

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

23.09.2020

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.00

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Ann Paal (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)
Pille Saar (Terviseamet)
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)

Kirjalik arvamus: Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

Puudusid: Andres Lehtmets (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)

Kutsutud: Made Bambus (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. TTL-i järgmiste muutmissetpanekute arutelu:

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1138	Galaktoseemia sõeluuring
1325	Kolju- ja näokirurgia preoperatiivne 3D planeerimine
1430	Ultraheli kasutamine anesteesias ja intensiivravivis

2. Kaugteraapia – füsioteraapia, logopeedia
3. Taotluste prioriseerimine
4. Muud teemad

Komisjoni koosseis on uuenenud ja uue liikmena on koosolekul Eesti Perearstide Seltsi esindaja Piret Rospu. Taavo Seedre on andnud teada, et ei osale komisjoni koosolekutel kuni uurimise lõpuni, mis puudutab Tartu Ülikooli Stomatoloogia kliiniku riigihanget.

1. TTL-i muutmissetpanekute arutelu

Taotlus nr 1138 – Galaktoseemia sõeluuring

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 22.08.2018.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Meditsiinigeneetika Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada TTLi 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. Lisaks on taotletud uue teenuse lisamist - toitumisterapeudi nõustamine pärilike haiguste korral eriarsti suunamisel.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele

2020. aastal valmis galaktoseemia sõeluuringu TTH raport (http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/7445/6/TTH40_galaktoseemia.pdf). Raporti eesmärk oli hinnata, milline oleks klassikalise galaktoseemia sõeluuringu optimaalne korraldus Eestis. Teaduskirjanduse alusel on kõigi vastsündinute varane uurimine galaktoseemia suhtes põhjendatud, sest kui diagnoosini jõutakse esimesel elunädalal, on tervisekahju osaliselt välditav. Hilinenud diagnoos võib ainevahetushäirete tulemusel viia püsivate tervisehäirete või surmani. Galaktoosi muundavate ensüümide puudulikkust esineb sagedusega 1 juhtum 16 000 – 60 000 vastsündinu kohta. Paljudes riikides toimub vastsündinute sõeluuring erinevate pärilike ainevahetushaiguste suhtes ja galaktoseemia skriining on osaks tavapärasest sõeluuringupaketist.

Tõendus galaktoseemia sõeluuringu efektiivsuse ja majandusliku tõhususe kohta teaduskirjanduses on piiratud. Seetõttu ei ole võimalik anda hinnangut galaktoseemia kulutõhususele ega koostada kulutõhususe mudelit Eestis toimuva sõeluuringu tarvis.

Eestis on sõeluuringus kasutusel Beutleri test, mis on tundlik, spetsiifiline ja odav ega vaja eriaparatuuri. Beutleri testi tegemiseks kasutatakse Eestis sama uuringumaterjali (vereproovi testkaardil), millega määratakse 20 päriliku ainevahetushaiguse riske. Galaktoseemia esmastesti ehk Beutleri testi positiivne tulemus vajab kinnitamist ja selleks kasutatakse Eestis üldgalaktoosi määramise kiirtesti, mis tehakse samast uuringumaterjalist testkaardilt. Eestis võetakse kõigis sünnitusosakondades vastsündinutelt 3.–5. elupäeval 6 vereproovi testkaardile, mis saadetakse reeglina haigla transpordi või kullerteenuse abil kas igal tööpäeval või paar korda nädalas TÜ Kliinikumi ühendlaborisse Tartus.

Galaktoseemiat kinnitav vastus (esmastest ja kinnitav test) peaks saabuma vereproovi võtnud sünnitusosakonda lapse 5.–7. elupäeval, et korraldada lapse toomine haiglasse ja viivitamata rakendada galaktoosivaba dieeti. Praeguse transpordikorralduse juures saadakse suur osa testi tulemustest galaktoseemia mõistes liiga hilja. Lahenduseks on kõigi vastsündinute testpaberite toimetamine laborisse 24 tunni jooksul pärast vereproovide võtmist. See tähendab kullerteenusele üleminekut osades raviasutustes ning galaktoseemiaproovi analüüsimist kõigil tööpäevadel. Üaltoodud põhjustel ei ole kohane käsitleda galaktoseemia sõeluuringut lahus teistest vastsündinute sõeluuringuanalüüsist, vaid see tuleks lugeda osaks vastsündinute sõeluuringust ning korraldada ja rahastada sõeluuringut tervikuna.

Olemasolevate andmete ülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli esmakordselt arutelul 22.08.2018. Leiti, et GAL skriiningu sensitiivsuseks hinnatakse kirjanduse andmetel 80-100% ja spetsiifilisuseks 94-99%. Põhiline piirang organiseeritud sõeluuringu rakendamisel seisnes proovide laekumises: mediaanaeg diagnoosini oli 6,4 päeva, kuid suure varieeruvuse tõttu (3,7-11,1 päeva) jäävad osad testid 7 päeva piirist välja ja vastsündinud õigel ajal diagnoosini ei jõua. 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.

Täna on TÜlt laekunud TTH raport. Raportis tuuakse välja seireuringu optimaalne ja tegelik korraldus ja eelarvemõju. Vaatamata sellele, et kõik positiivsed testitakse koheselt üle ja lõplik

spetsiifilisus on kõrge, on probleemiks madal positiivne ennustusväärtus, mis on tingitud äärmiselt madalast levimusest (PPV 4%-64%). Antud kontekstis on kõige olulisem siiski testi sensitiivsus, mis on kõrge ja ei ole teada ühtegi valenegatiivset juhtu. Võtmetähtsusega on testi õigeaegne tegemine ja kohene diagnoosimine proovi laborisse jõudmisel, haiguse kahtluse korral kohene sojapiimasegudieet. Rootsisis on saavutatud proovi võtmine 2,9 päeva jooksul ja kõrge spetsiifilisusega testimine keskmiselt 5,5 päeva jooksul. Näidati, et diagnoosini jõudmine ja ravi alustamine on võimalik esimese elunädala jooksul. Samas on tõendus piiratud ja uuringuid sõeluuringu efektiivsuse ja kuluefektiivsuse kohta ei ole piisavalt.

Alates 2014. a viiakse Eestis läbi vastsündinute skriiningut 19 päriliku ainevahetushaiguse diagnoosimiseks, millele 2015. lisandus eraldiseisva projektina GAL uuring Beutleri testiga. Vereproov võetakse 3.-5. elupäeval ja testitakse TÜK geneetikakeskuse laboris. Proovi ei saa võtta esimese 48 tunni vältel, kuna erinevate haiguste korral esinevad laguproduktid ei ole koheselt määratavad. Lisaks toimub GAL oportunistlik sõeluuring kliiniliste nähtude alusel ja testimisel Benedicti testiga. Diagnoosimine võtab sellisel juhul aega kuni 3 päeva alates sümptomite tekkest. Samal ajal rakendatakse galaktoosivaba dieeti. Oportunistlik sõeluuring on efektiivne, kuna pediatrid jälgivad kliinikut ja GAL kahtlusel alustatakse koheselt diagnostika ja dieediga.

Organiseeritud GAL sõeluuringu rakendamisel Eestis võetakse proov 3.-4. elupäeval ja saadetakse TÜKi igal tööpäeval. Keskmise diagnoosimise kestus on täna 6,4 päeva. Kitsaskohaks on proovide saatmise aeg laborisse, mis tuleks lühendada <24 tunnini. Lisaks tuleb tavapraktikas juhendada GAL sõeluuringu juhendist. Korraldusliku probleemina puudub Eestis vastsündinute sõeluuringu register ja sõeluuringute juhtasutus, mille ülesanne peaks olema sõeluuringuprogrammi koordineerimine, arendamine ja kvaliteedi hindamine ehk kogu vastsündinute sõeluuringu juhtimine.

Raport pakub välja ka GAL organiseeritud sõeluuringu optimaalse korralduse vastsündinute sõeluuringu osana, mis oleks riiklik programm, mille korraldamise, koordineerimise, arendamise, kvaliteedi jälgimisega ja rahastamisega tegeleks juhtasutus. Andmed salvestatakse vastavasse registrisse. Vajalik on juhend ja kvaliteedikontroll. Korraldus peab tagama testimise tulemused 5.-6. elupäeval.

GAL sõeluuringu rakendamise hinnanguliseks eelarvemõjukuks on 50 000-60 000 eurot aastas. Kuna tuleb tagada kõigi testide õigeaegne jõudmine laborisse, lisandub logistikakulu, mida ei ole hinnatud. Samuti ei käsitle raport lisanduvate kuludena sihtasutuse ja vastava registri loomist, kuid seda tuleb arvesse võtta riikliku kuluna.

Kokkuvõttes TTH raporti koostajate ja komisjoni 2018. aasta arutelu järeldused ühtivad.

Diskussioon

Haigekassa esindaja selgitas, et haigekassa ettepanek on vastsündinute ainevahetushaiguste sõeluuringu teenuse (66147) hinnakirjeldusele lisada GALT-ensüümi aktiivsuse määramise testi (Beutleri testi) kulu ning kõigile positiivse tulemusega testidele teise etapi, st üldgalaktoosi määramise testide kulu. Aastane kogukulu haigekassa eelarvele on 56 000 eurot.

Haigekassa esindaja selgitas täiendavalt, et teemaga seoses on tõstatatud arutelud, kas on vajalik luua riiklik vastsündinute sõeluuringute register. Hetkel on jõutud järelduseni, et eraldi registrit ei looda, vaid vastav register peaks olema ühildatud riikliku harvikaiguste registriga. Andmete liikumine oleks võimalik lahendada kas läbi e-labori, TEHIK-u või tsentraliseeritud Orphankodeerimise korraldamise, mis on Euroopa üleselt koordineeritud harvikaiguste registreerimise süsteem. Harvikaiguste ja harvikravimite infoportaal Orphanet (www.orpha.net) loodi algselt Prantsusmaal ja sellega on nüüdseks liitunud üle 40 riigi (sh Eesti). Andmekorje küsimus vajab lahendamist.

Haigekassa esindaja selgitas, et taotluse teise osaga (toitumisterapeudi nõustamine pärilike haiguste korral) tegeletakse komplekselt koos teiste tugispetsialistide rahastamise mudeli välja töötamisega, mis on hetkel töös.

Arutlusel oli, et komisjon on varasemalt andnud hinnangu, et tegemist on sensitiivse ja spetsiifilise testiga. Komisjon tegi ettepaneku tellida TTH raport, millest selgus, et kulutõhususe hindamine ei ole võimalik, kuna haiguse avaldumus on väga väike. Lisaks on komisjon juba varasemalt toonud esile, et ühtlasi tuleks lahendada sõeluuringu süsteemne korraldus. Komisjon toetab taotluse rahuldamist ja haigekassa ettepanekut lisada vastsündinute sõeluuringu teenusesse galaktoseemia testimise kulu.

Seoses harvikaiguste registriga tõstatus küsimus, milline organisatsioon peaks registrit juhtima ja haldama. Sotsiaalministeeriumi esindaja selgitas, et rahavastikupõhiste terviseregistrite pidamise

kompetents on praegu kõige suurem Tervise Arengu Instituudil, kuid hetkel puudub teadmine, millises ajaraamis harvikaiguste registriga on plaanis edasi liikuda.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab taotluse rahuldamist ja haigekassa ettepanekut lisada vastsündinute sõeluuringu teenusesse galaktoseemia testimise kulu.

Taotlus nr 1325 – Kolju- ja näokirurgia preoperatiivne 3D planeerimine

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 16.01.2019 ja 10.06.2020.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Näo- ja lõualuukirurgia Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada loetellu teenus kompuutertomograafia (KT) uuringu põhjal 3D virtuaalne kirurgiline planeerimine ja kolju prototüübi 3D printimine, mida rakendatakse keerulisematel kranioplastikatel, aju- ja näokolju rekonstruktsioonidel ja ortognaatsetel operatsioonidel. Teenuse eesmärk on täiendada operatsioonieelset planeerimist tagamaks optimaalseimad kolju osteotomia jooned ja preoperatiivselt disainida teistest doonori regioonidest luu siirikute osteotomia jooned lõualuude ja näokolju defektide rekonstruktsiooniks. Samuti virtuaalselt visualiseerida ja planeerida operatsiooni tulemust.

TTH raporti esimese osa kokkuvõte - ülevaade 3D printimise võimalustest ja tõenduspõhisuse ülevaade kasutusvaldkondadest meditsiinis

Erinevad uuringud on näidanud, et 3D-printimise rakendamine vähendab teatud juhtudel operatsiooniaega ja operatsioonivahendite kulu, tüsistusi, vajalikku vereülekande hulka ja haiglas viibimise aega. Kahjuks ei ole neid positiivseid tulemusi ühelgi erialal ega valdkonnas veel usaldusväärset tõendatud suurema hulga patsientidega ega kliiniliselt juhulikustatud teadusuuringutega ning puuduvad kaugtulemuste uuringud. Seega meditsiinilise 3D trükkimise efektiivsust ehk lisanduvat tervisekasu võrreldes tavapraktikaga teadusuuringutega üheselt tõestatud ei ole. Samuti pole meditsiinilist 3D printimist eraldi välja toodud rahvusvahelistes ravijuhistes ning puuduvad teadustöö ühtsed juhised ja standardid. Süsteemsem kolmemõõtmelise trükkimise kasutamine meditsiinis eeldab mitme rakendusvaldkonna ja eriala puhul veel edasisi teadusuuringuid. Süstemaatiliste ülevaadete põhjal on kõige rohkem 3D printitud vahendite efektiivsuse uuringuid tehtud kirurgiliste operatsioonide planeerimise anatoomiliste mudelite ja operatsiooni abivahendite kohta, millest valdav enamus näo-lõualuukirurgias ja luu-lihaskonnakirurgias. Teaduskirjanduse ülevaate põhjal vähendab 3D printitud mudelite kasutamine ressursikasutust ja suurendab operatsiooni täpsust.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (ortopeedia erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Ortopeedias on 3D mudeli patoloogiast printimise peamine kasutusvaldkond õpetamine/koolitus. Operatsiooni planeerimisel on tavaliselt piisav, kui kasutada olemasolevaid kuvamistehnikaid. Kui kasutada 3D printitud implantaate, siis käib sellega kaasas ka 3D printitud mudel ja see on juba implantaadi hinna sees. Ilmselt jääb vähemalt suuremate implantaatide 3D printimine erinevate regulatsioonide tõttu selleks loodud firmade juurde. 3D printimise seadmed võiks pigem kuuluda osakondade juurde, kes rekonstruktsiooni planeerivad.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Ballard *et al* süstemaatilise ülevaate põhjal lüheneb keskmiselt operatsiooniaeg 62 minutit, kui kasutada 3D printitud anatoomilisi mudeleid operatsiooni planeerimisel. 3D printitud kirurgiliste giidide kasutamisel lüheneb operatsiooni aeg 23 minutit. Süstemaatilises ülevaates on välja toodud, et 3D

printerit kulusäästlikuks kasutamiseks tuleks printerit aastas kasutada vähemalt 63 mudeli valmistamiseks. (Ballard *et al*, 2019)

Kui võttes arvesse, et operatsiooni aeg võiks väheneda 62 või 23 minutit oleks operatsiooni lühenemisest tekkiv sääst 64 – 174 eurot ühe operatsiooni kohta. Ühe 3D printimise hind on taotluses esitatud andmete põhjal 363,76 eurot, millele lisandub üks kombineeritud kompuutertomograafia uuring vastavast piirkonnast (koodid 7975, hind 59,87 eurot ja 7976, hind 18,23 eurot), kokku 78,10 eurot (sõltuvalt piirkondade arvust võib hind suureneda). Kokku kulu 3D printimisele ca 442 eurot. Seega olemasolevate andmete alusel tekiks 3D prinditud mudelite ja giidide kasutamisel **täiendav kulu 268 – 378 eurot ühe operatsiooni kohta**.

Vähenevaks kuluks võib olla ka anesteesia aja lühenemine, kuid see sõltub täpsemalt operatsiooni aja pikkusest. Kuid ka antud juhul tekiks 3D prinditud mudelite ja giidide kasutamisel täiendav kulu 88 – 278 eurot ühe operatsiooni kohta.

Taotleja poolne hinnanguline ravijuhtude arv aastas näo-lõualuukirurgias on 120. Ravijuhtude arv ortopeedias ei ole teada, kuna selles osas ei ole andmeid esitatud. Taotletava teenuse lisakulu näo-lõualuukirurgias on 52 745 eurot aastas.

Olemasolevate andmete ülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli arutelul 16.01.2019 ja 10.06.2020. On leitud, et 3D printimine on kasutusel eeskätt kolju-, näo- ja lõualuukirurgias ning luu-lihaskonnakirurgias operatsioonide planeerimisel mudelitena, vähendades ressursikasutust ja suurendades operatsiooni täpsust. Tõendus meetodi kliinilise kasu kohta on seni ebapiisav. Võib eeldada, et operatsiooni täpsuse suurenemine realiseerub mingi kliinilise kasuna, näiteks parema elukvaliteedi, rahulolu tulemusega jne, kuid tõendus selle kohta on seni ebapiisav. Hetkel saab printimist käsitleda kui võimalikku kulusäästjat. Samas eeldame, et selle kasutuselevõtt on seotud kuludega, mis oluliselt ületavad kirjeldatud säästu. Meetodi majanduslikku mõju tuleb täpsustada. Komisjon leidis, et majandusanalüüs on asjakohane ja selle koostab haigekassa ise. Implantaatide hindamisel edaspidi peaks taotluste käsitlus olema implantaadipõhine ja mitte üldine. Samuti sooviti ekspertarvamust raportis esitatud näidustustele.

Tänaseks on esitatud ortopeedi ekspertarvamus, mis on konservatiivne ja soovib 3D printimist eeskätt ortooside valmistamisel ja õpetamisel. Implantaatide valmistamisel käib sellega kaasas ka 3D mudel, mis on hinna sees. Ekspert on teinud ka küsitluse Euroopa ortopeedide hulgas, kust selgus, et Saksamaal, Hispaanias ja Itaalias (suured/ülikooli kliinikud) on 3D printimine algusjärgus ja kasutatakse teadusliku uurimistöö eesmärgil. Ravikindlustus teenust üheski riigis ei kata. Oluliseks piiranguks on kaugtulemuste puudumine. Soomes kasutatakse kõigis ülikooli kliinikutes, kuid teenust tellitakse erafirmadelt. Eeldatakse, et printeri olemasolul haiglas kasutus suureneb. Rootsis on kasutusel koos implantaatidega ja riik rahastab teenuse. Ekspertarvamuse kokkuvõte:

1. Ortopeedias on 3D mudeli patoloogiast printimise peamine kasutusvaldkond õpetamine/koolitus.
2. Operatsiooni planeerimisel on tavaliselt piisav, kui kasutada olemasolevaid kuvamistehnikaid
3. Kui kasutada 3D prinditud implantaate, käib sellega kaasas ka 3D prinditud mudel ja see on juba implantaadi hinna sees. Ilmselt jääb vähemalt suuremate implantaatide 3D printimine erinevate regulatsioonide tõttu selleks loodud firmade juurde.
4. 3D printimise seadmed võiks pigem kuuluda osakondade juurde, kes rekonstruktsiooni planeerivad. Näo- ja kaelakirurgid uut arvamust ei esitanud, kuna nende (pooldav) seisukoht on toodud taotluses ja TTH raportis.

KTH alusel on teenuse piirhind 363 eurot. Kulutõhususe tõendus on piiratud, Ballard *et al* 2019 süstemaatiline ülevaade näitab operatsiooniaja lühenemist 20-60 minuti võrra, kulusäästvaks muutub >60 mudeli valmistamisel aastas. Vastava minutipõhise arvestuse rakendamisel operatsiooniaja lühenemisele Eestis oleks täiendav kulu 300-400 eurot operatsiooni kohta, anesteesia säästu arvestades kuni 600 eurot. Ravijuhtude arv oleks 120 (80 PERH, 40 TÜK), lisakulu eelarvele 53 000 eurot aastas. Puudub arvestus, millal (mitme kasutuskorra juures) muutub kulusäästvaks (tasub ennast ära). Kuluefektiivsust hinnata ei saa, kuna puuduvad võrdlusuuringud ja pikaajalised andmed.

Kokkuvõttes on tegemist olukorraga, kus uus atraktiivne meetod on võetud kasutusele lühiajaliste tulemusnäitajate alusel eesmärgiga suurendada operatsiooni täpsust ja vähendada aega/kulu. Tõendus meetodi pikaajalise kliinilise kasu kohta on seni ebapiisav. Poolt- ja vastuargumendid põhinevad seetõttu eeskätt kogemusel ja arvamusel.

Diskussioon

Tõstatus küsimus, kas Eestis on nii palju ravijuhte, mille korral preoperatiivne 3D planeerimine on põhjendatud. Arutlusel oli, et kuigi eelarvemõju on madal, siis võib tekkida ülekasutuse oht, kui riiklikust ravikindlustusest on võimalus loodud. Arutlusel oli, et tuleks määratleda, millistel näidustustel on teenuse osutamine asjakohane. Kui tulevikus soovitakse näidustusi laiendada, siis need tuleks eraldi hinnata. Pöörati tähelepanu, et operatsiooniaja ja anesteesia lühenemise seisukohalt on teenus oluline. Tõstatus küsimus, kas peaks olema rahastatud eraldi teenusena või peaks olema lisatud operatsiooni teenusekirjeldusele. Toodi esile, et kuna mudeli 3D printimine ei toimu tõenäoliselt operatsiooniga samal päeval, ei ole korrektne seda operatsiooni hinna sisse arvestada. Haigekassa esindaja selgitas, et preoperatiivne 3D planeerimine võib olla seotud mitmete erinevate operatsiooni koodidega. Olemasolevatesse operatsiooni teenustesse komponendi juurde lisamine võib olla suur rahaline risk, kui tegelikkuses 3D printimist kasutama ei hakata. Ettepanek on lisada eraldi koodiga, kuid sealjuures teenuse hinna kujundamisel arvestada 3D printimise kulust maha eeldatav operatsiooni lühenemise aeg. Komisjon teeb ettepaneku lähtuvalt tõenduse ülevaatest määratleda koostöös näo-lõualuukirurgia ja ortopeedia erialaseltsidega ära näidustused, mille korral on teenuse osutamine põhjendatud.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab teenuse lisamist eeldusel, et erialaseltsidega lepitakse kokku näidustused, mille korral on teenuse osutamine põhjendatud.

Taotlus nr 1430 – Ultraheli kasutamine anesteesias ja intensiivravis

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 15.01.2020.

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Anestesioloogide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on kasutada ultraheli (UH) anesteesias ja intensiivravis. UH kasutamine on vajalik tsentraalveeni punktsioonil, närvipõimikute- ja fastsiablokaadidel, 20% juhtudel arteri kanüülamise protseduuridest, 10-20% juhtudel trahhea visualiseerimise punktsioontrahheostoomia läbiviimisel ning diagnostilistel protseduuridel (ehhokardiograafiline ja õõnesveeni uuring). UH kasutamine invasiivsete protseduuride läbiviimisel tõstab protseduuri efektiivsust ja ohutust.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)

Ei leitud võrdlusuuringuid, mis oleks tuvastanud mõõdetavaid erinevusi UH kasutamisel ning ilma selleta protseduuride teostamisel. Sellest tulenevalt ei ole võimalik arvutada välja täiendkulu tõhususe määra. Uuringutes on välja toodud, et teatud protseduuride puhul võimaldab UH kasutamine saavutada paremat kvaliteeti, kuid kliiniline tähtsus on minimaalne. American Society of Anesthesiology ning American Society of Regional Anesthesia juhendid soovitavad UH-d kasutada regionaalblokaadide tegemisel. Muudatuste tulemusel suureneks intensiivravi voodipäevade piirhind 3,04 euro võrra ning anesteesia teenuste piirhinnad teenuse kestusest sõltuvalt 0,11 – 1,92 euro võrra. Kogumõju teenuse lisandumisest on ligikaudu 51 000 eurot.

Olemasolevate andmete ülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli eelnevalt arutelul 15.01.2020. Komisjon toetas taotlust kahel eeldusel: anestesioloogidel paluti koostöös kardioloogidega esitada selgitus, kuidas tagatakse ehhogardiograafia protseduuri läbiviimiseks pädevuse litsentseerimise ja kvaliteedi tagamine, haigekassalt paluti teenuste hindu ja eelarvemõju hinnangut.

Tänaseks on esitatud eelarvemõju hinnang, mis hindab vajaduseks 20 000 protseduuri aastas ja muudatuse kogumõjuks 60 000 eurot aastas. Anestesioloogide selts on esitanud lisaandmed, kus koodi 6339 kirjeldust muuta ei soovita, aga kuna ehho-KG on taotluse oluline osa, nähakse vajadust teema

aruteluks koostöös kardioloogidega. Lisaks südame ehole kasutavad anestezioloogid UH ka muudel protseduuridel (nn bedside US, punktsioonid, dreenaazid, blokaadid jne).

EhhoKG koolitus on tagatud anestezioloogia residentuuri osana ja praktika toimub PERH, TÜKi ja ITK intensiivravi osakondades. Selgusetuks jäi, kas varem lõpetanud anestezioloogid on samuti koolitatud ja kas/kuidas toimub nende litsenseerimine.

Eelarvemõju hinnangu alusel suureneks intensiivravi voodipäeva piirhind 0,76 euro võrra ja anesteesia teenuste piirhinnad 1-22 eurot. Kogumõju eelarvele 60 000 eurot aastas.

Diskussioon

Toodi esile, et protseduuri läbiviimine visualiseeritult on parem. Haigekassa esindaja selgitas, et UH komponent arvestatakse olemasolevate teenuste sisse, eraldi teenust ei looda. Eraldi rakendustingimusega saab täpsustada, et UH kulu on juba arvestatud teenuse sisse ning lisaks UH teenuse eraldi juurde kodeerimine ei ole põhjendatud. Komisjon toetab UH komponendi lisamist olemasolevatesse teenustesse.

Pöörati tähelepanu, et teenuse osutamist tõendavad kujutised arhiveeritakse pildipangas. Tõstatus küsimus, kas see peaks olema täpsustatud rakendustingimusega. Haigekassa esindaja selgitas, et teiste sarnaste teenuste puhul ei ole loetus vastavat rakendustingimust välja toodud, sest seda reguleerib teine õigusakt. Toodi esile, et seda saab üle rõhutada eelnõu seletuskirjas. Tõstatus küsimus, kas kõikide UH uuringute kujutised tuleb arhiveerida pildipangas. Kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik selgitas, et kõik kujutised tuleb arhiveerida pildipangas.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab taotluse rahuldamist ja ettepanekut lisada UH komponent olemasolevate teenuste hinna sisse.

2. Kaugteraapia – füsioterapia, logopeedia

Tugispetsialistide (füsioterapeut, logopeed, kliiniline psühholoog ja tegevusterapeut) kaugteraapiad olid võimaldatud eriolukorra ajal. Selleks, et viia kaugteraapiad loetellu ka tavaolukorras on haigekassa tellinud eelanalüüsid vastava eriala seltsidelt ning samuti palunud neil oma liikmete hulgas läbi viia küsitlus kaugteenuste osutamise kogemuse kohta eriolukorra ajal. Tänapäevaks on valminud eelanalüüsid füsioterapia ja logopeedia erialal. Lähtuvalt kogutud informatsioonist on nende kahe eriala osas koostanud ettepanekud kaugteraapiate rakendustingimuste kohta, mida on arutanud juba ka koos vastava eriala seltsidega.

Kontaktteraapia teenused, mille puhul võimaldatakse teenust osutada ka kaugteel, st luuakse vastavad kaugteraapia teenusekoodid, on järgmised:

- 1) Füsioterapia
 - Füsioterapia individuaalne (kestus 30 min), kood 7050;
 - Füsioterapia 2-3 haigele samal ajal (kestus 30 min), kood 7051;
 - Füsioterapia grupis (kestus 30 min), kood 7052;
 - Füsioterapia teenused esmatasandi tervisekeskuses (vastavad koodid 7062, 7063, 7064).
- 2) Logopeedia
 - Kliinilise logopeedi konsultatsioon, kood 7620;
 - Logopeediline teraapia (kontaktaeg 50 min), kood 7622.

Haigekassa on logopeedia erialaseltsidele teinud ettepaneku luua üks ühine logopeediline kaugteenus – logopeediline kaugvastuvõtt. Sellisel juhul saab logopeed ise otsustada, kas teeb vastuvõtu raames konsultatsiooni või teraapiat.

Kaugteraapia rakendustingimused (kirjeldatud rakendustingimused kehtivad mõlemal erialal) on järgmised:

1. Kaugteraapia on teraapia, mis toimub vahetu kontaktita, kasutades turvalist videoühendust.
2. Kaugteraapiat rakendatakse eriarsti suunamisel, kui patsient pöördub sama tervise seisundiga selle spetsialisti teraapia korduvalt.
3. Kaugteraapiat rakendatakse järgmistel tingimustel:

- 1) võrreldes kontaktteraapiaga tervishoiuteenuse kvaliteet säilib või paraneb;
 - 2) kaugteraapia sobivuse konkreetse patsiendi terviseprobleemi käsitlemisel otsustab teraapiat osutav spetsialist, patsiendi tehnilist valmisolekut hindab tervishoiuteenuse osutaja;
 - 3) kaugteraapia toimub patsiendi nõusolekul, mis on dokumenteeritud;
 - 4) kaugteraapia toimub kokkulepitud ajal ja viisil, sünkroonse suhtlusena;
 - 5) kaugteraapiaks kasutatav info- ja kommunikatsioonitehnoloogia lahendus ja selle kasutamine vastavad õigusaktides (sh isikuandmete kaitse seadus, isikuandmete kaitse üldmäärus) sätestatud põhimõtetele;
 - 6) patsiendi isiku tuvastamise eest vastutab tervishoiuteenuse osutaja.
4. Kaugteraapiat ei rakendata järgmistel juhtudel:
- 1) teraapiaaja kokkuleppimisel, muutmisel või tühistamisel;
 - 2) materjalide edastamisel.
5. Kaugteraapia koode ei rakendata koos vastavate kontaktteraapia koodidega.

Kaugteenuste korral rakenduvad ka vastavate olemasolevate kontaktteenuste rakendustingimused. Lisaks on erialaseltsidega olnud arutlusel, et nad koostavad oma eriala kaugteraapia juhendmaterjali, mis võiksid valmida hiljemalt novembri lõpuks.

Diskussioon

Tõstatus küsimus, kas grupi kaugfüsioteraapia korral peaks olema grupi maksimumsuurus ära määratletud, et tagada kvaliteetne teenuse osutamine. Komisjon tegi ettepaneku selles osas erialaseltsiga üle täpsustada.

Tõstatus küsimus, miks on füsioteraapia teenused esmatasandi tervisekeskuses odavamad kui haiglas. Haigekassa esindaja selgitas, et hinnaerisus tuleneb sellest, et tervisekeskuse pinna kulu kaetakse ära juba baasrahaga ja selleks, et ruumikulu ei oleks kaetud topelt, on see füsioteraapia teenuse hinnast välja jäetud.

Komisjon tegi ettepaneku, et ca ühe aasta pärast võiks kaugteenustele teha sisulise ja mahulise auditi. Haigekassa esindaja selgitas, et haigekassa juba hetkel jälgib, kuidas on kaugvastuvõtude kasutuselevõtt rakendunud – teenuste statistika, ravidokumentide, kui ka inimeste tagasiside põhjal. Sarnane jälgimine on plaanis ka kaugteraapiate rakendumisel. Samuti planeerib haigekassa, kuidas kontrollida ja hinnata kaugteenuste sisulisemat rakendumist – kas ja kuidas on muutunud patsiendi raviteekond, ravimite välja ostmine jne.

Tõstatus küsimus, kuidas hinnatakse, milline on turvaline keskkond. Haigekassa esindaja selgitas, et hetkel on turvalisuse osas jäänud vastutus raviasutustele. Suurematel raviasutustel ei ole arvatavasti probleeme, kuid tuge vajavad väiksemad raviasutused. Varasemalt on olnud arutlusel, kas haigekassa võiks koostada loetelu turvalistest kanalitest, kuid haigekassa leidis, et loetelu koostamine võiks olla piirav innovaatilistele arengutele. Komisjon pööras tähelepanu, et vastav loetelu ei pea olema kohustuslik või määrusega kinnitatud, vaid soovituslik ning ajas kergesti täienev. Haigekassa lubas teema uuesti arutlusele võtta.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetab füsioteraapia ja logopeediliste kaugteenuste lisamist loetellu. Grupi füsioteraapia osas tuleks erialaseltsiga grupi suurus üle täpsustada.

3. Taotluste prioriseerimine

Koostati eelnevalt heakskiidetud teenuste nimekiri TTL-i lisamiseks 1. jaanuarist 2021. a. vastavalt nende eeldatavale tervise- ja majandusmõjule. Nagu varasemalt jagati taotlused kahte rühma:

- A – prioriteetne ehk teenuse/meetodi/tehnoloogia eeldatav mõju rahvastiku tervisele on suur, tõendus efektiivsuse ja ohutuse osas tugev-mõõdukas, teenus on kuluefektiivne;
- B – vajalik ehk otsene tervisekasu on väiksem, tõendus piiratum, kuluefektiivsus kaheldav.

Diskussioon

1384 „Endoskoopiline kolangioskoopia“

Komisjon tegi varasemalt ettepaneku sätestada rakendustingimus, mis näidustustel teenust osutatakse. Koosoleku toimumise hetkeks erialaselt näidustuste osas tagasisidet ei olnud.

Prioriteetsus – B.

1385 „Endoskoopiline submukoosne dissektsioon“

Prioriteetsus – A.

1414 „Hemostaatilise pulbri kasutamine endoskoopiaal“

Teatud juhtudel on elupäästev. Prioriteetsus – A.

775 „Endovaskulaarne ultraheli“

Prioriteetsus – IVUS korral A, OCT korral B.

776 „Fraksioneeritud voolureserv“

Prioriteetsus – A.

855 „Biventrikulaarsete resüinkroniseerivate kardiosstimulaatorite ja implanteeritavate kadioverter-defibrillaatorite automaatne telemeetriline järelkontroll“

Prioriteetsus – A.

1119 „Kateeter-juhitatud perkutaanne südame vasema koja kõrvakese sulgemise protseduur“

Prioriteetsus – B.

1121 „Septaalharu alkoholablatsioon“

Komisjon toetas teenust eeldusel, et teenuse hind vaadatakse eelnevalt eriala nüüdisajastamise käigus üle, et see ei ületaks olemasoleva alternatiivi hinda. Haigekassa esindaja selgitas, et kardioloogia eriala nüüdisajastamisega ollakse peaaegu lõpusirgel, kuid kõiki hindu ei ole veel kinnitatud ja on veel selgumisel.

Prioriteetsus – A, eeldusel, et hind on alternatiiviga sarnane.

1376 „Mitraalklapi perkutaanne plastika“

Komisjon toetab teenust tingimusel, et ICER ei ületa 40 000 eurot. Haigekassa esindaja selgitas, et kõikide kardioloogia teenuste hinnad on selgumisel lähinädalatel nüüdisajastamise raames.

Prioriteetsus – A, eeldusel, et teenuse hind ei ületa 40 000 eurot/QALY.

1377 „Telemeetriline EKG monitooring“

Komisjon tegi ettepaneku luua telemeetrilisele EKG-le ja Holter monitooringule üks ühine hind vastavalt teenuse osutamise osakaaludele.

Prioriteetsus – A.

1391 „PET uuring FDG-ga, PET lisauuring FDG-ga“

Lisamõju eelarvele ei ole. Prioriteetsus – A.

1392 „Peptiidretseptor-radionukliidravi (1 raviprotseduur)“

Prioriteetsus – A, eeldusel, et teenuse hind ei ületa 40 000 eurot/QALY.

1393 „PET uuring PSMA-ga; PET lisauuring FDG-ga nimetuse muutmine“

Komisjon tegi ettepaneku küsida uroloogia ja nuklearmeditsiini erialaseltsidelt, milline patsientide grupp vajab uuringut enim (kasu patsiendile kõige suurem) ja leppida kokku rakendustingimuste osas. Koosoleku toimumise hetkeks erialaseltsilt näidustuste osas tagasisidet ei olnud.

Prioriteetsus – A, eeldusel, et erialaseltsiga täpsustatakse üle näidustused ja rakendustingimused.

1405 „Jäsemete ja lülisamba 3D-röntgenuuring ehk koonuskimp-kompuutertomograafia (KK-KT)“

Komisjon toetas taotluse rahuldamist, kuid teenuse hind tuli üle vaadata. Koosoleku toimumise hetkeks erialaseltsilt hinna osas tagasisidet ei olnud.

Prioriteetsus – A, eeldusel, et teenuse hind ei ületa alternatiivse teenuse (KT) hinda.

1403 „Ekstrakorporaalne membraanoksügenisatsiooni (ECMO) aparaat“

Prioriteetsus – A.

1306 „Ekstrakraniaalse täppiskiiritusravi planeerimine; Ekstrakraniaalse täppiskiiritusravi protseduur. Uute paikmete (lokaalselt levinud pankreasevähk, neerupealise metastaas) lisamine teenusele.“

Komisjon toetas taotluse rahuldamist, kuid tegi ettepaneku eelarvemõju osas üle täpsustada. Koosoleku toimumise hetkeks erialaseltsilt eelarvemõju osas tagasisidet ei olnud.

Prioriteetsus – A.

1061 „Polüsomnograafia“

Prioriteetsus – B.

1325 „Kolju- ja näokirurgia preoperatiivne 3D planeerimine“

Prioriteetsus – B.

1433 „Kaugteraapia“

Prioriteetsus – A.

1430 „Ultraheli kasutamine anesteesias ja intensiivravis“

Prioriteetsus – A.

1138 „Galaktoseemia sõeluuring“

Prioriteetsus – A.

4. Muud teemad

Komisjoni esimees tegi ettepaneku lükata detsembri koosolek 17. detsembrile. Komisjoni liikmete poolt vastuväiteid ei olnud.