

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Eesti Haigekassa, ruum 401

22.08.2018

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.15

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Le Vallikivi (Eesti Perearstide Selts)
Ann Paal (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)
Andres Lehtmets (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)
Kaidi Usin (Terviseamet)
Mare Toompuu (Sotsiaalministeerium)
Külli Friedemann (Eesti Haigekassa)

Kirjaliku arvamuse esitas:

Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)

Kutsutud: Made Bambus (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. TTL -i järgmiste muutmissettepanekute arutelu:

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1087	Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (kriisiväljasõit). Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal.
1138	Galaktoseemia sõeluuring
1190	Kõhualandi aneurüsmi sõeluuring (AAA sõeluuring)
1279	Patsiendimanune (POCT) ultraheliuuring esmatasandil pearahasisese uuringuna
1313	Mammograafiline sõeluuring (CC ja MLO)
1314	Mammograafia lisaprojektsioon
1315	Mammogramm (CC ja MLO), parem – 1 tk
	Mammogramm (CC ja MLO), vasak – 1 tk
	Mammogramm (CC ja MLO), mõlemad rinnad – 2 tk

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1316	3D mammogrammid (CC ja MLO)
1317	Biopsia võtmine magnetomograafia kontrolli all
1318	Rinnakolde stereotaktiline mammobiopsia võtmine jämenõelaga
1319	Rinnakolde stereotaktiline mammobiopsia võtmine peennõelaga
1320	Rinnanäärme vaakumbiopsia võtmine
1321	Rinnakolde preoperatiivne/ravieelne märgistamine

2. Muud teemad: eelneval koosolekul ülesjäänud küsimused

1. TTL -i järgmiste muutmissetepanekute arutelu

Taotlus nr 1087 – Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (kriisiväljasõit). Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: SA Väärtustades Elu, Eesti Raseduskriisi Nõustajate Selts

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on lisada teenused:

- Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (kriisiväljasõit);
- Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal.

Teenuse sihtgrupp on naised, mehed ja pered raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel perioodil (kuni 1.a pärast sünnitust), näidustus subjektiivse distressiseisundi esinemine.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Esitatud artiklid (Howard 2014, Fenech 2014, Evagorou 2016) olid ülevaateartiklid ja süstemaatilised ülevaated, kus käsitleti eeskätt traumaatilise sünnituse psühhosotsiaalset mõju, perinataalse perioodi vaimse tervise häirete epidemioloogiat, riskifaktoreid, diagnoosimist ja sekkumisi.

Kogemus Eestis: Eestis on samasisulist teenust nimetusega raseduskriisi nõustamine osutatud alates 2007. a aprillist, seda on rahastatud Eesti Haigekassa poolt tervist edendava projektina. Alates 2013. a lisandus saatekirja nõue.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Teenust osutatakse sünnitushaiglas ning lähtuvalt teenuse sihtrühmast on võimalik teenust pakkuda ka kohalikul tasandil ämmaemanda, naistearsti ja perearsti teenuse kõrval. Teenust osutab raseduskriisi nõustaja täiendväljaõppe läbinud ja vastavat tunnistust omav isik. Täiendkoolitust viis läbi SA Väärtustades Elu koostöös Tallinna Tervishoiu Kõrgkooliga aastatel 2008-2010. Lõpetanud on 2 lendu raseduskriisi nõustajaid. Käesolevaks hetkeks on koolitatud 32 spetsialisti, kes on läbinud 2-aastase raseduskriisi nõustajate täiendkoolituse (mahus 40 EAP-d). Spetsialistide alusharidus on olnud esimese astme kõrgharidus spetsialiseerumisega ämmaemanduses, sotsiaaltöös, teoloogias, meditsiinis, psühholoogias. Raseduskriisi nõustaja kutsestandard (tase 6) kinnitati 2014 ning esimesed kutsed anti välja 2017. aastal. 2017. lõpu seisuga on Eestis 6 kutsetunnistusega raseduskriisi nõustajat.

Täiendkoolituse võimalusena näevad taotlejad õppe lisamist Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli riiklikku õppekavasse.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Tulenevalt tulemusühiku numbrilise väärtuse puudumisest ei ole täiendkulutõhususe määra võimalik hinnata. Senise praktika kohaselt osutatakse teenuseid ühele isikule ühe ravijuhu kohta keskmiselt 3 korda. Teenuseosutamise maksimummäär raskesti määratletav: teada on, et 12-20% last ootavatest emadest puutub kokku sünnitusjärgse depressiooni ilmingutega, teiselt poolt määrab mahu nõustajate olemasolu ja võimekus. Lisakulu on arvatud praeguse tegeliku teenuseosutamise baasil ehk mahuga 5 247 teenusekorda. Taotletavate teenuste mõju ravikindlustuse eelarvele on mõlema teenuse lisamisel orienteeruvalt 127 279 eurot aastas.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Vajalik.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Süsteemiline ülevaade (Dennis 2014) näitas, et olemasolev tõendus kriisinõustamise efektiivsuse kohta on madala kvaliteediga ja selle põhjal ei saa hinnata erinevusi meetmete efektiivsuses. Seega on tõendus kriisinõustaja teenuse efektiivsusest võrreldes muude spetsialistide (arstid, õed) nõustamisega ebapiisav. NICE 2018 annab soovitusi luua esmatasandil elukohajärgne vaimse tervise tugiteenus, sh multidistsiplinaarne võrgustik perinataalse perioodi vaimse tervise häirete avastamiseks. Võrgustiku tegevust suunab arst (perearst vm) ja sellesse peaksid kuuluma kõik tervishoiutöötajad, kes diagnoosivad, uurivad ja ravivad vaimse tervise häireid raseduse ja postnataalse perioodi vältel. Arst koordineerib ja konsulteerib vajadusel erinevate spetsialistidega (psühholoog, erinevad tiimid). Arsti juhtivat rolli rõhutavad ka muud juhendid.

Diskussioon

Komisjon leiab, et raseduskriisi nõustamine on oluline teema. Haigekassa esindaja selgitas, et haigekassa alustas teenuse rahastamist 2006. aastal terviseedendusliku projekti põhisel ja skeem toimib tänaseni. Selle aja jooksul on teenus leidnud oma koha tervishoiuturul. Kutsekojas on registreeritud raseduskriisi nõustaja kutsestandard, tase 6. Projekti eesmärk oli võrgustada kogu Eesti ning parandada teenuse kättesaadavust, kuid eesmärk pole realiseerunud. Pigem on nõustajate võrgustik ahenenud. Vastavaid spetsialiste on aastaid tagasi koolitatud Tallinna Tervishoiukõrgkoolis, kuid tol ajal 10-15 koolitatud spetsialisti ei tööta kõik enam raseduskriisi nõustajana. Seega ei ole teenuse osutamine hetkel jätkusuutlik. Kättesaadavus Eestis on ebahühtlane, tegutsetakse peamiselt suuremate sünnitushaiglate juures. Sihtgrupp on hajus ja keeruline on määratleda tervishoiuteenuste ja sotsiaalteenuste osa.

Komisjon arutas, kas tegemist on tervishoiu- või sotsiaalteenusega. Spetsialistide baasharidus on erinev ja enamasti on tegemist mittemeditsiinilise taustaga spetsialistidega. Nõustamise efektiivsuse hindamiseks on olemasolev tõendus ebapiisav. Teaduskirjanduse alusel ei ole nõustaja baasharidust ja eriala konkreetselt määratletud, kuid on rõhutatud arsti koordineerivat rolli. Komisjoni arvamus on, et mittemeditsiinilise taustaga spetsialistid võivad tervishoiuteenust osutada juhul, kui protsessi juhib tervishoiutöötaja. Saatekirja nõue on ka praegu, st teenusele suunamine peab toimuma kas naistearsti, ämmaemanda või perearsti saatekirjaga. Tegemist on psühholoogilise nõustamisega, mis peaks toimuma tervishoiuasutuses. Praktilises elus on juhtumid kompleksed ja ravimeeskonna koostamine peaks olema tervishoiuasutuse otsus.

Teenuse rahastamise osas kaaluti ettepanekut arvestada kulu voodipäeva või pearaha maksumusse. Kuna tervishoiuteenuseid toetavate sotsiaalse profiiliga nõustamisteenuste hulk suureneb, oleks selline rahastusmudel sobiv ka teiste (kogemusnõustaja, toitumisenõustaja, leinanõustaja, hingehoidja vms) nõustamisteenuste rahastamiseks. Seega eraldi tervishoiuteenust ei rakenduks, aga teenus oleks rahastatud läbi voodipäeva hinnamudeli.

Komisjoni arvamus

Teenuse „Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal“ näol ei ole tegemist tervishoiuteenusega. Teenuse osutamine peaks toimuma arsti/ämmaemanda suunamisega ja selle rahastamine läbi voodipäeva hinna või perearsti pearaha.

Taotlus nr 1138 – Galaktoseemia sõeluuring

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Meditsiinigeneetika Selts

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on lisada vastsündinute galaktoseemia (GAL) organiseeritud sõeluuring. Sõeluuringu teostamine on näidustatud, kuna GAL avaldumus Eestis on suhteliselt kõrge (1: 20 000) võrreldes teiste Euroopa riikidega, tegemist on üliraske haigusega, on olemas kiire, usaldusväärne ja kuluefektiivne (Beutleri) skriiningtest diagnoosimiseks haiguse varases staadiumis, on olemas spetsiifiline ravi. Alternatiiviks on oportunistlik skriining (kliiniline jälgimine ja vajaduspõhine Benedicti test), mille valiidsus, eeskätt spetsiifilisus madalam.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Esitatud läbilõikelisest küsitlusuuringust GAL skriiningtesti rakendamise praktika kohta Euroopas selgub, et organiseeritud sõeluuring Beutleri testi alusel toimub 10 Euroopa riigis ja USA-s. Osad riigid (Norra, Poola) on otsustanud oportunistliku skriiningu kasuks eeskätt väiksema avaldumuse tõttu. Neljas retrospektiivses andmeanalüüsis hinnatakse avaldumust Euroopa riikides ja USA-s; organiseeritud skriiningu efektiivsust (spetsiifilisus >99%). Oluline, et diagnoosini peab jõudma 5-7 elupäeva jooksul. Rahvusvahelistest (EL, USA) ravijuhistest on toodud Welling 2017, kus soovitatakse organiseeritud skriiningu rakendamist Beutleri testi (ensüümi aktiivsuse määramine) ja geenianalüüsi abil.

Kogemus Eestis: Taotluse andmetel on 1996. aastast Eestis diagnoositud GAL 11 juhul. Viimati diagnoositi GAL 2014. aastal ja seoses diagnoosi viibimisega vastsündinu suri. 2015. aastal alustati üle-eestilist pilootprojekti galaktoseemia skriinimiseks teadusgranti raames. Käesoleval hetkel on piloodi raames teostatud GAL skriining 1442 vastsündinule, kellest vaid 14 (0,97%) on esimene test olnud valepositiivne.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Kvalitatiivne GALT aktiivsuse määramine kuivatatud vereplekist kasutades modifitseeritud Beutler skriiningtesti on SA TÜK ühendlabori geneetikakeskuses juurutatud oktoobris 2015.a. Kvalifitseeritud personal analüüsiks olemas, oskuste täiendamine pidev.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Washingtoni osariik 2007: GAL skriiningu lisamine andis ca 14 miljonit USD kokkuhoidu 10 aasta jooksul. Austria 2014: skriiningu rahastamine säästab raha ja on kulutõhus Austria tervishoiusüsteemis. Skriiningu tulemusena pikenes eluiga 6,74 kvaliteetse eluaasta (QALY) võrra ja lisandus enam kui 5,5

eluaastat. Brasiilia 2009: vastsündinute skriiningu lisamine riiklikusse programmi toob majanduslikku kasu.

Organiseeritud ja oportunistliku sõeluuringu võrdlusel Eesti andmetel selgus täiendkulu tõhususe määra 135 milj € lisandunud QALY kohta. Muudatusest tulenev aastane lisakulu on 61 597 eurot.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)
Vajalik.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Klassikalise GAL skriining vastsündinutel on üks vastuolulisemaid teemasid, kuna haiguse iseloomu arvestades kujunevad sümptomid varakult, sageli enne skriiningutulemuste laekumist. Seetõttu kehtib klassikalise GAL korral Wilson & Junger'i teine kriteerium vaid tinglikult. Seetõttu on GAL skriiningu korral oluline analüüsitulemuste (sealhulgas diagnoosi kinnitavate uuringute) kiire laekumine, efektiivne analüüsi protsess ja logistika. Klassikalise GAL korral on lapse raske üldseisund ja surm ennetatav, kui ravi alustatakse esimesel elunädalal. Senise testi puudus oli suur valepositiivsete osakaal. Skriiningu tulemused peaksid olema kättesaadavad 1. elunädala jooksul. Hetkel on vastsündinute skriiningu tulemused sünnitusmajadele kättesaadavad lapse 12.-16. elupäeval (ITK Naistekliiniku andmed).

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Süsteemaatilises ülevaates (Varela-Lema 2016) hinnatakse tõendust GAL skriiningu efektiivsuse osas ebapiisavaks, kuna tegemist on eelkõige retrospektiivsete uuringutega. Samas peab arvestama, et GAL äärmiselt väikese avaldumuse juures on suuremate prospektiivsete uuringute läbiviimine ebatõenäoline. Skriiningu sensitiivsuseks hinnatakse 80-100% ja spetsiifilisuseks 94-99%. Hollandis läbiviidud uuringus hinnati GAL sõeluuringu spetsiifilisus piiratuks sõltumata meetodist. Samas on GAL korral oluline eeskätt sõeluuringu kõrge sensitiivsus, kuna positiivsele tulemusele järgneb koheselt lisatest samast proovist, mis sõelub valepositiivsed välja. Rahvusvahelistes (EU; USA) ravijuhistes (Welling 2017) on eelistatud meetodina toodud taotletav meetod (ensüümi aktiivsus ja geenianalüüs). Eesti kuluefektiivsuse hinnangu tulemus ei ole üllatav, kuna tegemist on äärmiselt haruldase haigusega, kus ühe juhu leidmiseks tuleb skriinida 20 000 last. Iseseisva testina ei ole see kulutõhus. Lisandunud andmed diagnoosi kiiruse kohta: 2018. aasta 2. kvartali andmete analüüsi tulemusel on Eesti mediaanaeg diagnoosini 6,4 päeva.

Diskussioon

Tegemist on organiseeritud GAL sõeluuringuga, mille efektiivsust ja korraldust on Eestis seni testitud pilootprojekti raames. Projekti rahastus on lõppenud ja otsitakse võimalust sõeluuringu rakendamiseks ja rahastamiseks. Pilootprojekti lõpparuanne on koostamisel.

Sõeluuringute rakendamiseks kehtivad rahvusvaheliselt aktsepteeritud kriteeriumid. GAL sõeluuring vastab neist enamusele, kuid arutlusel oli 2 aspekti. Esiteks on haiguse avaldumus äärmiselt väike (võrreldes teiste enamlevinud skriinitud haigustega), mistõttu ühe juhu leidmiseks tuleks skriinida kuni 20 000 last ja test ei oleks kulutõhus. Samas on tegemist fataalse kuluga haigusega, mille vältimiseks on sensitiivne test ja efektiivne ravi olemas. Leiti analoogia fenüülketonuuria skriininguga, mis on kasutusel olnud aastakümneid ja on tänaseks vastsündinute kombineeritud skriiningu osa. Kombineeritud skriiningu osana võiks rakendatav olla ka GAL test. Teiseks on vajalik diagnoosini jõuda 7 elupäeva jooksul. GAL proovi võtmise optimaalne aeg on 3. elupäev, mis jätab transpordiks ja analüüsiks 4 päeva (sh nädalavahetused). Seni on Eestis diagnoosimise aeg ületanud 7 päeva.

Töökorralduslike meetmetega on diagnoosimise mediaanaeg tänaseks lühenenud 6,4 päevale, kuid varieeruvus haiglate lõikes on suur (3,7-11,1 päeva), mis vähendab skriiningu valiidust. Komisjon ei saa välistada, et GAL skriiningu sidumisel vastsündinute skriininguga võib diagnoosini jõudmise aeg olla lubatust pikem. Diagnoosi aja probleemiga tegelevad ka teised Euroopa riigid.

Komisjon leidis, et GAL organiseeritud sõeluuringust tekiks kasu juhul, kui diagnoosini jõutaks enne haiguse manifesteerumist ja test oleks kuluefektiivne. Juhul kui leitakse töökorralduslik lahendus skriiningu rakendamiseks, on sõeluuringut vaja hinnata lisanduva kasu, kahju ja kuluefektiivsuse osas. Komisjon teeb haigekassale ettepaneku tellida GAL organiseeritud sõeluuringu efektiivsuse ja kulutõhususe hindamine.

Komisjoni arvamus

Komisjon teeb haigekassale ettepaneku tellida tervisetehnoloogia hindamise raport.

Taotlus nr 1190 – Kõhuaordi aneurüsmi sõeluuring (AAA sõeluuring)

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Veresoonte- ja Endovaskulaarkirurgia Selts

Teenus, sihtriühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on lisada kõhuaordi aneurüsmi (abdominal aortic aneurysm, AAA) organiseeritud sõeluuring. Täna toimub Eestis oportunistlik skriining (võimaluspõhine ultraheliuuring (UH) kõhukoopast). Teostatakse 8 erakorralist, 35 plaanilist operatsiooni ja 45 stentimist aastas. Paljudes arenenud riikides toimub AAA sõeluuring UH teel, sihtgrupiks on mehed alates 65 eluaastast.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Sõeluuringu efektiivsuse kohta toodud neli uuringut ja Cochrane metaanalüüs. Metaanalüüsi alusel on AAA sõeluuring meestel vanuses alates 65 soovitatav. AAA sõeluuringut >65 aastastel meestel on soovitatud Euroopa ravijuhistes (European Society for Vascular Surgery).

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Planeeritava sõeluuringu läbiviimine toimuks regionaalhaiglate tasandil, kus täna on olemas kõik eeldused sõeluuringu läbiviimiseks. Väljaõpe toimuks referentskeskuses (Uppsala Ülikooli AAA sõeluuringu keskus). Radioloogiatehniku/polikliinikuõe vastavasisuline koolitustäiendus toimuks regionaalhaiglate baasil.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

AAA sõeluuringut on analüüsitud tervisetehnoloogia hindamise raportis *TTH 32 Kõhuaordi aneurüsmi sõeluuring*. Süstemaatilisse ülevaatesse kaasati 15 viimase 10 aasta jooksul avaldatud kulutõhususe uuringut. Enamik Euroopas ja Põhja-Ameerikas läbi viidud analüüse võrdles rahvastikupõhist AAA sõeluuringut sõeluuringu puudumisega, kulutõhusust hinnati hüpoteetilisel 65-aastaste meeste kohordil. Kõigis uuringutes kaasnes sõeluuringuga AAA rebendite ja surmade ennetamisega seotud täiendav tervisevõit (0,01–0,17 QALY-t inimese kohta). ICER jäi analüüsides vahemikku 157 – 11 666 eurot võidetud eluaasta ning 179 – 50 855 eurot kvaliteetse eluaasta kohta. Teaduskirjanduse põhjal on AAA sõeluuring suure tõenäosusega kulutõhus sekkumine.

Kulutõhususe hindamisel Eestis selgus, et sõeluuring on kallim kui sõeluuringu puudumine, kuid võimaldab võita kvaliteetseid eluaastaid. Lisanduva QALY maksumus on 17 303 eurot.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)
Vajalik.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

AAA skriining on tõenduspõhine riskigrupi patsientidel (mehed vanuses 65 eluaastat ja vanemad). Võimaldab parandada AAA ravitulemusi, sealhulgas vähendada haigestumust ja suuremust AAA eluohtlikku tuisistusse – ruptuuri. Eestis hinnanguliselt u. 80 000 AAA riskigrupi kuuluvat inimest. Teenuse osutamine peaks olema tagatud meditsiinilistel tõenduspõhistel näidustustel.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Komisjon lähtus eelkõige TTH32 raporti (2017) andmetest. Olemasoleva tõenduse põhjal on AAA potentsiaalselt eluohtlik seisund, millega kaasneb igal aastal arvestatav tervisekaotus. Eeldatav AAA levimus Eestis >65-aastaste meeste seas on 4-8%, lisandub 450-700 uut juhtu aastas. Diagnoositakse 80 ruptuuri aastas (ruptuuri risk sõltub aneurüsmi diameetrist ja võib olla kuni 25% aastas). Ruptuuri korral eeldatav suremus 90%, st võib eeldada 70 surma. Metaanalüüsid kinnitavad sõeluuringu efektiivsust meestel nii AAA suremuse kui ka rebendi riski vähendamisel. Sõeluuringu rakendamisel suureneb avaldumus 2 korda, rebendite ja surmade arv väheneb 40%. Kaasneb ligi kaks korda rohkem plaanilisi operatsioone, kuid väheneb erakorraliste AAA operatsioonide arv. Ühe surma vältimiseks tuleks skriinida 216 meest (suhteliselt hea näitaja). Täiendav tervisevõit on 0,01–0,17 QALYt inimese kohta (möödukas tervisekasu, võrreldav teiste sõeluuringutega). ICER kuni ca 25 000 eurot võidetud QALY kohta (võib lugeda kulutõhusaks sekkumiseks). Eeldatav kulu 350 000 eurot/a. Ravijuhenditest ning UK ja Rootsi sõeluuringu kogemusest lähtuvalt soovitatakse haiglapõhist tsentraalse juhtimisega sõeluuringumudelit.

Sõeluuringuprogrammi kasu maksimeerimiseks soovitatakse a) tsentraalset korraldust, b) suurt hõlmatust >70% (Eestis on ühes >65 aastaste sünnikohordis <7000 meest), c) kesket sõeluuringuregistrit (elektrooniline andmekogu, andmete analüüs, audit, planeerimine, avastatud haigete jälgimine), d) teostamist piirkondlike haiglate ja keskhaiglate poolt, mis tagab oskused, kvaliteedi ja ühtse metoodika. Programmi efektiivsuse võtmeks on avastatud AAA juhtude jälgimine.

Järeldus: UH-uuring on täpne, mitteinvasiivne ning vähekulukas meetod AAA diagnoosimiseks. Täiendav terviseefekt saavutatakse aktsepteeritava lisakuluga. Olemasolev tõendus toetab Eestis rahvastikupõhise AAA sõeluuringuprogrammi algatamist.

Diskussioon

Komisjon leiab, et taotluses toodud uuringu kestus on liiga pikk. Tõstatus küsimus, kas uuringu käigus kontrollitakse ainult väike osa kõhuõõnest (aort) ning kas selline osaline uuring on ratsionaalne. Kui UH juba teha, tuleks teha elementaarne ülevaade kogu kõhuõõnest. Praktikas see ilmselt nii välja näebki. Jääb segaseks, kas sellisel juhul on tegemist sõeluuringuga või kõhukoopa UH läbivaatusega eraldi teenusena. Samuti jäi taotluses segaseks, kes uuringut läbi viib. Komisjoni arvates peab sõeluuringut läbi viima vastava väljaõppega personal. Kui uuringut viib läbi veresoontekirurg, kaasneb sõeluuringu rakendamisega neile väga suur töökoormus. Lisaks tõstatus küsimus skriiningu kättesaadavuse osas. Juhul kui skriiningut viiakse läbi vaid piirkondlikes või keskhaiglates, ei ole hinnanguliselt võimalik saavutada 70% hõlmatust. Üldjuhul vanemad mehed linna arsti juurde ei lähe. Väiksema hõlmatusega ei saavutata sõeluuringust loodetavat tervisekasu ja kuluefektiivsus väheneb.

Sarnaselt eelmise taotlusega tõstatus küsimus sõeluuringute üldise korralduse osas. Hetkel kehtiva regulatsiooniga korraldavad Eestis vähi sõeluuringuid Tervise Arengu Instituut ja haigekassa. Ülejäänud sõeluuringud (vastäundinute kuulmisuuring, ainevahetushaiguste skriiningud) on seni ühtselt reguleerimata. Sõeluuringud ei saa toimida tavapärase tervishoiuteenusena, kuna tegemist on kindlapiirilise reguleeritud protsessiga, millel on ühtne organisatoorne mudel, meetodika, kvaliteedinõuded personalile, aparatuurile, laboritele ning tagatud standardiseeritud andmehõive ja tulemuste analüüs koos registri olemasoluga. Sõeluuringust tekib kasu kõrge hõlmatus, ühtse meetodika ja kvaliteetse andmeanalüüsi tulemusel. Komisjoni arvates tuleks sõeluuringute kvaliteedi tagamiseks neid rakendada ühtse organisatoorse süsteemina. Komisjon soovib kaaluda tsentraalse sõeluuringute keskuse loomist.

Komisjoni arvamus

Komisjon palub taotluse esitajalt täiendavat infot – kes uuringut läbi viib, millises ulatuses kõhuõõnt uuringu käigus kontrollitakse. Komisjon teeb haigekassale, sotsiaalministeeriumile ja TAI-le ettepaneku kaaluda sõeluuringute korraldamist süsteemselt ja eraldiseisva eelarvega.

Taotlus nr 1279 – Patsiendimanune (POCT) ultraheliuuring esmatasandil pearahasisese uuringuna

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Perearstide Selts (EPS)

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on patsiendimanuse ultraheliuuringu (edaspidi point-of-care ultrasound, POC-US) lisamine esmatasandi pearahasisese uuringuna. POC-US on kiire, täpne, patsiendile ohutu, kiirguskoormuseta ja odav võimalus perearsti poolt vastava väljaõppe järgselt laiendada perearsti diagnostika võimalusi ja vähendada koormust eriarstiabile (näiteks ägeda kõhu diferentsiaaldiagnostika, apenditsiit, äge neerukoolika, põie tamponaad, sapikivitõbi, äge pankreatiit, kõhuaordi aneurüsm, munasarja tsüstid jt uudismoodustised, iileus, vaba vedeliku hindamine kõhuõõnes, kardiovaskulaarsest puudulikkusest vedeliku kogunemine, lümfisõlmede hindamine, süvaveenitromboos, kilpnäärme seisund, rasedusega seotud probleemid (lootetoonide ja liigutuste olemasolu), uroloogilised haigused). PO-USG on laialdaselt kasutusel paljudel teistel erialadel ka Eestis, nt günekoloogia, uroloogia, reumatoloogia, vasoloogia, erakorraline meditsiin, samuti Skandinaaviamaades esmatasandil. Lisaks diagnoosi täpsustamisele võimaldab POC-US oluliselt parandada pisikirurgiliste raviprotseduuride täpsust (nt emakasisese vahendi paigaldamise järgne kontroll, intraartikulaarsed süsted jpm).

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Toodud üks ülevaateartikkel (Bhagra 2016), kus võrreldakse POC-US konventsionaalsete uuringumeetoditega: täiendav võimalus õigeks diagnoosiks õigel ajal vahetult patsienti raviva sisearsti poolt, võib vähendada vajadust pöörduda EMOSse või ooteaega eriarstile.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenus osutamiseks: Nii perearst kui ka esmatasandil töötav ämmaemand vajavad esmast mahukat koolitust kui ka hilisemat elukestvat õpet pideva praktika foonil. Koolituse osas on EPS läbirääkimas TÜK Radioloogiakliinikuga ning Eesti Ämmaemandate Ühendusega.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Kulutõhusust on käesoleva taotluse raames raske hinnata, sest täpselt on määratlemata haiguste ja seisundite loend, mille puhul perearsti poolt läbiviidav POC-US vähendaks koormust eriarstiabis.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang) Prioriteetne.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Tõendus järeldesteks ebapiisav. Ülevaateartikkel (Bhagra 2016) toob välja plussid (vältimatu muutus, mis annab võimaluse sisearstidele diagnoosida haigevoodi juures; vähenevad protseduuridega seotud tüsistused) ja miinused (kasu sõltub oskustest, väljaõppest ja UH aparatuuri kättesaadavusest; lisandub piltide arhiveerimine, dokumentatsioon, kvaliteedikontroll). Ravijuhistest perearstide UH kasutust ei leidnud. Küsitlusuuringu (Jorgensen 2016) alusel 8/12 Euroopa riigist kasutatakse UH täna esmasandil, kaasneb perearstide formaalne koolitus spetsialiseerumisel ja regulaarne täiendus. Moore 2011 NEJM: POC-UH soovitatakse koolitada ja seda kasutada kõigil arstidel. Sensitiivsuse ja spetsiifilisuse andmeid ei leidnud.

Diskussioon

Eesti Perearstide Seltsi esindaja selgitas, et tegemist on patsiendile ohutu uuringuga. Osades Euroopa riikides on väljaõpe lisatud arsti põhiõppesse. UH ei pea olema iga perearsti pädevus, kuid võiks olla kättesaadav tervisekeskuste põhiselt. Ei ole mõeldud radioloogilise täisuuringu asendamiseks, vaid kasutamiseks perearsti töös lisavahendina. EPS on algatanud töögrupi, mille ülesandeks on koostada koolitusprogramm POC-US erihuviga perearstidele lähtuvalt teistes riikides (eelkõige Skandinaavias) levinud koolitusmudelile ning algatanud läbirääkimised ka TÜK Radioloogiakliinikuga vastava väljaõppe läbiviimiseks. Samuti on EPS kaardistanud ca 40 ultrahelihuvisel perearsti, kes oleks valmis vastaval väljaõppel osalema. Kulud võiks lisada baasraha arvestusse teenust osutavatele perearstidele. Komisjon leiab, et rahastuse mudelit tuleks täpsustada. Haigekassa esindaja selgitas, et uue lepinguperioodi algusega on plaan rakendada uus rahastamismudel, mis põhineb minimaalsel baasrahul, millele lisandub tasu eripädevuste eest.

Radioloogide ühing on esitanud arvamuse, mille kohaselt ei olda vastu, et perearstid uuringut läbi viivad, kuid eelnevalt tuleks erialaühingute ja õppetooli vahelise koostööna kokku leppida kvaliteedi kriteeriumid, protsess, väljaõpe, vältimaks ravivigu ning lisakulu. Oluline on piisava koormuse tagamine, et tagada pädevus. Varasemalt on sarnaselt kokkulepped sõlmitud ka teiste erialadega, nt günekoloogia, uroloogia, erakorraline meditsiin. Probleemkohaks on, et perearstide residentuuri õppekavas ei ole sonograafiaalast väljaõpet ning hilisema väljaõppe juures peab tagama regulaarse pädevuse hindamise.

Tõstatus küsimus, kas kvaliteedinõuetele vastava UH uuringu aparatuuri omamine perearsti kabinetis on kulutõhus. Samuti tõstatus küsimus, kas kõik taotluses toodud näidustused on sobivad perearsti poolt läbiviidava ultraheli uuringuks. Vastavad nüansid tuleks samuti seltside vahel läbi rääkida. Komisjoni arvates on tegemist huvitava ideega, millega tuleks edasi liikuda, kuid esmalt täpsustada rakendamise põhimõtted. Komisjoni hinnangul ei ole pruugi teenuse rakendamine iseseisva teenusena olla põhjendatud. Komisjon tuleb taotluse juurde tagasi, kui seltside vahel on kokku lepitud näidustused, protsess ja väljaõppe ja pädevuse hindamise kriteeriumid.

Komisjoni arvamus

Komisjon palub EPS-l Eesti Radioloogia Ühingu kokku leppida näidustused, väljaõpe, protsess, rakendustingimused, kvaliteedi kriteeriumid. Taotlust hinnatakse uuesti vastavate lisaandmete olemasolul.

Taotlus nr 1313 – Mammograafiline sõeluuring (CC ja MLO)

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Radioloogia Ühing

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on olemasoleva teenuskoodi 6074 (Mammograafia, üks rinnanääre kahes sihis) jagamine kaheks kulupõhiseks piirhinnaks - Mammogramm (CC ja MLO) ja Mammograafiline sõeluuring (CC ja MLO). Hetkel puudub kulupõhine teenuskood mammograafiliseks sõeluuringuks.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Rinnavähi skriiningu kulutõhusus on hinnatud tervisetehnoloogia raportis TTH05, 2014. Praegune teenusekoodiga 6074 tähistatud tervishoiuteenuse piirhind sisaldab mammograafilise sõeluuringu puhul kahe radioloogi tehtud uuringu tulemuste kirjeldamist ning kindlustatud isikule kirjaliku vastuse saatmise kulu.

Taotlus nr 1314 – Mammograafia lisaprojektsioon

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Radioloogia Ühing

Teenus, sihtrühm ja näidustus: taotluse eesmärk on lisada mammograafia lisaprojektsioonile eraldi teenusekood. Kasutatakse peamiselt tavamammogrammil leitud koedeformatsioonide ja mikrokaltsifikaatide täpsustamisel.

Kogemus Eestis: Teenust on varasemalt Eestis osutatud.

Taotlus nr 1315 – Mammogramm (CC ja MLO), parem – 1 tk; Mammogramm (CC ja MLO), vasak – 1 tk; Mammogramm (CC ja MLO), mõlemad rinnad – 2 tk

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Radioloogia Ühing

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmine.

Taotlus nr 1316 – 3D mammogramm (CC ja MLO)

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Radioloogia Ühing

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on lisada uus 3D mammograafiline uuring (CC ja MLO) ehk tomosüntees. 3D mammograafiline uuring võimaldab kõrvaldada MG piirangud, vähendades summatsioonide mõju kujutisele ning suurendada viimase diagnostilisust. Uuringud on näidanud, et tomosünteesiga on võimalik vähi tuvastamise määra suurendada. 2D mammogrammidel intensiivse varjustusena esinev kokkusurutud fibroglandulaarne kude võib „kaotada“/peita väikesed vähid, langetades meetodi sensitiivsust ja samal põhjusel esinev pildimüra võib imiteerida vähi või muuta beniigse seisundi hindamise raskeks, langetades spetsiifilisust. Üks võimalus parandada

valiiduse näitajaid on 3D mammograafia, mis kihtvõtete näol väldib summatsioonide vale tõlgendust ja aitab vähendada segadust tekitavaid kudede kattumisi ja seeläbi üles leida varases staadiumis väikesed vähikolded. Meetod on eriti vajalik kõrge rinnavähiriskiga noortel naistel, kelle näärmekoe tihedus on oluliselt suurem võrreldes fertiilsest east väljajõudnud naistega.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Tomosünteesi on hinnatud kulutõhusaks (kasutusel näiteks USAs). Kolmes prospektiivses uuringus on näidatud, et tomosünteesi kasutamine koos 2D digitaalse mammograafiaga või selle asemel parandab diagnostilisust. Uuringud on näidanud, et tomosünteesiga on võimalik vähi tuvastamise määra oluliselt tõsta (30-40%) ja tagasikutsete arv väheneb 3,6%-lt 0,8%-le.

Kogemus Eestis: Teenust on Eestis osutanud PERH, TÜK, ITK alates 2015. aastast.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Teenust osutavad 3D mammograafia interpreteerimiseks erialaseltsilt (ERÜ) pädevuse saanud radioloog ja radioloogiatehnik.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Vajalik. Võimalik vähi tuvastamise määra suurendada tiheda rinnakoega patsiendil, vähendab mammograafia järgsete (sh skriiningus) täiendavate lisauuringute (nt UH uuring, mammograafias lisaprojektsioonid) vajadust.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Sõeluuringut teostatakse maailmas erinevate meetoditega. Tomosüntees on täpsem kui tavamammogramm. Tomosünteesiga on võimalik vähi tuvastamise määra suurendada tiheda rinna, strooma deformatsiooni korral, lisavarju eristamisel summatsioonist, kõrge rinnavähiriskiga noortel naistel. Leitud 2 ülevaateartiklit (Houssami 2013, 2015): digitaalne rinna tomosüntees on mammograafia olulisim areng viimastel aastatel, võib kasutada skriiningus. Svahn 2012: tomosünteesi sensitiivsus 90% (vs 79% kahepoolse digimammograafia korral). Lei 2014 metaanalüüs: võrreldes histoloogiaga on tomosünteesi sensitiivsus 90% ja spetsiifilisus 79% (digimammograafia korral vastavalt 89% ja 72%).

Taotlus nr 1317 – Biopsia võtmine magnetomograafia kontrolli all

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Radioloogia Ühing

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk lisada jämenõelbiopsia võtmine magnetresonantstomograafia kontrolli all. Teenus on vajalik selliste kollete biopteerimisel, mida ei ole näha UH või MG uuringul.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Teenust osutav radioloogiatehnik, tase 6 peab olema läbinud protseduuri ohutut teostamist võimaldava koolituse.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Vajalik. Alternatiivse diagnostika meetodina tuleb kõne alla ka kirurgiline biopsia, mis aga on uuringute alusel kulukam ja suurema tüsistuste riskiga. Uuringu tulemusel võib operatiivse ravi maht muutuda.

Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Biopsia võtmine MRT kontrolli all on ainus võimalus täpsustada MRT uuringul leitud kollete iseloomu, mis ei ole leitavad teiste diagnostika meetoditega. Alternatiivseid meetodeid sellel protseduurile pole. Euroopa ravijuhistes on antud protseduur ainsa soovitusena seda tüüpi muutuste täpsustamiseks. Protseduuri peaks teostama vastava väljaõppe ja piisava kogemusega raviastutused.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Mammograafia probleemiks on olnud madal spetsiifilisus. Berg 2012: MRT ja mammograafia sensitiivsuseks hinnati 100%, spetsiifilisuseks 65%. MRT ja ultraheli lisamine mammograafia vähiriskiga naistel on suurendanud sensitiivsust, kuid ka vale-positiivsete juhtude osakaalu. On ka vastupidiseid tulemusi. Turnbull 2010 (The Lancet): MRT lisamine mammograafia ei ole tegelikkuses vähendanud korduvate operatsioonide määra (nii MRT grupis kui tavamammograafia grupis vajas kordusoperatsiooni 19% haigetest, OR=0,96). Ravijuhistes on MRT kontrolli all teostatud nõelbiopsia toodud uue standardina (European Society of Breast Imaging, Wallis 2008): perkutaanne nõelbiopsia on kõrge sensitiivsuse ja spetsiifilisusega uuring. Kõik radioloogid peaksid oskama nii tava- kui nõelbiopsiat võtta kõigi olemasolevate visuliseerimistehnikate abil. Siegmann 2013 (Saksa S3 guidance): rinna MRI on tänaseks kõige sensitiivsem rinnavähi diagnoosimise meetod, mida peaks võimaldama kõik rinnavähi ravi pakkuvad tervishoiuasutused. Am Coll Radiol 2010: MRI tuleb teostada kõrge riskiga naistel (BRCA mutatsiooniga, eelnevalt rinnapiirkonna kiiritust saanud naised (m. Hodgkini)), vähi avastamisel ühes rinnas tuleb teine rind uurida MRI abil. American College of Radiology (ACR) and Society of Breast Imaging (SBI) toetavad MRI oma 2018. a ravijuhistes. Ühtlasi soovitavad organisatsioonid alustada rinnavähi riski hindamist juba 30 aastastel naistel, et täpsustada skriiningu vajadust 40-aastaselt. Tõendus MRI ja selle kontrolli all teostatud rinna uuringute efektiivsuse kohta on piisav.

Taotlus nr 1318 – Rinnakolde stereotaktiline mammobiopsia võtmine jämenõelaga

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Radioloogia Ühing

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on muuta teenusekoodi 7896 „Stereotaktiline mammobiopsia“ seoses uue tehnoloogia (tomosünteesi ehk 3D mammograafia) kasutuselevõttuga. Stereotaktiline biopsia on valikmeetod rinnanäärme mammograafilisel uuringul leitud kollete puhul, mis ei ole visualiseeritavad ultraheliuuringul.

Kogemus Eestis: Teenust on Eestis aastaid osutatud PERH-is ja alates 2015. aastast ka SA TÜK Radioloogiakliinikus.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Teenust osutavad 3D mammograafia interpreteerimiseks erialaselt (ERÜ) pädevuse saanud radioloog ja radioloogiatehnik.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Vajalik. Stereotaktiline biopsia on valikmeetod rinnanäärme mammograafilisel uuringul leitud kollete puhul, mis ei ole visualiseeritavad ultraheliuuringul.

Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Võrreldes alternatiiviga (kirurgilise biopsiaga) teenus on odavam, ohutum, ambuloorselt teostatav ja ei järgne töövõimetust. Teenus on põhjalikult kajastatud rahvusvahelistes ravijuhendites. Uue tehnoloogia lisandumisel saab radioloog valida sobiliku biopsia võtmise viisi: kas teostada tavalist stereotaktilist biopsiat või stereotaktilist tomobiopsiat (3D mammograafia abil), mis tagab täpsema rinnakolde biopteerimise.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Verkoojien 2002: meetodi sensitiivsus 97% ja spetsiifilisus 99%. Stereotaktiline jämenõelbiopsia on täpne mittepalpeeritava rinnavähi diagnostika meetod. Protseduur on kajastatud järgmistes juhendites: ACR 2016 (Practice parameter for the performance of stereotactic-guided breast interventional procedures) ja European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis 2006.

Taotlus nr 1319 – Rinnakolde stereotaktiline mammobiopsia võtmine peennõelaga

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Radioloogia Ühing

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on muuta teenusekoodi 7896 „Stereotaktiline mammobiopsia“ seoses uue tehnoloogia (tomosünteesi ehk 3D mammograafia) kasutuselevõtuga. Stereotaktiline biopsia on valikmeetod rinnanäärme mammograafilisel uuringul leitud kollete puhul, mis ei ole visualiseeritavad ultraheliuuringul.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Teenust osutavad 3D mammograafia interpreteerimiseks erialaseltsilt (ERÜ) pädevuse saanud radioloog ja radioloogiatehnik.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Vajalik. Teenus pakub alternatiivi stereotaktilisele jämenõelbiopsiale, uusi ravijuhte ega tervishoiuteenuseid ei lisandu. Eeliseks on suhteliselt odav hind, kiire vastus ja ohutus patsiendile. Kuigi enamikul juhtudest on soovitatav teostada stereotaktiline jämenõelbiopsia, võib siiski teatud juhtudel olla stereotaktiline peennõelbiopsia eelistatud valik (nt. hüübivushäiretega patsientidel).

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Antud protseduur näol on maailmas laialt levinud ja pikalt kasutusel olnud protseduuriga, mille eeliseks on suhteliselt odav hind, kiire vastus ja ohutus patsiendile. Puuduseks on suhteliselt suur ebapiisavate koenäidiste osakaal, ja sõltuvus patoloogist. Kuigi enamikul juhtudest on soovitatav teostada stereotaktiline jämenõelbiopsia, võib siiski teatud juhtudel olla stereotaktiline peennõelbiopsia eelistatud valik (nt. hüübivushäiretega patsientidel). Protseduuri peaks teostama vastava väljaõppe ja piisava kogemusega ravisutused.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Ravijuhised: Wallis 2008 European Society of Breast Imaging: perkutaanne nõelbiopsia on kõrge sensitiivsuse ja spetsiifilisusega uuring. Kõik radioloogid peaksid oskama nii tava- kui nõelbiopsiat võtta kõigi olemasolevate visuliseerimistehnikate abil. EUSOBI juhiste alusel on eelistatud biopsiameetod vaakumbiopsia, millele järgneb jämenõelbiopsia ja seejärel peennõelbiopsia. Viimase spetsiifilisus ja sensitiivsus jääb jämenõelbiopsiast madalamaks, kuid peennõelbiopsial on harvemini tüsistusi ja hind on madalam.

Taotlus nr 1320 – Rinnanäärme vaakumbiopsia võtmine

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Radioloogia Ühing

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on lisada rinnanäärme vaakumbiopsia võtmine. Vaakumbiopsia näidustused: mammogrammidel ebaselged mikrokaltsifikaadid; kindlalt maliigsed mikrokaltsifikaadid suurendamaks võimalust invasiivse komponendi tuvastamiseks; ebaselge tulemus 14G biopsial; *architectural deformatsioon* (maliigsuse risk 20-50%); JNB-1 kinnitatud papillaarsete kollete ekstsissioon.

Kogemus Eestis: Teenust on varasemalt Eestis osutatud.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Teenust osutavad 3D mammograafia interpreteerimiseks erialaseltsilt (ERÜ) pädevuse saanud radioloog ja radioloogiatehnik.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)

Vajalik. Vaakumbiopsiaga võetud materjal kvaliteetsem võrreldes tavapärasele jämenõelbiopsiale. Beniigsete lesioonide korral on võimalik kolde täielik eemaldamine minimaal-invasiivselt, hoides kokku operatsiooni kulud ja järgneva töövõimetuse.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Diagnostilisest aspektist on vaakumbiopsiaga võetud materjal kvaliteetsem võrreldes tavapärasele jämenõelbiopsiale tänu biopsianõela suuremale jämedusele, mistõttu on parem bioptaadi histoloogiline käsitus ja tulemuse usaldusväärsus. Beniigsete lesioonide korral on võimalik kolde täielik eemaldamine minimaalinvasiivselt, hoides kokku operatsiooni kulud ja järgneva töövõimetuse. Euroopas, Ameerikas on teenus laialdaselt kasutusel alates 1994 aastast ja õigustanud ennast kõrge sensitiivsusega meetodina.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Kasutusel alates 1994 ja õigustanud ennast kõrge sensitiivsusega meetodina. Bonifacino 2005 prospektiivne uuring: sensitiivsus 80%, spetsiifilisus 99%. Kombineerides UH ja MRTga sensitiivsus suureneb 97% ja spetsiifilisus 100%. Ravijuhised: Wallis 2008 European Society of Breast Imaging: perkutaanne nõelbiopsia on kõrge sensitiivsuse ja spetsiifilisusega uuring. Kõik radioloogid peaksid oskama nii tava- kui nõelbiopsiat võtta kõigi olemasolevate visuliseerimistehnikate abil. EUSOBI juhiste alusel on eelistatud biopsiameetod vaakumbiopsia, millele järgneb jämenõelbiopsia ja seejärel peennõelbiopsia. Viimase spetsiifilisus ja sensitiivsus jääb jämenõelbiopsiast madalamaks, kuid peennõelbiopsial on harvemini tüsistusi ja hind on madalam.

Taotlus nr 1321 – Rinnakolde preoperatiivne/ravieelne märgistamine

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Radioloogia Ühing

Teenus, sihtrühm ja näidustus: Taotluse eesmärk on lisada rinnakolde preoperatiivne/ravieelne märgistamine. Teenus on näidustatud palpatoorselt mitteleitava rinnanäärme kasvaja märgistamiseks preoperatiivselt.

Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta: Toodud üks uuring, mille alusel on võimalik mittepalpeeritavad rinnakolded enne kirurgilist ravi täpselt märgistada, mis võimaldab rinnakasvaja korral kirurgil teostada rindasäästvat operatsiooni.

Kogemus Eestis: Teenust on Eestis osutatud alates 1995. aastast. Seni on teenust osutanud TÜK, PERH, ITK.

Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks: Teenust osutav keskus peaks tegelema rinnahaiguste diagnostika ja raviga. Vajalik vastav aparatuur. Personal peab olema läbinud vastava koolituse.

Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)
Vajalik.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Protseduur on ohutu ja kõrvaltoimed esinevad väga harva (allergiline reaktsioon anesteetikumile või MRT kontrolli all märgistamisel i/v kontrastainele, märgistamise traadi nihkumine, mis vajab uut protseduuri). Alternatiivsed meetodid puuduvad.

Olemasoleva tõenduse kriitiline hinnang (komisjoni analüüs)

Meetod on toodud ravijuhistes Perry (2006) European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis; Sibbering (2009) Quality assurance Guidelines for surgeons in breast cancer screening.

Diskussioon

Kõik mammograafia taotlused olid arutlusel koos. Haigekassa esindaja selgitas, et taotlused on välja kasvanud rinnavähi sõeluuringu ravijuhendi töögrupist. Hetkel kasutatakse tavamammograafia ja sõeluuringu mammograafia puhul sama teenusekoodi ja teenustel on üks hind, kuid erinevad nõuded. Peamine erinevus on, et sõeluuringu puhul hindavad tulemust kaks radioloogit. Samuti on hetkel raskendatud sõeluuringu andmete eristamine tavamammograafiast. Haigekassal on plaan radioloogia eriala hinnad nüüdisajastada ja teostada hõiveanalüüs.

Arutlusel oli, et Sotsiaalministri määruse „Kiirgusohutusnõuded meditsiiniradioloogia protseduuride teostamisel ja meditsiinikiiritust saavate isikute kaitse nõuded“ lisas 1 on kinnitatud meditsiiniradioloogia protseduuride loetelu, kus on ca 1400 radioloogilist protseduuri ja umbes 250 nuklearmeditsiinilist protseduuri. Täna on TTLs 180 radioloogilist protseduuri. Ainuüksi röntgenkiirte kasutamisel põhinevaid mammograafiaid on määruse loetelus 25 ja rinnanäärmel teostatavate tehnikate (UH, röntgen, KT, MRT) kasutusega protseduure on 32. Hetkel on tervishoiuteenuste loetelus lähedased protseduurid komplekteeritud ühise koodi alla. Teenuste eristamise vajadus on ilmnunud rinnavähi sõeluuringu ravijuhendi töögrupi süvaanalüüsist. Võttes arvesse loetletud radioloogia protseduuride arvu tõstatub küsimus, kas TTL-s tuleks neid samuti käsitleda eraldi või rakendada „üksikult üldisele“ põhimõtet. Kuna puudu on hinnakalkulatsioonid ja eelarvemõju analüüsid, ei saa komisjon taotlustele hinnangut anda. Komisjon palub haigekassal teha hinna ja eelarvemõju arvutused, misjärel vaadatakse taotlused uuesti üle.

Komisjoni arvamus

Komisjon ei saa hetkel hinnangut anda, kuna puuduvad hinnakalkulatsioonid ja eelarvemõju analüüsid. Komisjon palub haigekassal teostada taotluste hinnaarvestused.

2. Muud teemad

Komisjon palub haigekassal alati kõigi taotluste kohta edastada ajakohastatud ja täielikud andmed.