarsed ravijuhud (v.a päevaravi ja intensiivravi); eeldati, et voodipäevatasu küsiti patsientidelt kõikidel juhtudel vastavalt

² Ravijuhuna käsitletakse raviteenuste kogumit, mille kohta on Haigekassale hüvitamiseks esitatud üks raviarve.

juhu pikkusele esimesest kümnenda päevani maksimaalse 2010. aastal lubatud voodipäevatasu määraga 1,6 eurot.

Tulemused. Haigekassa autoimmuunsete liigesepõletikega seonduv kulu tööealiste isikute eriarstiabile oli 2010. aastal 4,026 miljonit eurot (vt tabel 3). Enamus Haigekassa kulust on seotud keskostu teenusena hangitavate bioloogiliste ravimitega, millele kulus kalendriaastal 3,110 miljonit eurot, moodustades eriarstiabi kogukulust üle ¾ (teine keskostu teenusena liigesepõletikuga patsientidele võimaldatud teenus on ravi erütropoetiiniga) (vt tabel 4).

TABEL.3. HAIGEKASSA KULU AUTOIMMUUNSETE LIIGESPÕLETIKEGA SEOTUD ERIARSTIABILE 2010. AASTAL

Teenuse liik	Kulu, tuhat eurot	Osakaal, %	Isikuid
Keskostuteenused	3114	77,3	317
Ambulatoorne	434	10,8	5557
Hooldus	3	0,1	3
Päevaravi	26	0,6	111
Statsionaarne	449	11,2	514
Kokku	4026	100	5645

Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

TABEL.4. ERIARSTIABI TEENUSEID KASUTANUD AUTOIMMUUNSETE LIIGESPÕLETIKEGA PATSIENDID JA HAIGEKASSA AUTOIMMUUNSETE LIIGESPÕLETIKEGA SEOTUD TEENUSEKULU 2010. AASTAL

Kulugrupp	Teenust saanud patsiente	Kulu, tuhat eurot	Kulu patsiendi kohta, eurot
Bioloogiline ravi	313	3110	9937
Kirurgiline sekkumine, sh proteesimine	82	95	1164
Uuringud	4028	289	72
Muu eriarstiabi (va taastusravi)	5634	531	94
Eriarstiabi kokku	5645	4026	713

Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Patsientide tasutud eriarsti visiititasude arvestuslik kulu 7547 eriarsti visiidi eest oli 20 tuhat eurot. Patsientide arvestuslik kulu voodipäevatasudele oli kuus tuhat eurot 1127 juhu raames kokku 4001 omaosalust sisaldanud voodipäeva eest.

ÜLDARSTIABI KULU

Lähteandmed. Haigekassa autoimmuunsete liigesepõletikega seonduva üldarstiabi kulu hindamisel võeti aluseks Haigekassa 2010. a majandusaasta aruandes (2011a) esitatud üldarstiabi kogukulude ja visiitide koguarvu põhjal arvatud ravijuhi keskmine maksumus (10,75 eurot). Hinnangute esitamisel lähtuti konservatiivsest eeldusest, et raviarvete andmekogus kajastuvad 16-62 aastaste liigesepõletiku diagnoosiga inimeste (7001) keskmine perearsti külastamise sagedus kalendriaastas haigusega seotult on samaväärne perearsti külastanud isikute keskmise perearsti külastuste arvuga 2010. aastal (5,0); eelduse valikul võeti arvesse järgmised asjaolud:

- 1) vastavalt reumatoidartriidi ravijuhendile – eelduslikult on selles kajastuvad raviprintsiibid laiendatavad psoriaatilise artriidi ja anküloseeriva spondüliidi ravile (vt nt Tammaru 2010) – peaks haiguse aktiivsust perioodiliselt monitoorima; laboratoorsed uuringud, mida tuleks läbi viia iga 2-3 kuu järel, kuuluvad tüüpiliselt perearsti kompetentsi;
- 2) autoimmuunsete liigesepõletike ravi eeldab enamasti regulaarset retseptiravimite tarvitamist, vastavalt kehtivale ravimite väljakirjutamise korrale ei tohi retseptiravimeid kirjutada välja kauemaks kui kahe- kuni kolmekuuliseks raviks. Seega on patsientidel vajalik pöörduda medikamentoosse ravi jätkamiseks vähemalt kord kvartalis oma raviarsti poole, kelleks teatud ravimite puhul võib olla tema perearst³;
- 3) lähiriikide kogemusest lähtudes esineb autoimmuunsete liigesepõletikega patsientidel lühi- ja pikaajalist töövõimetust enamasti sagedamini kui üldpopulatsioonil (vt Dadoniene jt 2003); töövõimetuse tõendamiseks oma tööandjale ning haigushüvitise saamiseks tööandjalt ja Haigekassalt vajab töösuhtes olev isik töövõimetuslehte, mille väljastab pere- või eriarst pärast haige läbivaatust. Uuringuks edastatud haiguslehtede väljavõtte kohaselt väljastasid perearstid 2010. aastal haigestumise põhjusega töövõimetuslehte 1494-le autoimmuunse liigesepõletiku diagnoosiga isikule;
- 4) perioodil 1999-2003 külastas reumaatilise haigusega patsient perearsti keskmiselt 5,9 korda aastas, ilma sidekoehaigusega inimene vastavalt 3,0 korda aastas (Kallikorm ja Tender 2004).

Üldarstiabi kulu hulka arvati ka kulu perearstide uuringufondist rahastatud uuringutele, mis on käsitletavad liigesepõletike ravis asjakohastena.

Tulemused. Haigekassa arvestuslik kulu autoimmuunsete liigesepõletikega tööealiste patsientide üldarstiabile oli 2010. aastal arvestuslikult 421 tuhat eurot, sellest 376 tuhat eurot osakaaluna perearsti pearahast ning 45 tuhat eurot perearsti uuringufondist.

4.4.2. Ravimikulu

Lähteandmed. Ravimikuluna käsitleti Haigekassa ja patsiendi kulu soodusravimitele 2010. aastal ning patsiendi kulu mitte-soodusravimitele⁴. Soodusravimite kuluhinnangute aluseks olid Haigekassa kodulehel kättesaadavad väljaostetud soodusravimite kalendriaastapõhised ülevaated, mis sisaldavad infot Haigekassa kulu ja patsientide omaosaluse kohta diagnooside, toimeainete ja ravimite lõikes.

Autoimmuunsete liigesepõletike ravis kasutatavatest ravimitest on 75% ja 90% soodusmääraga haiguse kulgu mõjutavad ravimid (asatiopiin, hüdroksüklorokviin, leflunomiid, metrotreksaat, sulfasalasiin, tsüklosporiin) ning põletikuravimid (mittesteroidsed valu ja põletiku ravimid diklofenak, indometatsiin, ibuprofen ning glükokortikosteroidid metüülprednisoloon ja prednisoloon). 2010. aastal oli autoimmuunsete liigesepõletike diagnoosiga seotult väljaostetud 75 või 90% soodusmääraga retsepte kõigi 11 toimeainega.

75% soodusmääraga ravimite kulust kaasati arvestusse kõigi töö fookuses olevaid diagnoose kandvate retseptide kulu. Asjakohase kulu arvestamisel 90% soodusmääraga autoimmuunsete liigesepõletike

³ Mitmete liigesepõletike ravis kasutatavate baasravimite puhul on patsiendil soodsam lasta ravim välja kirjutada reumatoloogil – nt metrotreksaadi, tsüklosporiini jt puhul rakendub siis soodusmäär 75% või 90% (viimane rakendub pensionäride puhul), kuid perearsti väljakirjutatuna on Haigekassa võimaldatav soodustus vaid 50%.

⁴ Kulu bioloogilistele ravimitele sisaldub Haigekassa hinnakirjas raviteenusena, mistõttu kajastub see kulu alapeatükis 4.4.1.

ravimite kulust lähtuti tööeliste inimeste arvestuslikust osakaalust (36%) autoimmuunsete liigesepõletikega patsientidest, kel on õigus 90% ravimisoodustusele – vastavalt 2010. aastal kehtinud korrale rakendati 75% soodusmäära asemel soodusmäära 90% töövõimetuspensionäridele, 4-16-aastastele lastele, vanaduspensionäridele ja üle 63-aastastele inimestele.

50% soodusmääraga ravimikulu hindamisel võeti aluseks nende retseptide kulu, millel oleval toimeained olid samad, mis asjakohastena käsitlevatel 75% ja 90% soodusmääraga retseptidel. 50% soodusmääraga ravimite kulude puhul otsustati osakaal, mille ulatuses on ravimikulu seotud autoimmuunsete liigesepõletike raviga, iga toimeaine lõikes eraldi, analüüsid iga toimeaine võimalikku kasutust muude haiguste ravimisel. Hinnangutes kasutatud eelduste valikul konsulteeriti eelnevalt tegevreumatoloogidega. Koondhinnangu kujundamisel arvestati tööeliste patsientide osakaalu patsientide koguhulgast.

Tööeliste inimeste autoimmuunsete liigesepõletikega seotud käsimüügiravimite kulu hindamisel kasutati sisendandmetena KRHK 2006 avaldatud tulemusi (Hääl 2007), mida korrigeeriti tervishoiu kaubagrupi tarbijahindade harmoneeritud indeksiga.

Tulemused. Arvestuslik autoimmuunsete liigesepõletikega seostatav ravimikulu moodustas 2010. aastal 1,677 miljonit eurot, sealjuures kandis 70,4% koormusest patsient ja 29,6% Haigekassa. Retseptiravimite osakaal kogukuludes oli ligi 57,7%, käsimüügiravimite osa 42,3% (vt tabel 5). Kuna autoimmuunsete liigesepõletikega patsientide retseptiravimikulu keskmine omaosalus on oluliselt väiksem täiendava ravimihüvitise taotlemiseks vajalikust aastasest kogukulust, Haigekassa võimalikku kulu täiendavale ravimihüvitisele ei arvatatud.

TABEL 5. AUTOIMMUUNSETE LIIGESEPÕLETIKE RAVIGA SEOTUD RAVIMITE KULU KANDJATI 2010. A, TUHAT EURO

Kulu tüüp	Haigekassa	Patsient	Kokku
90% soodustusega liigesepõletike ravimid	231	46	278
75% soodustusega liigesepõletike ravimid	125	56	180
50% soodustusega ravimid (sh gastroproteksioon)	141	368	509
Käsimüügiravimid	0	710	710
Kokku	497	1 180	1 677

Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

4.4.3. Taastusravikulu

Taastusravikulu alla hõlmati uuringus Haigekassa kulu taastusraviteenusele, SKA kulu rehabilitatsiooniteenuse raames rahastatud taastusraviteenustele ning patsiendi kulu taastusraviteenuste omaosalusele, sanatoorsele taastusravile ning liigesepõletike korral näidustatud tervisesportlikele tegevustele.

Lähteandmed. Haigekassa kulu hindamisel võeti aluseks ravikulu alaosas kirjeldatud raviarvete väljavõttes sisalduvate asjakohaste diagnoosidega raviarvetel kajastuvate taastusraviteenuste kogukulu. SKA edastatud rehabilitatsiooniteenuse kasutuse väljavõttes kajastus väljavõtte ülesehitusest tulenevalt vaid kulu rehabilitatsiooniteenustele, mille puhul langesid nii otsus teenuse osutamise (või rehabilitatsioonitoetuse maksmise) kohta kui ka teenuse hüvitamine mõlemad 2010. aastasse. Märge taastusravikulu kohta kajastus SKA andmestikus seetõttu vaid viie tööelise inimese puhul.

Patsiendi tasutud taastusravi kulu hindamisel kasutati sisendandmetena KRHK 2006 avaldatud tulemusi (Hääl 2007). Nimetatud uuringus käsitleti taastusravikuludena kulutusi liikumisraviks (sh lihastreening), tasulisele massaažile, füüsilisele ravile (osokeriit-, savimähised, transkutaanne elektroneurostimulatsioon ehk TENS), vesiravile (vesivõimlemine, veealune massaaž, mineraalveevannid), mudaravile ning spordisaali ja basseini kasutamise tasudele. Uuringu kohaselt oli reumatoidartriidi haigete keskmine kulu taastusravile 2005. ja 2006. aastal kalendrikuus 5,12 eurot, spondüloartropaatiate patsientide kulu 7,76 eurot. Patsientide 2010. aasta kulu arvutamisel arvestati tarbijahinna indeksi muutust vahemikus 2005 kuni 2010.

Tulemused. Liigesepõletike patsientide taastusravi arvestuslik kogukulu 2010. aastal oli 659 tuhat eurot, 88,3% sellest ehk 569 tuhat eurot moodustas patsientide omaosaluskulu. Haigekassa kulu tervishoiuteenusena osutatud taastusravile oli 73 tuhat eurot, teenuseid võimaldati 772 isikule. SKA esitatud kulu liigesepõletike diagnoosiga puudega isikutele osutatud taastusraviteenustele oli kaks tuhat eurot.

4.4.4. Abivahendite kulu

Abivahendite kuluna käsitleti Haigekassa, maavalitsuste ja patsientide kulu meditsiinilistele ja tehnilistele abivahenditele, mis aitavad kahandada autoimmuunsete liigesepõletikega seonduvaid vaevusi, suurendada isiku tegevusvabadust ning säilitada liigeste tervist (nt ortoosid-proteesid, ratastoolid, kuid ka erimööbel, spetsiaaljalanõud, erimadratsid, -padjad).

Lähteandmed. Haigekassa autoimmuunsete liigesepõletikega seotud meditsiiniseadmete kulu arvestamisel võeti meditsiiniseadme hüvitamise tingimustest lähtudes aluseks konservatiivne eeldus, et nimetatud kulu kaasnes kõigi autoimmuunsete liigesepõletikega patsientidele osutatud asjakohase kirurgilise sekkumise korral (83 juhtumit) ning kulu juhtumi kohta oli samaväärne Haigekassa keskmise kuluga esmaste varajaste proteeside ja ortooside juhtumi kohta (125,2 eurot).

Maavalitsuste kulu hindamisel kasutati detailsete sisendandmete puudumise tõttu ülevalt-alla lähenemist, võttes aluseks 2008. aasta abivahendite turu kogumahu andmed (7 153 051 eurot, Ernst & Young 2010) ning autoimmuunsete liigesepõletikega puuetega isikute osakaal (2,61%) puudega isikute koguarvust 2010. aastal. Lähtuti eeldustest, et abivahendite turu kogumaht ei ole 2010. aastal võrreldes 2008. aastaga oluliselt muutunud ning liigesepõletike patsientidega seonduv kulu ei erine keskmisest puudega inimese kulust. Eeldati, et Haigekassa kulu ei sisaldu ülaltoodud puudega isikute osakaalu alusel arvutatud abivahendite kogukulus.

Autoimmuunsete liigesepõletike all kannatavate inimeste abivahendi kulu (nii meditsiiniliste ja tehniliste abivahendite omaosaluskulu, kuid ka inimeste kulu muudele abistavatele toodetele, mille muretsemisel riik ei toeta) hindamisel kasutati sisendandmetena KRHK 2006 avaldatud tulemusi (Hääl 2007). Selle järgi oli reumatoidartriidi haigete kuine kulu abivahendeile 2005. ja 2006. aastal keskmiselt 3,72 eurot, spondüloartropaatiate patsientide kulu kalendrikuus oli 2,99 eurot. Kulu arvestamisel arvestati tarbijahinna indeksi muutust aastatel 2005 kuni 2010. Eeldati, et nimetatud sisendi alusel arvutatud patsiendi abivahendikulud hõlmavad Haigekassa ja maavalitsuste osalusel muretsetud vahendite omaosaluskulu.

Tulemused. Liigesepõletikega soetud abivahendite arvestuslik kogukulu 2010. aastal oli 532 tuhat eurot, sellest 72,8% kandsid patsiendid, 25,2% maavalitsused ning 2% Haigekassa.

4.4.5. Töövõimetuskulu

Lähteandmed. Töövõimetuskuluna käsitletakse töös Haigekassa ja tööandjate vahetut kulu haigus- hüvitistele ning SKA kulu töövõimetuspensionidele.

Haigushüvitiste kulu hindamisel lähtuti Haigekassa väljastatud töövõimetuslehtede mikroandmestikust, mis sisaldas infot lehtede kohta, mis oli väljastatud isikutele, kelle eest tervishoiuteenuse osutajad olid Haigekassale kalendriaasta jooksul esitanud tasumiseks vähemalt ühe raviarve, millel oli põhi- või kaasuva diagnoosina märgitud mõni töö fookuses olev diagnoosidest. Haigekassa kuluna arvestati töövõimetuslehtede väljavõttes sisalduvate haigestumise põhjusega haiguslehtede alusel isikutele tehtud väljamaksete kogusummat. Tööandja kulu hindamiseks koondati ülalnimetatud haiguslehed juhtumiteks, tööandja kuluna käsitleti kõikide piisava kestusega haigusjuhtumite 4.-8. päeva. Kalendripäeva arvestusliku tuluna kasutati viimasel juhul Haigekassa hüvitatud lehtede põhjal arvutatud tuluandmeid. Lähtudes konsultatsioonidest kahe tegevreumatoloogiga käsitleti liigesepõletikega seotud haiguskuluna 90% liigesepõletike patsientide haigusjuhtumite kulust.

Püsiva töövõimetuse kulu hindamisel võeti aluseks SKA väljastatud mikroandmestik, milles sisaldus info asjakohaste töövõimetuse ekspertiiside (st ekspertiisitaotlusel oli põhidiagnoosiks üks töö fookuses olevaist diagnoosidest) ning määratud töövõimetuspensionide kohta.

Tulemused. Töövõimetusest tingitud otsene kulu oli 2010. aastal arvestuslikult 5,018 miljonit eurot. Ajutise töövõimetuse otsene kulu oli 571 tuhat eurot. Haigestumise tõttu oli kalendriaasta jooksul ajutiselt töövõimetud 1774 liigesepõletiku patsienti (2662 juhtu, kokku 71 031 haiguspäeva).

Liigesepõletikega seonduv töövõimetuspensionikulu oli 2010. aastal 4,448 miljonit eurot, 2010. aasta lõpus sai töövõimetuspensionile 2369 tööealist isikut (3,15% kõikidest töövõimetuspensionäridest), kellel oli liigesepõletiku tõttu tuvastatud püsiv töövõimetus. Keskmine töövõimetuspension kuus oli 165 eurot. Töövõimetuspensionile said 2010. aastal liigesepõletike tõttu esmakordselt õiguse 327 inimest, kellele määratud keskmine pension oli 143 eurot.

4.4.6. Sotsiaaltoetused

Lähteandmed. Sotsiaaltoetuste kuluna käsitleti SKA kulu puuetega inimeste toetustele ning kohalike omavalitsuste kulu puudega inimeste hooldajatoetustele. SKA kulu aluseks võeti ameti väljastatud mikroandmestik nende puudega isikute toetuste kohta, kellele oli puue määratud ühe töö fookuses oleva diagnoosi alusel (st diagnoos oli märgitud ekspertiisitaotlusel põhidiagnoosina). Kohalike omavalitsuste hooldajatoetuse kulude arvestamisel lähtuti eeldusest, et hooldamine toimus ja toetust maksti kõikide raske ja sügava puudega liigesepõletike patsientide puhul kõikidel kalendrikuudel. Hooldajatoetuse arvestuslikuks määraks võeti 31,96 eurot kalendrikuu kohta.

Tulemused. SKA maksis 2010. aastal puuetega inimeste sotsiaaltoetusi 1127 tööealisele isikule (so 16,1% tööealistest liigesepõletike patsientidest), kellele oli liigesepõletiku tekitatud tüsistuste tõttu määratud puude raskusaste, toetuste kogusumma oli 533 tuhat eurot. Keskmine määratud kuine toetus oli 42 eurot. Kohalike omavalitsuste arvestuslik kulu hooldajatoetusele oli 132 tuhat eurot).

4.4.7. Luu- ja liigese toitainete kulu

Lähteandmed. Autoimmuunsete liigesepõletike patsientide kasutatavate toidulisandite ja luu- ja liigese toitainete arvestuslik kulu arvutati osakaaluna patsientide ravimikulu omaosalusest; eeldati, et luu- ja liigese toitainete kulu suhe ($\frac{1}{4}$) ravimikulu omaosalusse oli 2010. aastal sama, mis 2005-2006. aastal (vt KRHK 2006; Hääl 2007). KRHK 2006 käsitles luu- ja liigesetoitainetena kaltsiumit, D-vitamiini,

multivitamiine, kalaõli, glükoosamiinsulfaati, kondroitiinsulfaati ehk toidulisandeid, mille tarvitamine on liigesepõletike korral näidustatud.

Tulemused. Liigesepõletike patsientide arvestuslik kulu toidulisanditele ja luu- ja liigete toitainetele oli 2010. aastal 295 tuhat eurot.

4.4.8. Transpordikulu

Lähteandmed. Asjakohase transpordikulu hulka arvestati töös liigesepõletikega haigete arstikülastuse ja taastusraviteenustel osalemisega seotud transpordikulu. Selle hindamisel võeti aluseks KRHK 2006 (Hääl 2007) avaldatud tulemused. Nimetatud uuringu kohaselt oli reumatoidartriidi haigete kuine kulu asjakohasele transpordile 2005. ja 2006. aastal kalendrikuus keskmiselt 2,32 eurot, spondüloartropaatiate patsientidel 1,19 eurot. Kulu arvestamisel arvestati tarbijahinna indeksi muutust aastatel 2005 kuni 2010.

Tulemused. Liigesepõletike patsientide arvestuslik haigusega seotud transpordikulu 2010. aastal oli 225 tuhat eurot.

4.4.9. Töövõimetusel ja surmadest tingitud kaudne kulu

Lähteandmed. Kaudse kuluna käsitletakse analüüsis liigesepõletikega seotud ajutise või püsiva töövõime kahanemise või selle kaotuse tõttu tinglikult saamata jäänud sissetulekuid ja maksutulu. Kaudse kulu hindamisel võrreldi 2010. aastal ajutise ja püsiva töövõimetusel tõttu tööturul eemal olnud või osakoormusega töötavate inimeste arvestuslikke sissetulekuid hüpoteetiliste sissetulekutega olukorras, kus nimetatud inimesed oleksid saanud kogu kalendriaasta vältel end tööturul rakendada ning teenida töötasu keskmise hõivatud isikuga samaväärselt.

Töövõime kahanemisest-kaotusest tingitud kulu hindamisel võeti aluseks administratiivsed andmed ajutise ja püsiva töövõimetusel skeemide kasutamise kohta. Ajutisest töövõimetusel tingitud kulu arvestamise aluseks võeti haiguslehtedega tõendatud asjakohaste haiguspäevade arv. Püsiva töövõimetusel kulu hindamisel kasutati – tulenevalt uuringu läbiviijate veendumusest, et püsiva töövõimetusel ekspertiisi alusel määratud töövõimetusel määr ei peegelda üheselt inimese tegelikku töövõimet (vt Praxis 2011) – järgmisi rangeid eeldusi:

- liigesepõletike all kannatavate isikutel, kellel on SKA tehtud ekspertiisi raames tuvastatud püsiv töövõimetus määraga 70-100%, puudus 2010. aastal töine tulu täielikult;
- 50-60% tuvastatud töövõime kaoga liigesepõletike all kannatavad isikud teenisid 2010. aastal keskmiselt 50% sama aasta keskmisest töötasust, nende hõive oli samaväärne keskmise tööealise elanikkona keskmise hõivega (s.o 62,7%) 2010. aastal;
- kuni 40% (k.a) tuvastatud töövõime kaoga liigesepõletike all kannatavate isikute hõive ja keskmine tulu ei erinenud 2010. a keskmisest hõivest ja tulust (s.o 792 eurot kalendrikuus).

Kaotatud maksutulu hindamisel eeldati, et kirjeldatud hüpoteetilise olukorra esinemisel oleks kõikidelt töötasudelt tasutud kõik maksud ja maksed 2010. aasta kehtinud määradega, s.o sotsiaalmaks määraga 33%, töötuskindlustusmaksed kokku määraga 4,2% ning tulumaks määraga 21% (võttes sealjuures arvesse tulumaksuvaba miinimumi arvestuslikult töötasult). Isiku nn sissetulekuna arvestatakse vaid sotsiaalkindlustussüsteemi poolt asendussissetulekutega katmata tuluosa, s.o summat, mille võrra inimese sissetulek oleks olnud suurem, kui ta oleks saanud töötada keskmise hõivatuga samaväärse koormusega ja samaväärse töötasu eest.

Autoimmuunsete liigesepõletikega seotud 2010. aastal toimunud surmadest tingitud kulu arvestamisel käsitleti kuluna vaid riigil saamata jäänud maksutulused, mida riik oleks saanud juhul kui inimene oleks olnud kogu kalendriaasta vältel elus ning teeninud selle vältel töist tulu samaväärselt keskmise hõivatuga.

Tulemused Töövõimekaost ja surmadest tingitud kaudne kulu oli 2010. aastal arvestuslikult 13, 688 miljonit eurot. Liigesepõletike all kannatavatel patsientidel jäi haigusest tingituna arvestuslikult saamata 6,347 miljoni euro ulatuses netotulu. Riik kaotas liigesepõletikest tingitud töövõime kahanemise ja kaotuse ning surmade tõttu aastas 7,341 miljonit euro eest maksutulused. Kaudsest kulust 87,4% oli tingitud püsivast töövõimetusest.

4.4.10. Haigusliku koondülevaade

Autoimmuunsete liigesepõletikega seotud arvestuslik kogukulu oli 2010. aastal 27,2 miljonit eurot, kaudne ja otsene kulu oli peaaegu võrdne (vt tabel 6 ja joonis 4). Kõige suurem kulu, so 68,7% oli tingitud töövõimetusest, teine domineeriv kulugrupp oli ravikulu (s.o arstiabi, ravimid ja taastusravi), mis hõlmas kogukulust 25%.

TABEL.6. AUTOIMMUUNSETE LIIGESEPÕLETIKEGA SEOTUD OTSENE JA KAUDNE KULU 2010. A, TUHAT EUROOT

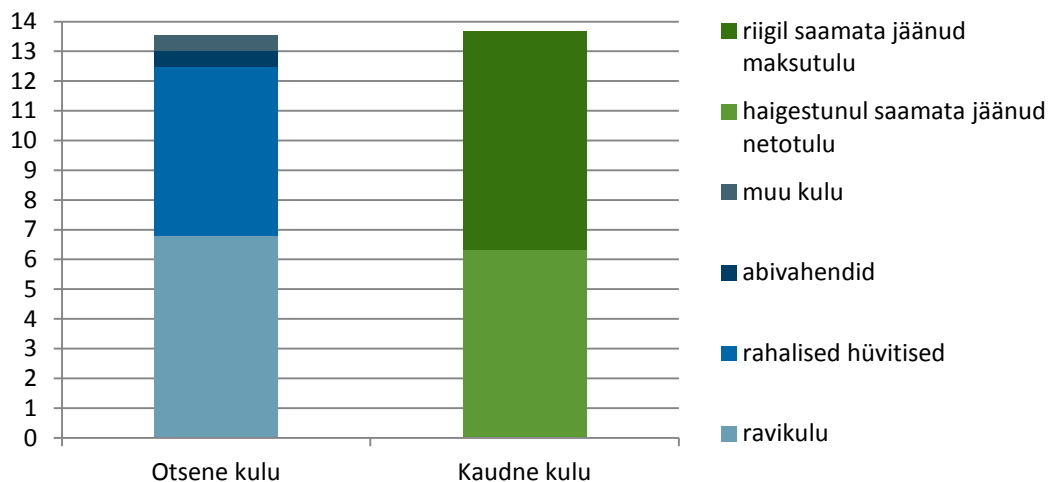
Kulu	Kokku	..sh riik*	sh patsient
Otsene kulu	13 531	10 738	2 683
Ravikulu	6 795	5 020	1 775
eriarstiabi	4 052	4 026	26
sh bioloogiline ravi	3 110	3 110	
sh visiiditasud	26		26
üldarstiabi	421	421	0
ravimid	1 677	497	1 180
taastusravi	644	75	569
Abivahendid	532	145	388
Töövõimetus	5 019	4 909	
ajutine töövõimetus**	571	461	
püsiv töövõimetus	4 448	4 448	
Sotsiaaltoetused	665	665	
puuetega inimeste toetused	533	533	
hooldajatoetus	132	132	
Luu- ja liigesetoitained	295		295
Transport	225		225
Kaudne kulu	13 688	7 340	6 347
Ajutine töövõimetus	1 713	849	864
Püsiv töövõimetus	11 959	6 476	5 483
Surmad	15	15	
Kulu kokku	27 218	18 078	9 030

* Riigi kulu alla on hõlmatud Haigekassa, SKA ja omavalitsuste kulu

**Ajutise töövõimetusena kaasneb otsene kulu ka tööandjale

Allikas: Praxis

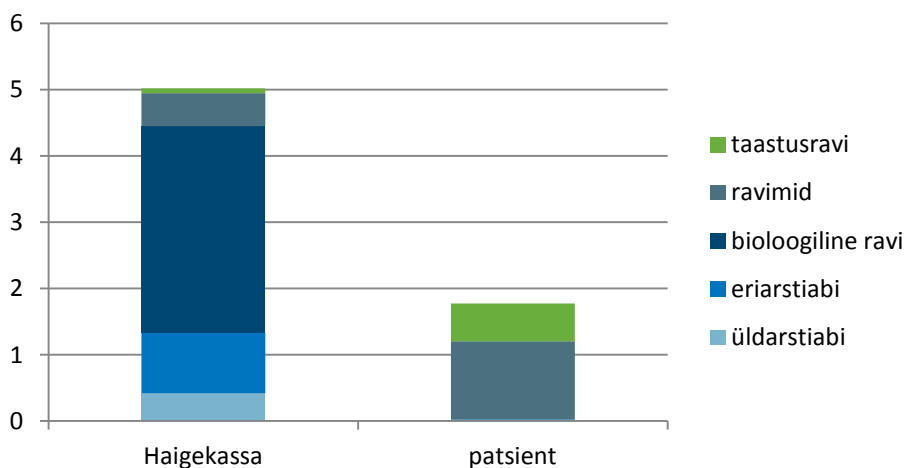
JOONIS.4. AUTOIMMUUNSETE LIIGESEPÕLETIKEGA KAASNENUD OTSENE JA KAUDNE KULU 2010, MILJON EUROOT



Allikas: Praxis

Ravikulu analüüsidest ilmneb, et Haigekassa suurim kulu on seotud bioloogilise ravi (62%), eriarstiabi (18%) ja ravimitega (9,9%), patsiendi kulus domineerivad ravimid (66,5%) ja taastusravi (32%) – äsjanimetatud kulugruppide puhul ületab patsientide kulu neile Haigekassa kulu (vt joonis 5).

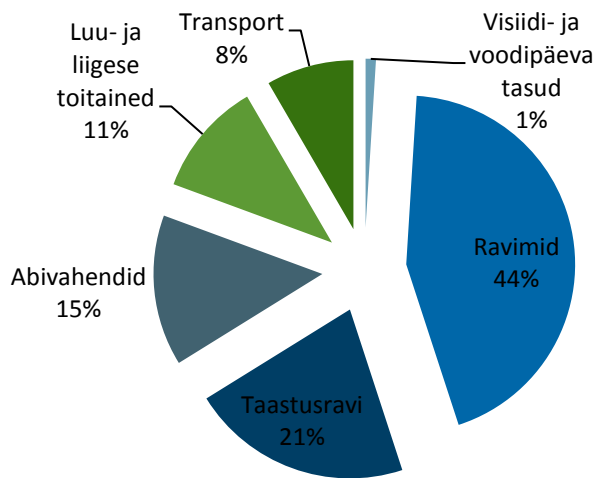
JOONIS.5. AUTOIMMUUNSETE LIIGESEPÕLETIKEGA SEOTUD RAVIKULU KULU KANDJATI 2010. A, MILJON EUROOT



Allikas: Praxis

Hinnanguliselt tegid autoimmuunsete liigesepõletikega patsiendid 2010. aastal haigusega seotult väljaminekuid kokku 2,7 miljoni euro eest, arvestuslik kulu ühe inimese kohta oli 383,22 eurot aastas. Patsiendi haigusega seotud kulutuste struktuurist annab ülevaate joonis 6.

JOONIS.6. AUTOIMMUUNSETE LIIGESPÕLETIKEGA PATSIENTIDE OTSENE KULU 2010. A



Allikas: Praxis

Peatükis kirjeldatud haiguskulu analüüs oli teadaolevalt esmakordne ühe haigusgrupi terviklik kulukäsitlus. Kuigi tuvastatud kulude absoluutväärtusi – eriti just kaudse kulu puhul – mõjutavad metodoloogilised valikud, loodavad töö autorid, et haigusega kaasneva kulu tõelähdaste suurusjärkude teadmisel on poliitikakujundajail võimalik langetada paremaid otsuseid kui infopuuduses.

Kvantitatiivse analüüsi metodoloogilised valikud ja sisendandmete nappus ei võimalda teha sisukaid järeldusi haiguskulu (selle struktuuri) seotuse kohta haiguse kestuse ja ägedusega; mujal tehtud uurimused on demonstreerinud autoimmuunsete liigesepõletike ägeduse olulist mõju kuludele (vt nt Lee jt 2012). Selline mõju hindamine jääb Eesti puhul edasist analüüsi vajavaks teemaks.

Arvestades autoimmuunsete liigesepõletikega seonduvat märkimisväärset töövõimetuse kulu, väärib küsimist, kas selline kulu on põhjendatud. Järgnevas kvalitatiivse analüüsi tulemustele keskendub peatükis kirjeldatakse võimalusi liigesepõletike majandusliku koormuse vähendamiseks, hoides fookuses suurimat koormuse põhjust – töövõimetust.

5. Majandusliku koormuse kahandamise võimalused kvalitatiivse analüüsi põhjal

Eelmises peatükis kirjeldatud uuringu tulemused näitavad, et autoimmuunsed liigesepõletikud põhjustavad tööealise elanikkonna hulgas kõige suuremat kulu seeläbi, et haigus pärsib tööelu. Osa haigestunutest langeb haiguse tõttu tööhõivest välja, osa on sunnitud kahandama oma töökoormust. Töötavatel inimestel põhjustab haigus ajutise töövõimetuse perioode. Teada on – eelmises peatükis kirjeldatud haiguskulu analüüs seda aspekti metodoloogilistest valikutest tulenevalt küll ei katnud –, et lisaks töölt puudumisele kaasneb arvestatav kulu autoimmuunsete liigesepõletike all kannatavate inimeste madalama töövõime tõttu (nt Braakman-Jansen jt 2012).

Kasutades kvantitatiivse analüüsi tulemusi ühe sisendina, viis Praxis läbi kvalitatiivse analüüsi, mille raames hinnati, tuginedes teaduskirjandusele, töö käigus peetud ekspertaruteludele (nt toimus 2011. aasta novembris liigesepõletike majandusliku koormuse teemal mõttehommik) ning intervjuudele patsientidega, kas Eesti tervishoiusüsteemi korraldus ja sotsiaalkaitse meetmed toetavad liigesepõletike ravi viisil, mis aitaks ennetada vältitavaid kulusid. Järeldustest lähtuvalt esitatakse käesolevas peatükis soovitusel, mis autorite hinnangul aitavad kahandada autoimmuunsete liigesepõletikega kaasnevat majanduslikku koormust ning luua liigesepõletikega patsientidele ning teistelegi kroonilistele haigetele paremad tingimused iseseisvaks ja täisväärtuslikuks eluks.

5.1. Ravi peab algama varakult, ravikäsitus peab olema terviklik

5.1.1. Haigust saab varakult märgata perearst

Autoimmuunsete liigesepõletike algamisel mõjutab inimese funktsionaalset võimekust kõige enam haiguse ägedus, haiguse hilisemas faasis aga liigesekahjustused (nt Welsing, van Riel 2004). Haiguse kulg on patsiendile ja tema funktsionaalsele toimetulekule soodsam, kui meditsiiniline sekkumine leiab aset vahetult pärast haigestumist ning patsient hakkab diagnoosimise järgselt saama koheselt efektiivset ravi (Pincus jt 2002; Puolakka jt 2005; Hyrich jt 2011).

Varase ravi alustamise vajadust on rõhutatud kõikide autoimmuunsete liigesepõletike puhul (Sieper, Rudwaleit 2005; Filipovic jt 2011; Anandarajah 2012). Kriitilisim on varane meditsiiniline sekkumine neist kõige laastavama, reumatoidartriidi puhul. Selle haiguse kulg on väga varieeruv, alguses kergekujulisest piiratud kuluga haigusest võib lühikese ajaga kujuneda raskeid püsivaid liigesekahjustusi põhjustav haigus (Young jt 2000). Reumatoidartriidi korral hinnatakse nn raviakna – periood, mille vältel ravi alustades on võimalik ennetada püsivate kahjustuste teket – kestuseks 12 nädalat arvates haiguse algamisest (nt Cush 2007). Tagades haiguse algamise järel kiire diagnoosimise ja alustades koheselt varase ja aktiivse raviga, on pöördumatu kahju tekkimist enamikel juhtudest võimalik kas vältida või oluliselt aeglustada (Filipovic jt 2011), tõenäolisem on ka ravi ühe peamise eesmärgi – remissiooni – saavutamine (Resman-Targoff, Cicero 2010).

Haigestumisel on patsiendi esmaseks kontaktiks Eesti tervishoiusüsteemis enamasti tema perearst. Täites süsteemis nn väravavahi rolli, teeb perearst esmase meditsiinilise otsuse iga tervisega seotud probleemi kohta, millega patsient tema poole pöördub (Perearsti tööjuhend § 2 lg 3). Oma pädevuse piires ravib ta lihtsamaid juhtumeid ning suunab vajadusel abivajaja edasi eriarstiabisüsteemi (ETA 2009-2015).

Perearsti teadlikkus liigesepõletikest võimaldab tal varakult suunata reumatoloogi vastuvõtule autoimmuunse liigesepõletikuga patsiendid ning jätta esmatasandile patsiendid, kelle korrektne diagnoosimine ja edukas ravi on võimalik ka perearstipraksises. Suutmatus õigeaegselt ära tunda autoimmuunse liigesepõletiku algamist võib oluliselt kahjustada patsiendi hilisemaid ravitulemusi. Suunates reumatoloogi juurde patsiente, kel liigesepõletikke ei ole, pikenevad ravijärjekorrad patsientide jaoks, kelle puhul on reumatoloogi vastuvõtt põhjendatud ja efektiivse ravi seisukohalt ülioluline. Aruteludes reumatoloogidega on esile tõstetud mõlemat äsja kirjeldatud probleemi.

Abistamaks perearste nende töös soovib Praxis Eesti Reumatoloogia Seltsil koostöös Haigekassa ja Eesti Perearstide Seltsiga **töötada välja perearstidele konkreetsed juhised selle kohta, kuidas tagada liigesepõletike õigeaegne avastamine**. Praktilised juhised toimimaks liigesepõletiku kahtluse korral adekvaatselt ning eristamaks edasisuunamist vajavad patsiendid seda mittevajavaist on perearstidele heaks eelduseks langetamaks ajasäästlikult otsuseid, mis on parimad nii patsiendi heaolu kui ka ravikindlustuse vahendite säästliku kasutuse perspektiivist.

5.1.2. Varajane ravi eeldab kiiret reumatoloogi vastuvõttu

Lähtudes Eesti Reumatoloogia Seltsi poolt väljatöötatud ravijuhendist (Peets 2003) on kiire raviga alustamise eelduseks liigesepõletiku haigustunnuste ilmnemisel võimalikult kiire ligipääs reumatoloogi vastuvõtule. Nimelt – kui haiguse sümptomaatilise ravi alustamine on perearsti pädevuses, siis ravi glükokortikosteroididega ja haigust modifitseerivate ravimitega alustab vastavalt ravijuhendile vaid reumatoloog (baasravimite retsepti väljakirjutamise õigus on siiski ka perearstil, kuid väiksema soodustusega kui reumatoloogi poolt välja kirjutatuna).

Haigekassa rahastamisel toimuv reumatoloogi vastuvõtt väljaspool tavapärasest ootejärjekorda autoimmuunse liigesepõletiku esmadiagnoosiks on Eestis tagatud vaid Ida-Tallinna Keskhaigla reumatoloogiakeskuses ning Tartu Ülikooli Sisekliinikus ja Lastekliinikus. Sealsetesse varajase artriidi kabinettidesse on võimalik perearstidel ja eriarstidel suunata patsiendid, kellel on esmane artriit kestnud vähem kui kolm kuud.

Mujal Eestis on kehtestatud korda järgides Haigekassa finantseeritav esmane reumatoloogikülastus võimalik vaid järjekordade alusel. Haigekassa nõukogu 06.03.2009 otsuse kohaselt on eriarsti, sh reumatoloogi ambulatoorse vastuvõtu lubatud ootejärjekord kuni 6 nädalat. 2012. aasta veebruari alguses jäi patsiendi ooteaeg reumatoloogi vastuvõtule väljaspool Tartut ja Tallinna asuvates teenuseosutajate juures vahemikku 0-75 päeva.

Olukorras, kus tervishoiuteenuste osutamise ja rahastamise korraldus ei taga kõikidele Eesti patsientidele kiiret ligipääsu reumatoloogi vastuvõtule autoimmuunse liigesepõletiku esmadiagnoosimiseks ega asjakohase ravi kiiret alustamist, ei pruugi ka edasine ravi tagada rahuldavat ravitulemust. Hilinev ravi võib ravikulu suurendada.

Praxis soovib Haigekassal ja Sotsiaalministeeriumil koostöös Eesti Reumatoloogia Seltsiga, Eesti Perearstide Seltsi ja teiste erialaseltsidega **muuta eriarstile suunamise korda viisil, mis võimaldaks kiiret esmadiagnoosi vajavatel patsientidel pääseda eriarsti vastuvõtule eelisjärjekorras kõikjal Eestis**.

Soovituse järgimiseks tasub kaaluda erinevaid võimalusi. Ühe innovaatilise lahendusena väärrib esile tõstmist näiteks Põhja-Eesti Regionaalhaiglas hetkel testimisel oleva digisaatekirjaga otsesuunamine⁵, mis võimaldab eriarstil otsustada digitaalselt edastatud meditsiinilise taustinfo abil patsiendi prioriteetsuse üle ning suunata ta kas vähese ooteajaga vastuvõtule, täiendavatele uuringutele, nn tavajärjekorda või piirduda e-konsultatsiooniga ja soovitada patsiendi jätmist esmatasandile seiramisele (vt med24 20.09.2011, 10.01.2012, 24.01.2012).

5.1.3. Bioloogilise ravi potentsiaal vajab täielikku rakendamist

Lähtudes reumatoidartriidi ravijuhendist (Peets 2003), alustatakse autoimmuunse liigesepõletiku diagnoosimise järel enamasti koheselt ravi haigust modifitseerivate ravimitega, vajadusel glükokortikosteroididega. Juhul kui rakendatud tavapärane ravi ei ole põletikku liigestes piisaval määral vähendanud, on arstil võimalik rakendada bioloogilisi ravimeid.

Haigekassa rahastab bioloogilist ravi Vabariigi Valitsuse määrusega kinnitatud Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus (edaspidi TTL) sätestatud tingimustel. Selle kalli ravi rahastamise eelduseks on haiguse kõrge aktiivsus ja varasem 3-6 kuud kestnud ravi tulemusetus või võimatus vähemalt 2-4 erineva haigust modifitseeriva ravimiga (tingimused sõltuvad konkreetsest diagnoosist).

Bioloogilise ravi rakendamise tulemusrikkust juhtudel, kus autoimmuunse liigesepõletikuga patsient ei ole reageerinud nn konventsionaalsele ravile, on demonstreerinud kümned erinevad uuringud, kiire ja püsiva sümptomite kahanemine ja haiguse aktiivsuse alanemise on aset leidnud kõikide töö fookuses olevate liigesepõletike korral, muutus on olnud oluline nii erinevate haiguse kestuste kui ka erinevate toimeainete korral (Burton jt 2005; Kourbeti, Boumpas 2005; Smith, Ahern 2006; Olivieri jt 2008).

Uuringuid, mis on piisava usaldusväärsusega näidanud bioloogilise ravi positiivset mõju töövõimetuse ennetamisele, napib. Juhtudel, kus bioloogilise ravi mõju inimeste töövõimele on uuritud, kuid tulemused on olnud tagasihoidlikud, on tulemusetust seostatud ravi osutamise tingimustega: kuna bioloogilist ravi on mujalgi maailmas rakendatud enamasti alles siis, kui konventsionaalne ravi ei ole soovitud ravitulemusi toonud, on aktiivne, muudele ravimitele allumatu põletik nii vaevuste kui ka kahjustuste tõttu avaldanud enamasti juba olulist negatiivset mõju inimese tööelule (Curtis, Singh 2011; Fautrel jt 2011).

Hallert, Husberg ja Skogh (2011) uurimuse kohaselt ennustab reumatoidartriidi puhul haiguse ägeduse kõrge aste võrreldes madalama haiguse aktiivsusega juba kolme-kuuse kestuse korral oluliselt kõrgemat ravikulu, suuremat vajadust kirurgilise sekkumise järele, pikemaajalist ajutist töövõimetust ning tõenäolisemat püsiva töövõimetuse kujunemist järgneva nelja aasta jooksul.

Reumatoidartriidi patsientidele, kellele on bioloogilist ravi võimaldatud haiguse väga varases faasis, on lisaks meditsiinilise seisundi olulisele ja kiirele paranemisele kahandanud sekkumine võrreldes ravi mittesaanutelega tõtturult väljalangevust ja haiguspäevade arvu (Breedveld 2011). On esitatud hüpotees, et bioloogiliste ravimite kasutamisel artriitide väga varases järgus võimaldab esile kutsutud säiliva remissiooni ilma püsivat bioloogilist ravi võimaldamata (nt Ichikawa, Yamanaka 2007; Sfikakis 2010).

Rakendades Eestis bioloogilist ravi alles viimase abinõuna, jääb rakendamata selle kalli ravi täielik potentsiaal. Aastal 2006, mil Eestis otsustati bioloogilise ravi rahastamine autoimmuunsete liigese-

⁵ 2012 veebruari seisuga on pilootprojekti kaasatud vaid uroloogia ja kardioloogia eriala vastuvõtud.

põletikega täiskasvanute ravis, olid piirangud – tingimused on põhiolemuselt püsivad muutumatult juba kuus aastat – sarnased mitmetes teistes riikides toona kehtinutega (vt nt Pham jt 2006) ja neid oli võimalik käsitleda toonasest parimast teadmistest lähtuvatena. Vähene teave ravimite pikaajalisest ohutusest toetas ravi algaastail samuti põhimõtet kasutada bioloogilisi ravimeid valikuist viimasena.

Mõnede toimeinete puhul on juba enam kui 10 aastat kasutust demonstreerinud ravi suhtelist ohutust võrreldes ravimata jäämise või ebatõhusa raviga. Kogunenud teadmiste valguses eksisteerib suur tõenäosus, et TTL-s sätestatud bioloogilise ravi osutamise tingimused ei lähtu enam ravikindlustatute huvidest. Potentsiaalselt inimeste töövõimet säilitava ja parandava ravi võimaldamine jäigalt üksnes patsientidele, kellele haigus on juba põhjustanud pöördumatut kahju, vajaks ravikindlustuse vahendite ratsionaalse kasutuse seisukohast ümber hindamist.

Eeltoodust tulenevalt soovitab Praxis Eesti Reumatoloogia Seltsil koostöös Haigekassaga **leida kiiresti jätkusuutlik lahendus bioloogilise ravi alustamise kriteeriumide järjepidevaks kohandamiseks rahvusvaheliselt tunnustatud kaasaegsete kliinilise praktika põhimõtetele autoimmuunsete liigesepõletike ravis.**

Paindlikum bioloogilise ravi alustamise kord piiratud rahastuse tingimustes tõstab oluliselt reumatoloogide vastutust seotud raviotsuste kaalutlemisel – reumatoloogide hinnangul saab bioloogilist ravi vaid ca 15% selle vajajatest (Peets 2011). Riski õigustamiseks tuleks seda kõrvutada kõrge haiguse aktiivsusega ja konventsionaalsele ravile mittereageerivate uute haigestunute ravivõimaluste olulise paranemisega, mis võimaldaks astuda olulise sammu autoimmuunsete liigesepõletikega seotud suure kaudse kulu kahandamise suunas.

5.1.4. Ravi tulemuslikkus vajab pidevat seiret

Liigesepõletike medikamentoosne ravi vajab pidevat tulemuslikkuse ja kõrvaltoimete seiret, eriti haiguse alguses ja haigust modifitseeriva ravi muutumise korral (Peets 2003). Süstemaatiline jälgimine võimaldab kahjulike kõrvaltoimete tekkimisel neile kiiresti reageerida, valitud ravi tulemusel korral saab seda varakult muuta. Ka siin on just patsiendi perearst see, kes reumatoloogi kõrval saab aktiivselt seirata ravi edukust.

Esmatasandi tervishoiu arengukavas aastateks 2009–2015 tuuakse samas probleemkohana välja, et perearstid ei ole sageli aktiivseks tegevuseks motiveeritud ja sisulisele sekkumisele oma pädevuse piires eelistatakse vahel põhjendamatult eriarstile edasisuunamist. Vajadust perearsti rolli tugevdamise järele raviprotsessi tulemuslikkuse hindamisel on nimetatud ka 2010. aastal valminud aruandes „Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks“ (Thomson jt 2010).

Motiveerimaks perearste kroonilisi haigusi paremini jälgima ja suurendamiseks ennetustegevuse kvaliteeti ja efektiivsust on Haigekassa rakendanud perearsti kvaliteedisüsteemi, mis tagab vabatahtliku kvaliteedisüsteemiga liitunud ja ette nähtud tegevuste osas nõutava hõlmatuse saavutanud perearstidele arvestatava suurusega tulemustasu maksmise. Süsteemis osales 2010. aastal 90% perearstidest, kellest 39% sai ka tulemustasu (Eesti Haigekassa 2011a). Kroonilistest haigustest on süsteemi hõlmatud diabeet ja hüpertoonia. Perearstipraktises on võimalik liigesepõletiku diagnoosimise järgselt teostada kõiki peamisi uuringuid, mis on vajalik ravi edukuse hindamiseks.

Praxis soovib Haigekassal koostöös Eesti Reumatoloogia Seltsi ja Eesti Perearstide Seltsiga **lülitada perearsti kvaliteedisüsteemi ka krooniliste liigesepõletike ravi seire.**

Sarnaselt krooniliste liigesepõletikega on mõistlik kaaluda kõikide olulisemate krooniliste haiguste järk-järgulist lisamist perearsti kvaliteedisüsteemi. Selle eelduseks on konkreetse haigusrühma puhul tervikliku haiguskäsitluse olemasolu kõigi osapoolte jaoks koos toetavate rahastamispõhimõtetega.

5.1.5. Taastusravi on liigesepõletike ravis lahutamatu osa

Haigekassa poolt heaks kiidetud reumatoidartriidi ravijuhendis (Peets 2003), milles sisalduvad printsiibid on rakendatavad teistegi autoimmuunsete liigesepõletike ravis, käsitletakse taastusravi raviprotsessi lahutamatu osana. Selle kohaselt suunatakse kõik reumatoidartriidi patsiendid taastusravile viivitamatult haiguse alguses ja hiljem 1–2 korda aastas. Taastusravi eesmärgid liigesepõletike korral on valu leevendamine; liigesefunktsiooni ja lihasjõu parandamine või säilitamine, väärasendite ennetus ja ravi, koduse liikumisravi õpetamine ja selle vajalikkuse selgitamine ning elukvaliteedi, töövõime ja toimetuleku parandamine.

Taastusravi võimaldamisel on oluline selle õigeaegsus ja süstemaatiline kordamine (nt Birkenfeld 2008), mõlemast tegurist sõltub patsiendi taastumise kiirus ja määr. Liigesekaitse alaseid nõuandeid, mida pakutakse tegevusteraapia teenuse raames, on vaja hakata rakendama kohe haiguse alguses (Laur 2008). Hilinenud taastusravi mõju inimese taastumisele väheneb oluliselt või puudub üldse (Riigikontroll 2006) ning võib mitmetel juhtudel jätta varasemad kõrge kuluga ravitegevused patsiendi funktsionaalsuse parandamiseks (nt endoproteesimine) soovitud tulemusteta ja suurendada hilisemat ravikulu ning tõsta puude kujunemise tõenäosust.

Peatükis 4 kirjeldatud haiguskulu analüüsi käigus selgus, et 2010. aastal sai Haigekassa rahastatavat taastusravi vaid 11% autoimmuunsete liigesepõletike diagnoosiga tööealistest isikutest. Kõrvutades tulemusi varasemate teemat käsitlenud analüüside tulemuste kontekstis, ilmneb, et Haigekassa poolt tasustava taastusravi madal kättesaadavus on süstemaatiline ja kauakestev probleem. Riigikontrolli taastusravi korralduse tõhususe analüüs (2006) tuvastas, et vaid 19% taastusravi vajajatest on seda saanud ning vaid pooled neist õigeaegselt. KRHK 2006 andmetel (Hääl 2007) ei olnud 85% reumaatilistest haigetest viimase 10 aasta jooksul taastusravi saanud.

Nii Haigekassa kui ka teenuse osutajate hinnangul on taastusravi vajadus oluliselt suurem kui ravikindlustuse rahalised võimalused ja teenusepakkujate võimsus (nt Riigikontroll 2006). Taastusravi piiratud kättesaadavus võib luua olukorra, kus haige abistamiseks on kasutatud hulk ressursi, kuid oodatud ravitulemus jääb kas olematuks või väga madalaks, sest sellele ei järgne adekvaatses mahus ja õigeaegselt osutatud taastusravi (Nurm jt 2009). Näiteks operatsiooni (sh endoproteesimise) järgselt on liikumisravigil edasisele paranemisele määrav tähtsus (Sooba 2008). Taastusravist ilmajäämine võib suurendada töövõimetuse ja puude tekkimise tõenäosust liigesepõletike all kannatavatel patsientidel.

Eesti taastusravi arstide poolt läbi viidud analüüs (Nurm jt 2009) juhtis tähelepanu, et taastusravi rahastamise tänane korraldus – Eesti Haigekassa ostab teenusepakkujailt taastusraviteenust juhtudepõhiselt, eristamata neid diagnooside lõikes – võib panna teenusepakkujaid eelistama raskeid ja kallima teenusehinnaga juhtusid (nt kesknärvisüsteemi kahjustusega patsientide ravi) kergematele. See võib aga märkimisväärselt kahandada intensiivset taastusravi mittevajavate liigesepõletikega patsientide taastusravi kättesaadavust.

Praxis soovib Haigekassa, Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Taastusravide Seltsi koostöös **töötada välja taastusravi rahastamise põhimõtted, mis lähtuvad krooniliste haiguste integreeritud ravi**

eesmärgist ning võimaldavad raviasutustele hüvitada taastusraviteenuse osutamist konkreetsete diagnoosirühmade alusel.

Olemasolevad ravijuhised, haigestumuse statistika üheskoos Haigekassa käsutuses olevate ravi-juhtude andmetega loovad head eeldused taastusravi juhtude prognoosimiseks diagnoosirühmade lõikes (nt Riigikontroll 2006). Loobumine senisest nn taastusravituru isereguleerumise printsiibist võib tõsta oluliselt vajadust taastusravi rahastamise suurendamise järele, mille kulutõhusus vajaks täiendavaid analüüse. Võttes arvesse taastusravi võimalikku positiivset mõju säilinud töövõimega inimeste produktiivsusele ja hõives püsimisele (vt *Ibid.*), on alust eeldada, et seeläbi paranev maksutulude laekumine aitab leevendada muudatusega Haigekassa eelarvele kaasnevat rahalist koormust.

5.2. Sotsiaalkaitse meetmed peavad ravi toetama ja rakenduma õigeaegselt

Mitmetes Eestis lähiminevikus teostatud analüüsid) on juhitud tähelepanu ravisüsteemi (vt Riigikontroll 2006; Nurm jt 2009) ja sotsiaalkaitse korralduse (vt Riigikontroll 2010; Veldre jt 2011; Praxis 2011) kitsaskohtadele, mis peegeldavad administratiivse mugavuse eelistamist inimesekeskele korraldusele.

Sellegi töö raames läbiviidud kvalitatiivne analüüs tuvastas, et mitmed meetmed, mis on loodud eesmärgiga aidata abivajajaid, rakenduvad kas liiga hilja või viisil, mis kahandavad meetmele seatud eesmärkide saavutamise tõenäosust. Järgnevates alapeatükkides võetakse vaatluse alla patsientide omaosaluse kahandamisel suunatud meetmeid, töövõimetuse ja rehabilitatsiooniga seotud sekkumised ning patsiendihariduse temaatika.

5.2.1. Omaosalus ei tohi takistada süsteemset ravi

Käesolevas aruandes kajastuv haiguskulu analüüs demonstreeris kooskõlas varasemate samalaadsete töödega, et autoimmuunsete liigesepõletikega kaasneb patsientidele märkimisväärne finantskoormus. Oma kroonilise seisundi tõttu vajavad haiged pidevat ravi, järjekindel ravi nõuab regulaarseid väljaminekuid, kulutusi nõuavad patsiendilt ravimid, taastusravi, abivahendid, luu- ja liigesetoitained ning transport.

Et kahandada inimeste omaosalust, rakendab riik mitmeid meetmeid. Nagu kirjeldatud põhjalikumalt aruande peatükis 1.4, hüvitab Haigekassa ravikindlustatutele paljude retseptiravimite ostul olulise osa ravimi hinnast. Kui enamike soodusravimite puhul piirdub soodustus 50%-ga, siis raskete ja krooniliste haiguste puhul rakendub 75 või 100%-line soodustus. Kui patsiendile on määratud töövõimetuspension, rakendub talle 75% soodustuse asemel soodustus 90 protsenti. Inimestele, kel on määratud puue, tekib õigus riigi abile abivahendite soetamisel, püsivate lisakulude korral on neil õigus saada riigilt igakuist toetust püsikulude (nt ravimite ja abivahendite omaosalus ning abivahendite hooldus) hüvitamiseks. Puude määramisega kaasneb inimestel õigus saada rehabilitatsiooniteenuse raames ka väga madala omaosalusega või omafinantseerimiseta taastusravi.

Meetmete rakendamise tähelepanelikumal analüüsimisel selgub rida põhimõttelisi probleeme. Nimelt on õigus 90%-lise määraga ravimihüvitisele defineeritud läbi õiguse teisele hüvitisele, s.o töövõimetuspensionile. Õigus riigi abile abivahendite, sh liigeseid säästvate ja töötamist toetavate vahendite hankimisel tekib inimesel alles siis kui tal on ekspertiisiga tuvastatud raskused või piiratus igapäevases tegutsemises või ühiskonnaelus osalemises (tööealistel) või regulaarne kõrvalabi vajadus

(lastel ja vanuritel). Autoimmuunsete liigesepõletike mõju arvesse võttes ei saa sellist korraldust lugeda kuidagi õnnestunuks: patsiendil tekivad püsikulud kohe medikamentoosse ravi alustamisel, säästmaks liigeseid kahjustuste eest ja vähendamaks valu, vajavad paljud patsiendid juba haiguse algusjärgus liigesetugesid, eriotstarbelisi jalanõusid ja muid erinevaid abivahendeid.

Hetkel, mil kirjeldatud abistavad meetmed ei ole veel rakendunud, võib kõrge omaosalus takistada nii retseptiravimite ostu, abivahendite muretsemist kui ka taastusravis osalemist. Võrk jt (2010) andmetel langes aastatel 2000–2007 Eestis 3% leibkondadest (s.o ca 15 000 leibkonda) pärast tervishoiuteenuste ja ravimite eest tasumist allapoole riiklikku absoluutset vaesuspiiri. 2011. a vastas 15% inimestest, keda küsitleti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi korraldatud küsitluse „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2011“ raames, et nad on jätnud viimase aasta jooksul välja ostmata retseptiravimeid seetõttu, et väljaostmine ei olnud rahaliselt võimalik.

Ravimi ostmata jäämisel rikutud saav ravirežiim või liigeseid kaitsvate tehniliste abivahendite soetamata jätmine rahalistel kaalutlustel võib halvendada patsiendi tervislikku olukorda. Pääsedes finantskaitsset parandavatele meetmetel ligi alles pärast olulise tervisekahju sündimist, jääb kasutamata nende meetmete tegelik eesmärk tagada kvaliteetse ravi ja tervist kaitsvate abivahendite kättesaadavuse kaudu inimeste tervise säilimine ja seeläbi nende iseseisev toimetulek ja maksimaalne töövõime.

Eelnevalt tulenevalt soovitab Praxis Sotsiaalministeeriumil ja Haigekassal **kaaluda kroonilistele haigetele senisest parema ligipääsu võimaldamist madala omaosalusega baasravimitele ja abivahendile vahetult haiguse diagnoosimise järel.**

Suurem ravimisoodustus üheskoos suurema ravitarbimisega suurendab tõenäoliselt Haigekassa kulu soodusravimitele ning kergem ligipääs abivahenditele tõenäoliselt ka riigieelarvekulu neile. Seetõttu vajaks konkreetse rakendusplaani kulutõhusus täiendavaid analüüse. Paranev ravi järjepidevus ja väiksem püsivate liigesekahjustustega inimeste hulk aitab tõenäoliselt kahandada suurt ravi- ja hüvitisekulu krooniliste haiguste hilisemas faasis ning toetada krooniliste haigete hõives püsimist ja suuremat tootlikkust.

5.2.2. Tööalane rehabilitatsioon peab algama enne töö kaotamist

Haigusega seotud tunnuste – ägedus, kestus, valu, väsimuse ja tüsistuste määr – kõrval mõjutavad krooniliste liigesepõletike all kannatavate inimese töövõimet oluliselt ka tööalased mõjurid: amet, töö iseloom, füüsilise aktiivsuse määr, autonoomsuse määr, tööandja hoiakud haiguse ja haigestunu suhtes (Filipovic jt 2011). Töötamise jätkamist soosivad kõrge autonoomia, paindlik tööaeg, töökeskkonna kohandamine ning kolleegide ja ülemuste sotsiaalne toetus (nt Detaille jt 2003). Hõivest lahkumine haiguse tõttu on tõenäolisem väiksema haridustasemega ja vanemas eas inimeste seas ning füüsiliselt nõudlike tööde puhul (Sokka 2003). On leitud, et reumatoidartriidi patsientide puhul on rohkem füüsilist aktiivsust nõudev töö töövõimetuse kujunemisel sama oluline tegur kui haiguse aktiivsus (Filipovic jt 2011).

Viis, kuidas tööandja kohandab Eestis töökorraldust või töökohta töötaja haigestumisel kroonilisse liigesepõletikku, on tööandja ja töötaja vahelise kokkuleppe küsimus. Töölepingu seadus (§ 88 lõige 1 punkt 2) sedastab, et kui töötaja ei tule seniste tööülesannete täitmisega enam toime, ei tohi tööandja vähenenud töövõimega töötajat enne töölt vabastada, kui ta on pakkunud töötajale teist tööd ning korraldanud vajadusel töötaja täiendusõppe, kohandanud töökohta või muutnud töötaja töötingimusi – seda kõike eeldusel, et muudatused ei põhjusta tööandjale ebaproportsionaalselt suuri

kulusid ning teise töö pakkumist võib asjaolusid arvestades mõistlikult eeldada. Sätte mõju praktikas ei ole selle lühiajalist kestusest tulenevalt veel hinnatud.

Kroonilisest haigusest tingitud ajutise iseloomuga töövõimetus perioodidel ning arvestatava ägeduse, kestuse ja tüsistustega haiguse korral, mis võib avaldada inimese töövõimele püsivat mõju, rakenduvad suhteliselt lihtsa ligipääsuga sissetulekuriski maandavad haigushüvitis ja töövõimetus-pension. Erinevalt paljudest teistest Euroopa Liidu ja OECD riikidest ei ole Eestis töövõimetus hüvitamine seotud rehabilitatsioonitegevustega. (Praxis 2011, Karu jt 2012)

Enamikule Töötukassa administreeritavatele aktiivsetele tööturumeetmetele tekib inimesele õigus siis, kui tema töösuhe on lõppenud ning ta saab end töötuna arvele võtta. SKA administreeritavale riiklikult rahastatavale rehabilitatsiooniteenusele, mille eesmärkidena käsitleb sotsiaalhoolekande seadus isiku iseseisvat toimetuleku soodustamist, sotsiaalset integratsiooni ning töötamist ja tööle asumist, on õigus üksnes isikutel, kellele on määratud või kes taotlevad puude määramist – s.o vaid isikuil, kelle takistused-piirangud igapäevases tegutsemises või ühiskonnaelus osalemisel (lastel ja vanemaealistel kõrvalabi vajadus) on selle tuvastamiseks mõnda aega kestnud (erandliku grupina on teenusele õigus ka tööealistel psüühilise erivajadusega inimestel, kel on tuvastatud töövõime kaotus vähemalt 40%). Rehabilitatsiooniprotsessi käimalükkamiseks peab isik ise initsiatiivi üles näitama.

Passiivne, töölepinguseaduse sättele lootvat (vt sotsiaalministri vastust Riigikontrolli soovitusel luua programm töövõime kaotanud isikute tööalaseks rehabilitatsiooniks; Riigikontroll 2010) rahaliste hüvitiste maksmise kesket töövõimetus süsteemi ei saa käsitleda kooskõlas olevaks mitmetes kesketes riiklikes dokumentides töötamise olulisust nii puuetega inimeste sotsialiseerimisel kui ka vaesuse ennetamisel rõhutavate dokumentidega (nt Sotsiaalministeerium 2006; Laste ja perede arengukava 2012-2020). Rakendades rehabilitatsioonitegevusi alles raskete juhtumite puhul (mida peegeldab piiratus igapäevases tegevuses) ja pärast töösuhte katkemist, võib inimeste tööle reintegreerimine osutada äärmiselt kulukaks ja vähem tulemusrikkaks, kui see oleks võimalik töövõimetus varases faasis (vt nt OECD 2010).

Praxis soovib Sotsiaalministeeriumil koostöös sotsiaalpartneritega **välja töötada reformikava töövõimetus korral rakenduvate meetmete tasakaalustatud süsteemi loomiseks, kus töötaja on motiveeritud jätkama võimetekohaselt töötamist ka kroonilise haiguse korral, tööandja on huvitatud püsiva tervisehäirega töötajale vajalike töötingimuste loomisest ning riiklikult on tagatud toetussüsteem tervisehäirega töötaja tööalaseks rehabilitatsiooniks, mis rakendub vahetult olulise terviseprobleemi tekkimise järel.**

Isiku tööle naasmisele suunatud sekkumised juba haigushüvitise saamise perioodil mõjutavad oluliselt haigushüvitise kulusid ning tõenäosust siirduda invaliidsuspensiooni skeemile (vt nt OECD 2010). Juba täna laekub tervishoiuteenuste osutajatelt Haigekassasse operatiivselt informatsioon, mis võimaldab hinnata pikaajalise töövõimetus kujunemise tõenäosust ning toetavate teenuste vajadust.

Teadaolevalt on käesoleva aruande valmimise ajaks asunud Sotsiaalministeerium asunud töövõimetus-süsteemi aluseid üle vaatama, lähtudes eelpool kirjeldatud probleemidest. Siinkohal tuleks esile tõsta, et reformikavade välja töötamisel ei tohiks tähelepanuta jääda tõsiasi, et hoolimata töövõimetus-pensioni määramise aluste probleemisusest (vt põhjalikumalt analüüsi Karu jt 2012), on selle näol tegu väga olulise krooniliste haigete omaosalust kahandava meetmega. Uurimuse ettevalmistavas faasis intervjueritud krooniliste artriitidega seotult töövõimetus-pensioni saavad täistööajaga töötavate inimesed ei käsitlenud töövõimetus-pensioni asendussissetulekuna (millena käsitlevad seda enamasti poliitikud ja ametnikud) vaid pigem riigi rahalise abina, millele inimesel tekib

õigus tema haiguse tõttu, mitte suutmatus tõttu normaalkoormusega töötada. Psoriaatilise artriidi patsiendi sedastatuna:

„Igal juhul päästab meid palju ära, kui on töövõimetus pension. Et muidu me ei käiks ilmselt kuskil [taastusravis] ja ega me ei jõuaks ilmselt rohtu ka välja osta. /---/ See on suur abi.“

Muutes püsiva töövõimetus hüvitise võimaldamise aluseid, tuleks eelnevalt põhjalikult analüüsida töötavate kroonilistest haigetest töövõimetus pensionäride finantskaitset uuenevais tingimustes. Ligipääsu kahandamine püsiva töövõimetus hüvitisele võib krooniliste haigete finantskaitse säilitamiseks võib eelnevalt vajalik olla eelpool soovitatud krooniliste haigete omaosalust leevendavate lahenduste juurutamine.

5.2.3. Patsiendiharidus toetab ravitulemuste saavutamist

Lähtudes haiguse võimalikust vaegusi põhjustavast ja elukvaliteeti langetavast mõjust, on autoimmuunsete liigesepõletike ravis olulisel kohal psühholoogiline ja sotsiaalne toetus. Toetus on tarvilik nii diagnoosi aktsepteerimisel ja diagnoosijärgsel toimetulekul kui ka kogu haiguse vältel, eriti haiguse mõju suurenedes (March jt 2009).

Et haiguse mõju kahandada, vajab patsient sihipärast harimist oma haigusest, selle ravist, ravi kõrvalmõjudest, ravi katkestamise riskidest. Tõhusad patsientide ravisoostumust parandavad sammud on arvestatavaks eelduseks hilisemate kõrgete ravikulude ennetamisel. Eestis kannavad patsientide teadlikkuse tõstmisel oluliselt rolli patsiendiorganisatsioonid – läbi infojagamise ja eeskostetegevuste on neil võimalik abistada patsiente võtma raviprotsessis aktiivne roll, muuta nende käitumisi ning parandada ravisoostumust (WHO 2005).

Analüüsides patsiendiorganisatsioonide (nt Eesti Reumaliidu, Eesti Psoriaasi Liit, Eesti Osteoporoosi Liidu) tegevust ja rahastust viimastel aastatel, ilmneb, et oluline osa patsientide harimisega seotud tegevustest on toimunud projektipõhiselt. Tegevuste rahastus sõltub projektide eestvedajate suutlikkusest kaitsta oma piiratud ajalise kestusega projekti rahastaja ees, võisteldes seejuures tihtipeale rahastuse pärast teiste patsiendiorganisatsioonidega. Kuigi luu- ja liigesehaigustega patsientide eestkostekoostööorganisaatsioonidel on lähiminevikust ette näidata edukaid patsientidele suunatud teavituspunkte (näiteks korraldas Eesti Reumaliit 2010-2011 aastal koostöös Sotsiaalministeeriumiga Euroopa Sotsiaalfondi rahastusel patsientidele 43 teabe- ja koolituspäeva), kaasneb projektipõhise patsiendihariduse korraldusega oht, et juhuslike tegurid mõjutavad teavitustegevuste süsteemsust.

Praxis soovib Haigekassal ja Sotsiaalministeeriumil koostöös patsientide eeskoste organisatsioonide ja Haigekassaga **välja töötada patsiendihariduse regulaarse ja sihtotstarbelise rahastamise mehhanism, mis toetab nii uute patsientide süsteemset harimist kui ka pikaajaliste patsientide toimetulekut ja iseseisvust toetavaid programme.**

Kasutatud kirjandus

- Anandarajah, A. (2012) Imaging in Psoriatic Arthritis. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*. Published online 01.02.2012.
- Beukelman, T., Patkar, N.M., Saag, K.G., Tolleson-Rinehart, S., Cron, R.Q., DeWitt, E.M., Ilowite, N.T., Kimura, Y., Laxer, R.M., Lovell, D.J., Martini, A., Rabinovich, C.A., Ruperto, N. (2011). 2011 American College of Rheumatology Recommendations for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Initiation and Safety Monitoring of Therapeutic Agents for the Treatment of Arthritis and Systemic Features. *Arthritis Care & Research*, 63, 4: 465–482.
- Birkenfeld, R. (koostaja) (2008) Osteoartroosi ravijuhend Eestis. Eesti Reumatoloogia Selts, Tallinn.
- Braakman-Jansen, L.M., Taal, E., Kuper, I.H., van de Laar, M.A. (2012) Productivity loss due to absenteeism and presenteeism by different instruments in patients with RA and subjects without RA. *Rheumatology (Oxford)*, 51(2): 354-61.
- Braun, J., Sieper, J. (2010) Ankylosing spondylitis, other spondyloarthritides, and related conditions. – In *Oxford Textbook of Medicine, 5th Ed; Eds Warrell, D.A., Cox, T. M., Firth, J.D.* Oxford: Oxford University Press.
- Breedveld, F. (2011) The value of early intervention in RA—a window of opportunity. *Clinical Rheumatology*, 30 (Suppl 1): S33–S39.
- Brekke, M., Hjortdahl, P., Kvien, T.K. (2010) Self-efficacy and health status in rheumatoid arthritis: a two-year longitudinal observational study. *Rheumatology*, 40(4): 387-392.
- Burton, W., Morrison, A., Maclean, R., Ruderman, E. (2005) Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis. *Occupational Medicine*, 56: 18-27. Published online 11.11.2005.
- Clark, N.M. (2003) Management of chronic disease by patients. *Annual Review of Public Health*, 24: 289–313.
- Cooper, N.J. (2000). Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review. *Rheumatology*, 39: 28-33.
- Curtis, J.R., Singh, J.A. (2011) Use of biologics in rheumatoid arthritis: current and emerging paradigms of care. *Clinical Therapeutics*, 33(6): 679-707.
- Cush, J.J. (2007) Early rheumatoid arthritis: is there a window of opportunity? *The Journal of Rheumatology (Suppl)*, 80: 1-7.
- Dadoniene, J., Uhlig, T., Stropuviene, S., Venalis, A., Boonen, A., Kvien, T. (2003) Disease activity and health status in rheumatoid arthritis: a case-control comparison between Norway and Lithuania. *Annals of Rheumatic Diseases*, 62(3): 231–235.
- Detaille, S.I., Haafkens, J. A. &, van Dijk, F.J.H. (2003) What employees with rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and hearing loss need to cope at work. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29 (2): 134-142.

Eesti Haigekassa (2011a) Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2010. Kinnitatud Eesti Haigekassa nõukogu 15.04.2011 otsusega nr 7.

Eesti Haigekassa (2011b) Eesti Haigekassa arengukava 2012-2015. Kinnitatud Eesti Haigekassa nõukogu 29.12.2011 otsusega nr. 23.

Ehrenfeld, M. (2008) Spondyloarthropathies. In *Diagnostic Criteria in Autoimmune Diseases*, Eds Shoenfeld, Y. et al. Humana Press, Totowa, NJ.

Elmik, L., Männik, A. (2010) HIV-epideemia mõju Eesti majandusele ja tööandjatele. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

Ernst & Young (2010) Soodustingimustel müüdavate ja laenutatavate abivahendite eraldamise menetlemis skeemi analüüs.

ETA 2009-2015 = Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009-2015. Kinnitatud sotsiaalministri 05.02.2009 käskkirjaga nr 16.

Fautrel B, Verstappen SM, Boonen A. (2011). Economic consequences and potential benefits. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 25, 607-624.

Filipovic, I., Walker, D., Forster, F., Curry, A.S. (2011) Quantifying the economic burden of productivity loss in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 50(6): 1083-90.

Grumbach, K. (2003) Chronic Illness, Comorbidities, and the Need for Medical Generalism. *Annals of Family Medicine* 1: 4-7.

Haiguste loetelu, mille ravimiseks või kergendamiseks mõeldud ravim kantakse piirhinna või hinnakokkuleppe olemasolu korral ravimite loetellu soodustuse protsendiga 100 või 75. Vastu võetud Vabariigi Valitsuse 26.09.2002 määrusega nr 308, RT I 2002, 79, 474. Redaktsioon jõustunud 01.01.12, RT I, 21.12.2011, 12.

Hallert, E., Husberg, M., Skogh, T. (2011) 28-joint count disease activity score at 3 months after diagnosis of early rheumatoid arthritis is strongly associated with direct and indirect costs over the following 4 years: the Swedish TIRA project. *Rheumatology*, 50: 1259-1267.

Hääl, M.-L. (2007). Reumatoloogiliste haigete eluga toimetulek ja ravi kättesaadavus Eestis. Tallinn.

Hyrich, K.L., Watson, K.D., Lunt, M., Symmons, D.P.M. (2011) Changes in disease characteristics and response rates among patients in the United Kingdom starting anti-tumour necrosis factor therapy for rheumatoid arthritis between 2001 and 2008. *Rheumatology* 50(1): 117-123.

Ichikawa, N., Yamanaka, H. (2007) Maintenance therapy for rheumatoid arthritis after remission following successful treatment using biologics. *Nihon Rinsho*, 65(7):1293-1298. ABSTARCT.

Kallikorm, R. Tender, M. (2004) Rheumatic patients in primary and secondary care: differences in the structure of diagnoses and working load within a five-year period. *Croatian Medical Journal*, 45(5): 588-591.

Karu, M., Leetmaa, R., Masso, M., Turk, P., Veldre, V. (2012) Sotsiaalkaitse hüvitiste ja toetuste mõju töömotivatsioonile. Tallinn; Praxis [Käsikiri]

Kourbeti, I.S., Boumpas, D.T. (2005) Biological Therapies of autoimmune diseases. *Current Drug Targets. Inflammation & Allergy*, 4(1): 41-46.

Krol, B., Sanderman, R., Suurmeijer, T., Doeglas, D., Van Sonderen, E., Van Rijswijk, M., Van Leeuwen, M. Van den Heuvel, W. (1998) Early rheumatoid arthritis, personality and psychological status: A follow-up study. *Psychology & Health*, 13, 1: 35-48

Lai, T. (2006) Maakondlik haiguskoormus Eestis 2000 - 2003. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Lai, T., Habicht, J., Kiivet, R. (2009) Measuring burden of disease in Estonia to support public health policy. *European Journal of Public Health*, 19 (5): 541-547. ABSTRACT

Lai, T., Kallikorm, R., Salupere R., Kiivet R.-A. (2001) Patsientide hinnangud oma tervisele krooniliste haiguste korral. *Eesti Arst*, 80 (10): 450-455.

Lai, T., Köhler, K. (2009) Eesti rahvastiku tervisekaotus. Teemaleht. Sotsiaalministeeriumi toimetised nr 1/2009.

Lai, T., Vals, K., Kiivet, R. (2003) Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad ehk tervisekadu Eestis. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Lai, T., Vals, K., Kiivet, R. (2005) Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Laidmäe, V.-I., Leppik, L., Tulva, T. and Hääl, M.-L. (2009). Disease-related social and family life: people coping with rheumatoid arthritis in Estonia. *Critical Public Health*, 19(10): 87-105.

Laidmäe, V.-I., Tulva, T. (2008). Negative outcomes of the chronic disease: People with rheumatism in Estonia. *The Internet Journal of Rheumatology*, 4(2).

Larsen, P.D. (2012) Illness Behavior – In *Chronic Illness: Impact And Intervention*, 8th ed. Lubkin, I.M., Larsen, P.D. (eds); pp 23-45. Jones & Bartlett Learning.

Laste ja perede arengukava 2012-2020. Vastu võetud Vabariigi Valitsuse 20.10.2011 korraldusega nr 440.

Laur, P. (2008) Reumatoidartriit ja tegevusteraapia. Trükises: *Reumatoidartriit. Juhendmaterjal patsiendile*. Koostaja P. Tuvik. Eesti Reumatoloogia Selts.

Lee, T.J., Park, B.H., Son, H.K., Song, R., Shin, K.C., Lee E.B., Song Y.W. (2012) Cost of illness and quality of life of patients with rheumatoid arthritis in South Korea. *Value Health*;15(1 Suppl):S43-9. ABSTRACT

Madland, T.M., Apalset, E.M., Johannessen, A.E., Rossebö, B., Brun, J.G. (2005) Prevalence, disease manifestations, and treatment of psoriatic arthritis in Western Norway. *The Journal of Rheumatology*, 32 (10): 1918-1922. ABSTRACT

Maini, R. N. (2010) Rheumatoid arthritis. – In *Oxford Textbook of Medicine, 5th Ed; Eds Warrell, D.A., Cox, T. M., Firth, J.D.* Oxford: Oxford University Press.

March, L., Rada, J., Haesler, E., Jasper, A. et al. (2009) Early rheumatoid arthritis: a literature review of recent evidence. The Royal Australian College of General Practitioners.

- McIntosh, E. (1995) The cost of rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 35(8): 781-790.
- Med24 (20.09.2011) Diana Ingerainen: uus etapp saatekirjade arengus. Külastatud 21.02.2012.
- Med24 (10.01.2012) Tõnis Allik: aastaks 2015 kõik suunamised uue süsteemi järgi. Külastatud 21.02.2012.
- Med24 (24.01.2012) Perearstid: otsesuunamist on vaja. Külastatud 21.02.2012.
- Meesaar K., Põlluste K., Kallikorm R., Lember M. (2008) Cost of care of the patients with rheumatoid arthritis (RA) in Estonia. V Annual Meeting HTAi 2008. HTA in context. Book of abstracts. July 6-8, 2008.
- Menter, M.A. (2010) Psoriatic Arthritis. In *Psoriasis*. London; Manson Publishing Ltd.
- Metsna, V. (2008) Reumatoidartriidi kirurgiline ravi. Trükises: *Reumatoidartriit. Juhendmaterjal patsiendile*. Koostaja P. Tuvik. Eesti Reumatoloogia Selts.
- Nolte, E. & McKee, M. (2008) Caring for people with chronic conditions: an introduction. In *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective; pp 1-14*. McGraw-Hill, Open University Press.
- Nurm, D., Nikitina, A., Sooba, E., Nurm, M. (2009) Eesti Haigekassa poolt finantseeritud 2008. osutatud statsionaarse taastusravi analüüs.
- Olivieri, I., de Portu, S., Salvarani, C., Cauli, A., Lubrano, E., Spadaro, A., Cantini, F., Cutro, M.S., Mathieu, A., Matucci-Cerinic, M., Pappone, N., Punzi, L., Scarpa, R., Mantovani, L.G. (2008). The Psoriatic arthritis cost evaluation study: a cost-of-illness study on tumour necrosis factor inhibitors in psoriatic arthritis patients with inadequate response to conventional therapy. *Rheumatology*, 47: 1664-1670.
- OECD (2010) *Sickness, disability and work: Breaking the barriers*.
- Otsa, K., Tammaru, M., Vorobjov, S., Esko, M., Pärsik, E. (2009) The prevalence of rheumatoid arthritis (RA) in Harju County, Estonia. EULAR 2009, Copenhagen
- Otsa, K. (2009) Bioloogiline ravi – innovatsioon reumatoloogias. Infomaterjal.
- Peets, T. (koostaja) (2003) Reumatoidartriidi ravijuhend. Eesti Reumatoloogide Selts.
- Peets, T. (2008a) Reumatoloogiline abi ja ravikoostöö. Trükises: *Reumatoidartriit. Juhendmaterjal patsiendile*. Koostaja P. Tuvik. Eesti Reumatoloogia Selts.
- Peets, T. (2008b) Teised võimalused reumatoidartriidi raviks. Trükises: *Reumatoidartriit. Juhendmaterjal patsiendile*. Koostaja P. Tuvik. Eesti Reumatoloogia Selts.
- Peets, T. (2011) Reumaatilised haiged vajavad tänapäevast ravi. Ka Eestis. Ettekanne X reumafoorumil 28.10.2011
- Perearsti tööjuhend = Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend. Vastu võetud sotsiaalministri 06.01.2010 määrusega nr 2. RTL 2010, 3, 52

Pham, T., Guillemin, F., Claudepierre, P., Luc, M., Miceli-Richard, C., Fautrel, B., de Bandt, M., Breban, M., Goupille, P., Maillefert, J.F., Masson, C., Saraux, A., Schaeffer, T., Wendling, D., Mariette, X., Combe, B.; Club Rhumatismes et Inflammation (CRI); Société Française de Rhumatologie (SFR). (2006) TNF-alpha antagonist therapy in ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: recommendations of the French Society for Rheumatology. *Joint Bone Spine*, 73(5): 547-553

Pharm, A. R. B. (2008) Measurement of Costs. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91 (Suppl 2): S28-37

Pincus, T., Ferraccioli, G., Sokka, T. et al (2002) Evidence from clinical trials and long-term observational studies that disease-modifying anti-rheumatic drugs slow radiographic progression in rheumatoid arthritis: Updating a 1983 review. *Rheumatology*, 41: 1346-56.

Praxis 2011 = Poliitikauuringute Keskus Praxis (2011) Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused. Tallinn: Praxis.

Pruunsild, C. (2007) Juvenile idiopathic arthritis in children in Estonia. *Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis*, 133. Tartu Ülikooli kirjastus.

Pruunsild, C. (2010) Juveniilne idiopaatiline artriit – sage mitmepalgeline haigus. Ettekanne IX reumafoorumil. 29.10.2010.

Puolakka, K., Kautiainen, H., Möttönen, T., Hannonen, P., Korpela, M., Hakala, M., Järvinen, P., Ahonen, J., Forsberg, S. and Leirisalo-Repo, M. (2005) Early suppression of disease activity is essential for maintenance of work capacity in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: Five-year experience from the FIN-RACo trial. *Arthritis & Rheumatism*, 52: 36–41.

Põlluste, K., Kallikorm, R., Meiesaar, K., Lember, M. (2010). Reumatoidartriidihaigete rahulolu arstiabi kätte-saadavusega. *Eesti Arst*, 89(6): 389–399.

Raussi, E.-K. (2008) Reumatoidartriidi medikamentoosne ravi. Trükises: *Reumatoidartriit. Juhendmaterjal patsiendile*. Koostaja P. Tuvik. Eesti Reumatoloogia Selts.

Ravijärjekordade maksimumpikkused. Eesti Haigekassa nõukogu 06.03.2009 otsus nr 4.

Ravimiameti kodulehekülj www.ravimiamet.ee. Külastatud 01.02.2012.

Resman-Targoff, B.H., Cicero, M.P. (2010) Aggressive treatment of early rheumatoid arthritis: recognizing the window of opportunity and treating to target goals. *The American Journal of Managed Care*, 16(9 Suppl): S249-58.

Riigikontroll (2006) Taastusravi korralduse tõhusus. Kontrolliaruanne nr OSIII-2-6/06/91; 07.11.2006

Riigikontroll (2010) Riigi tegevus puuetega inimeste inimeste ja töövõimetuspensionäride toetamisel. Tallinn.

Sfikakis, P.P. (2010) The First Decade of Biologic TNF Antagonists in Clinical Practice: Lessons Learned, Unresolved Issues and Future Directions. *Current Directions in Autoimmunity*, 11: 180–210. Basel, Karger.

Shoenfeld, Y. *et al.* (eds.) (2008). *Diagnostic Criteria in Autoimmune Diseases*. Humana Press, Totowa, NJ.

Sieper, J., Rudwaleit, M. (2005) Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including pre-radiographic and radiographic forms) in primary care. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64: 659–663.

Silman, A.J., Hochberg, M.C. (2001). *Epidemiology of the rheumatic diseases*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.

Smith, M.D., Ahern, M.J. (2006) Pharmaceutical Benefits Scheme criteria for the use of tumour necrosis factor-alpha inhibitors in the treatment of ankylosing spondylitis in Australia: are they evidence based? *Internal Medicine Journal*, 36(2): 72-76.

Sokka, T. (2003). Work disability in early rheumatoid arthritis. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 21 (Suppl.31): S71-S74.

SoM kodulehekülg = Sotsiaalministeeriumi kodulehekülg. Külastatud 27.02.2012.

Sooba, E. (2008) Reumatoidartriidi taastusravi. Trükises: *Reumatoidartriit. Juhendmaterjal patsiendile*. Koostaja P. Tuvik. Eesti Reumatoloogia Selts.

Sooba, E. (2012) Märkused “Liigesepõletike haigus- ja majanduslik koormus Eestis” mustandversioonile. Avaldamata.

Sotsiaalministeerium (2006). Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse muutmise kontseptsioon.

Zhang, W., Anis, A.H. (2011) The economic burden of rheumatoid arthritis: beyond health care costs. *Clinical Rheumatology*, 30 (Suppl 1): S25-S32.

Zheltoukhova, K., Bevan, S. (2011) Töövõimeline Eesti? Luu- ja lihaskonna vaevused ning Eesti tööturg. The Work Foundation.

Tammaru, M. (2010) Prevalence assessment and clinical characterization of two rheumatic diseases, systemic lupus erythematosus and ankylosing spondylitis. Research application.

Tehniliste abivahendite taotlemise ja soodustingimustel eraldamise tingimused ja kord. Vastu võetud sotsiaalministri 14.12.2000 määrusega nr 79. Jõustumine 01.01.2001, redaktsioon jõustunud 01.04.2011.

TTA = Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Dialog/statfile2.asp> Külastatud 27.02.2012.

TTL = Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vastu võetud Vabariigi Valitsuse 20.12.2010 määrusega nr 159. Jõustumine 01.01.2012. RT I, 22.12.2011, 42.

Thomson, S., Vörk, A., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2010) Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Kopenhaagen, WHO Euroopa Regionaalbüroo

Tuvik, P. (2010) Anküloseeriv spondüliit. Krooniline lülisamba haigus. Infomaterjal patsientidele.

- Vals, K. (2005) Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis. Tartu: Tartu Ülikool
- Veldre, V., Laarmann, H., Aaviksoo, A., Uudelepp, A., Leppik, L. (2011) Eesti sotsiaalkaitse süsteemi korralduse efektiivsuse analüüs. Poliitikauuringute Keskus Praxis.
- Verstappen, S.M., Boonen, A., Verkleij, H., Bijlsma, W.J., Buskens, E., Jacobs, J.W.G. (2005) Productivity costs among patients with rheumatoid arthritis: the influence of methods and sources to value loss of productivity. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64: 1754–1760.
- Vörk, A., Habicht, J., Xu, K., Kutzin, J. (2010) Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia since 2000. Health Financing Policy Paper 2010/3. WHO Regional Office for Europe.
- Waddell, G., Aylward, M. (2010) Models of sickness and disability. Applied to common health problems. Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Ward, D.J. (1971) Rheumatoid Arthritis and Personality: A controlled study. *British Medical Journal*, 2: 297-299.
- Welsing, P.M.J., van Riel, P.L.C.M. (2004) The Nijmegen Inception Cohort of Early Rheumatoid Arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 31 Suppl 69: 14-21.
- WHO (2005) Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions.
- Woodrick, R.S., Ruderman, E.M. (2011) Safety of biologic therapy in rheumatoid arthritis. *Natural Reviews. Rheumatology*, 7, 639–652. Published online 11 October 2011.
- Woolf, A.D., Pfleger, B. (2003) Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (9).
- Yelin, E., Meenan, R., Nevitt, M., Epstein, W. (1980) Work disability in rheumatoid arthritis: effects of disease, social, and work factors. *Annals of Internal Medicine*, 93(4): 551-556.
- Yelin, E. (2007) Work disability in rheumatic diseases. *Current Opinion in Rheumatology*, 19 :91-96.
- Young, A., Dixey, J., Cox, N., Davis, P., Devlin, J. jt (2000). How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Results of five years of follow-up in 732 patients from the early RA study (ERAS). *Rheumatology*, 39: 603-611.

