

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS

1. Taotluse algataja	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	Eesti Kliiniliste Onkoloogide Selts (EKOS)
Postiaadress	Vallikraavi 10, 51003 Tartu
Telefoni- ja faksinumber	+372 7319821
E-posti aadress	onkoloogia@gmail.com
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	Jana Jaal, MD, PhD (meditsiin) radio- ja onkoterapia osakond Hematoloogia-onkoloogia kliinik Tartu Ülikool SA Tartu Ülikooli Kliinikum Vallikraavi 10 51003 Tartu Telefon: 731 9821 E-post: Jana.Jaal@kliinikum.ee

2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)	
2.1. Teenuse nimetus	Patsientide majutus ambulatoorse kiiritusravi ajal
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus (<i>edaspidi</i> loetelu) olemasoleva teenuse korral	puudub
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	Heas üldseisundis (ECOG 0 ja 1) patsientide majutus ambulatoorse kiiritusravi ajal
2.4. Ettepaneku eesmärk	<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse (<i>edaspidi</i> teenuse) lisamine loetellu ¹ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmine ² <input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmine ³ <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmine ⁴ <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust ⁵

¹ Täidetakse kõik taotluse väljad või tuuakse selgitus iga mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

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

³ Täidetakse kõik allpool esitatud väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

⁴ Täidetakse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

	<input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmine ⁶ <input type="checkbox"/> Muu (selgitada)
2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi <input checked="" type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid <input type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid <input type="checkbox"/> Operatsioonid <input type="checkbox"/> Laboriuuringud, lahangud ja kudede transplantaadid <input type="checkbox"/> Veretooted ja protseduurid veretoodetega <input type="checkbox"/> Hambaravi <input type="checkbox"/> Kompleksteenused <input type="checkbox"/> Ei oska määrata/ Muu (selgitada)

3. Tõendus põhjus ja näidustused

3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks;

Pahaloomulised kasvaja on südame- ja veresoonkonna haiguste kõrval üheks peamiseks haigestumuse ja suremuse põhjuseks Euroopas. Igal aastal diagnoositakse seal vähkkasvaja ligikaudu 3,2 miljonil inimesel, nendest 7000 inimesel Eestis.^{1,2} Enamik patsiente Euroopas, kellel diagnoositakse pahaloomuline kasvaja, on üle 65 aasta vanad.¹ Eestis haigestutakse vähkkasvajatesse kõige sagedamini 55–74-aastaselt.² Elanikkonna vananemise tõttu vähki haigestumus pidevalt kasvab, mistõttu igal aastal onkoloogilise ravi vajadus suureneb.³

Lokaalset kiiritusravi kasutatakse laialdaselt kas iseseisvalt või kombineerituna teiste ravimeetoditega nii pahaloomuliste kasvaja tervistavas ravis kui ka levinud ning metastaseerunud vähktõve palliatiivses ravis. Ligikaudu 20 aastat tagasi analüüsiti mitmesuguste vähiravimeetodite olulisust tervistavas kasvaja ravimises.⁴ Juba siis näidati, et vähist tervistumine saavutati 49%-l haigetest kirurgilise raviga, 40%-l kiiritusraviga kas iseseisvalt või kombineerituna teiste ravimeetoditega ning ainult 11%-l keemiaraviga või kombineerides seda teiste ravimeetoditega. Hiljem, aastal 2005, on leitud, et 45–55% kasvaja haigetest vajab mingil haiguse perioodil kiiritusravi.^{5,6} Arvestades pahaloomulistesse kasvaja haigestumuse pidevat tõusu ning nii kiiritusravi tehnoloogilise kui ka tarkvaralise poole pidevat täiustumist, on lähiaastatel oodata veelgi suuremat vajadust kiiritusravi järele. Näiteks on hinnatud, et aastatel 2010–2020 suureneb kiiritusravi saavate patsientide hulk ligi 22%.⁷

Samal ajal on Eestis kiiritusravi kättesaadavus äärmiselt probleemne. Nii näiteks fikseeriti 2013. aastal kogu Euroopat hõlmanud analüüsis DIRAC (*Directory of Radiotherapy Centres*) Eesti kiiritusravi masinate puudujäägiks 50%.⁸ Samuti kinnitavad värskeimad 2014. aastal avaldatud Euroopat hõlmanud HERO (*the ESTRO Health Economics in Radiation Oncology*) analüüsid jätkuvat puudujääki Eestis nii kiiritusravi masinate (lineaarkiirendite) kui ka nendega töötava personali osas. Euroopas on keskmiselt 1 miljoni elaniku kohta 5,3 lineaarkiirendit ning Eestis 3 lineaarkiirendit.⁹ Arvestades 3 tegurit (intensiivsusmoduleeritud kiiritusravi osakaal, lineaarkiirendite arv 1 miljoni elaniku kohta ning rahvamajanduse kogutulu elaniku kohta) kuulub Eesti ühte klastrisse Albaania, Bulgaaria, Sloveenia, Poola, Valgevene, Ukraina ning Leeduga.⁹

⁵ Täidetakse taotluse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

⁶ Täidetakse punktid 1-2, 4.6, 9 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

Eeltoodut arvestades on äärmiselt vajalik riiklikul tasemel soodustada haiglate poolt teostatavaid kiiritusraviga seotud finantseeringuid (nt täiendavate lineaarkiirendite soetus) ning tagada Eesti elanikele olulise potentsiaalselt tervistava ravi adekvaatne kättesaadavus.

Seoses Tartu Ülikooli Kliinikumi uue korpuse valmimisega 2015. aastal ning kiiritusravi mahtude olulise tõusuga (1 lineaarkiirendi asemel hakkab tööle 3 lineaarkiirendit) muutub ambulatoorse kiiritusravi läbiviimine probleemseks. Vaatamata lineaarkiirendite arvu suurenemisele, ei tõuse statsionaarsete voodikohtade arv ning Lõuna-Eesti ja Ida-Virumaalt pärit patsiendid peavad edaspidi ravi alustamiseks lisaks kiiritusravi järjekorrale ootama ka statsionaarse haiglakoha järjekorras.

Arenenud riikides saavad rohkem kui 2/3 haigestest kiiritusravi ambulatoorselt. Selle hõlbustamiseks kasutatakse kas transpordi teenust või kompenseeritakse majutus. Näiteks Saksamaal kompenseeritakse igapäevased taksoarved (kiiritusravi osakonda ja koju tagasi) patsientidele, kes elavad kiiritusravi läbiviiva üksuse 100 km raadiuses. Ameerika Ühendriikides on enam levinud nn patsientide hotellid, kus patsiendid saavad odavama raha eest ööbida kogu ambulatoorse kiiritusravi kestel. Samuti on riike, kus nn patsientide majutuskulud kompenseeritakse haigekassa eelarvest.

EKOS leiab, et Eestis on kiiritusravi kättesaadavuse parandamiseks ning ambulatoorse kiiritusravi läbiviimiseks oluline kompenseerida just majutuskulud, sest suurel hulgal haigestest jääb kodu rohkem kui 100 km kaugusele.

3.2. teenuse tõenduspõhisus avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes;

Antud teenuse raames ei ole võimalik kliinilisi uuringuid läbi viia.

3.3. teenuse sisaldumine punktis 3.1 esitatud näidustustel Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes;

Taotletavat teenust ei ole mainitud aktsepteeritud ravijuhistes.

Küll aga sisaldavad enamus kvaliteedialaseid juhiseid viiteid selle kohta, kui pikad võivad olla kiiritusravi ootejärjekorrad. Nii näiteks sätestab dokument „Eesti vähiravi kvaliteedi tagamise nõuded“ (<http://www.sm.ee/et/tervislik-eluviis>), et tagatud on järgmised kiiritusravi ooteajad:

- kiiritusravi rakendamine sümptomite kiireks palliatsiooniks – ravi alustatakse 24–48 tunni jooksul,
- palliatiivne kiiritusravi – ravi alustatakse 48 tunni kuni 2 nädala jooksul,
- kuratiivne ehk tervistav kiiritusravi – ravi alustatakse 2–4 nädala jooksul,
- adjuvantne kiiritusravi – ravi alustatakse 4–6 nädala jooksul.

Käesoleval hetkel ei ole kiiritusravi aparatuuri ja statsionaarsete voodikohtade vähesuse tõttu paljud ooteaegade kriteeriumid täidetud.

3.4. teenuse osutamise kogemus maailmapraktikas ja Eestis punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes;

Arenenud riikides saavad rohkem kui 2/3 haigestest kiiritusravi ambulatoorselt. Tartu Ülikooli Kliinikumis rakendatakse ambulatoorset kiiritusravi Tartu ja selle lähiumbruse elanikele. Seega on ambulatoorse kiiritusravi läbiviimise kogemus Eestis olemas. Kaugemal elavate vähihaigete ambulatoorse kiiritusravi läbiviimiseks on vajalik majutuse kompensatsioon.

3.5. Meditsiinilise tõenduspõhisuse võrdlus Eestis ja rahvusvaheliselt kasutatavate alternatiivsete tervishoiuteenuste, ravimite jm,

Taotletava teenuse alternatiiviks Eestis on statsionaarne kiiritusravi. Mujal maailmas on alternatiiviks ka transpordikulude katmine ambulatoorset kiiritusravi saavatel patsientidel. Viimati mainitud teenus Eestis puudub.

3.6. teenuse seos kehtiva loeteluga, sh uue teenuse asendav ja täiendav mõju kehtivale loetelule;

Taotletava teenuse puhul asenduks statsionaarse kiiritusravi voodipäeva hind majutushinnaga seda vajavatel ambulatoorset kiiritusravi saavatel patsientidel.

Taotletav teenus asendaks järgmisi teenuseid:

- radioloogia voodipäev (esimesed 8 päeva), kood 2035,
- järeldravi voodipäev (kuni 60 päeva), kood 2047.

3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;

Taotletav teenus on seotud ambulatoorse kiiritusraviga, mida ordineerivad onkoloogid (kiiritus- ja keemiaravi tähenduses).

Taotletava teenusega on seotud järgnevad kiiritusravi teenused:

- konventsionaalne ehk tavapärase väliskiiritusravi planeerimine, kood 740101,
- konformne ehk kasvaja kujuga kohandatud väliskiiritusravi planeerimine, kood 740102,
- intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi planeerimine, kood 740103,
- väliskiiritusravi protseduur, kood 740201,
- intensiivsusmoduleeritud väliskiiritusravi protseduur, kood 740202,
- standardplaaniga lähikiiritusravi protseduur, kood 740301,
- kahedimensionaalse planeerimisega lähikiiritusravi protseduur, kood 740302,
- kolmedimensionaalse planeerimisega günekoloogilise kasvaja lähikiiritusravi protseduur, kood 740303,
- iga 5 väliskiiritusravi protseduuri kohta 1 eriarsti ambulatoorne vastuvõtt, kood 3004.

Tartu Ülikooli Kliinikumis saavad ligikaudu 50% kiiritusravi patsientidest ka samaaegset medikamentooset ravi. Seetõttu võib taotletav teenus olla seotud ka ambulatoorse medikamentoosse vähiravi teenustega:

- kopsukasvajate kemoteeraapiakuur, kood 309R,
- pea- ja kaelapiirkonna kasvajate kemoteeraapiakuur, kood 315R,
- ajukasvajate kemoteeraapiakuur, kood 316R,
- kolorektaalkasvajate kemoteeraapiakuur, kood 322R,
- mao- ja söögitorukasvajate kemoteeraapiakuur, kood 323R,
- biliopankreatilise süsteemi kartsinoomi kemoteeraapiakuur, kood 324R,
- emakakaelakasvajate kemoteeraapiakuur, kood 326R,
- kusepõie- jakusetedekasvajate kemoteeraapiakuur, kood 351R,
- tsütostaatilise ravikuuri planeerimine ja manustamine, kuni 1 tund, kood 7415,
- tsütostaatilise ravikuuri planeerimine ja manustamine, kuni 1-24 tundi, kood 7416.

4. Teenusest saadav tulemus ja kõrvaltoimed

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

Ambulatoorselt läbiviidaval kiiritusravil peaks olema statsionaarse kiiritusraviga sarnane ravitulemus. Sellegipoolest mõjutab oluliselt kiiritusravi efektiivsust ooteaja pikkus. Mida kauem tuleb patsiendil kiiritusravi oodata (nt statsionaarse haiglakoha järjekorras), seda väiksemaks jääb tõenäosus tervistavaks raviks. Seetõttu võib majutuse kompenseerimine ambulatoorset kiiritusravi saavatel haigetel Eesti tingimustes ravitulemust parandada.

4.2.teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega: Allpool toodud tabelis on kirjeldatud ravist tingitud kõrvaltoimeid (raskusaste ≥ 3). Aluseks on võetud 4.1. olulisemad tabelis mainitud uuringud.

Ambulatoorselt ja statsionaarselt läbiviidaval kiiritusravil ei ole erinevad kõrvaltoimed ja tüsistused. Seetõttu pole võrdlus asjakohane.

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

Ambulatoorselt ja statsionaarselt läbiviidavast kiiritusravist tingitud kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi on sarnane.

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

Taotletava teenuse osutamiseks ja patsiendi edasiseks jälgimiseks vajalikud tervishoiuteenused ja ravimid ei erine ambulatoorset kiiritusravi saavatel patsientidel (kes ei vaja majutust) kasutatavatest tervishoiuteenustest.

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

Teenust ei ole võimalik väärkasutada, sest ambulatoorsele kiiritusravile saavad patsiente suunata ainult vastava väljaõppe saanud onkoloogid (kiiritus- ja keemiaravi tähenduses), arvestades patsiendi üldseisundit ning konkreetsel patsiendil ambulatoorse ravi läbiviimise võimalikkust.

4.6.patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

Pole kohaldatav.

5. Vajadus

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

Eestis teenust vajavate patsientide arv tuleks läbi rääkida teise kiiritusravi teenust pakkuva haiglaga (Põhja-Eesti Regionaalhaigla). Viimast saab teha jooksvalt taotluse menetlemise käigus.

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal t^* 2016	Patsientide arv aastal $t+1$ 2017	Patsientide arv aastal $t+2$ 2018	Patsientide arv aastal $t+3$ 2019
1	2	3	4	5

* t – taotluse menetlemise aastale järgnev aasta;

5.2. teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes:

Teenuse mahu prognoos tuleks läbi rääkida teise kiiritusravi teenust pakkuva haiglaga (Põhja-Eesti Regionaalhaigla). Viimast saab teha jooksvalt taotluse menetlemise käigus.

Teenuse näidustus	Teenuse maht aastal t^* 2016	Teenuse maht aastal $t+1$ 2017	Teenuse maht aastal $t+2$ 2018	Teenuse maht aastal $t+3$ 2019
1	2	3	4	5

6. Taotletava teenuse kirjeldus

6.1. teenuse osutamiseks vajalik koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba, vm);

Teenust saab osutada majutusasutus, mis asub kiiritusravi läbiviiva üksuse läheduses ning kus patsient saab kogu ambulatoorse kiiritusravi kestel ööbida. Samuti võiks majutusasutus pakkuuda patsientidele mingisugusel määral toitlustamist (vähemalt hommikusööki).

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

Pole kohaldatav.

6.3. teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

Ambulatoorset kiiritusravi saav patsient elab majutusasutuses, kuid käib 1 kord päevas, igal tööpäeval kiiritusravi läbiviivas üksuses ravil.

7. Nõuded teenuse osutajale

7.1. teenuse osutaja (regionaalhaigla, keskhaigla, üldhaigla, perearst, vm);

Selgub läbirääkimiste käigus.

<p>7.2.infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus;</p> <p>Tervishoiuteenuse (ambulatoorse kiiritusravi) osutaja ei vaja taotletava teenuse rakendumisel täiendavate osakondade/teenistuse ja infrastruktuuri muutusi.</p>
<p>7.3.personali (täiendava) väljaõppe vajadus;</p> <p>Personali täiendava väljaõppe vajadus puudub.</p>
<p>7.4.minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;</p> <p>Pole kohaldatav.</p>
<p>7.5.teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.</p> <p>Teenuse rakendumisel on võimalik lühendada kiiritusravi järjekorda ning tagada patsientidele tulemuslikum ravi.</p>

<p>8. Kulutõhusus</p>
<p>8.1.teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused;</p> <p>Hinnatakse eraldi.</p>
<p>8.2.teenuse osutamisega kaasnevate teenuste ja soodusravimite, mis on nimetatud p 4.4, isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni esitatud kulude võrdlus alternatiivsete teenuste kuludega isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni;</p> <p>Pole kohaldatav.</p>
<p>8.3.ajutise töövõimetuse hüvitise kulude muutus ühe raviepisoodi kohta tuginedes tõendus põhiste uuringutele võrreldes alternatiivsete teenustega;</p> <p>Pole kohaldatav.</p>
<p>8.4.patsiendi poolt tehtavad kulutused võrreldes alternatiivsete teenuste korral tehtavate kuludega</p> <p>Võrreldes statsionaarset kiiritusravi saavate vähihaigetega võivad ambulatoorset kiiritusravi saavatel ning majutusasutuses elavatel patsientidel suureneva kulutused toidule. Viimane sõltub taotletava teenuse sisust, mis selgub läbirääkimiste ja arutelude käigus (majutusasutuses ainult hommikusöök või kogu päeva toitlustus).</p>

<p>9. Omaosalus</p>
<p>9.1.hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult</p> <p>Standardse ning elu pikendava kasvajakavastase ravi puhul ei peaks patsiendi omaosalust üldse olema.</p>

10. Esitamise kuupäev	31.12.2014
11. Esitaja nimi ja allkiri	Jana Jaal

12. Kasutatud kirjandus

1. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer* 2010;46:765-81.
2. Mägi M, Aareleid T. Vähihaigestumus ja selle muutused Eestis. *Eesti Arst* 2009;88:635-40.
3. Jemal A, Center MM, DeSantis C, Ward EM. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 2010;19:1893-907.
4. Frodin JE, Jonsson E, Moller T, Werko L. Radiotherapy in Sweden--a study of present use in relation to the literature and an estimate of future trends. *Acta Oncol* 1996;35:967-79.
5. Slotman BJ, Cottier B, Bentzen SM, Heeren G, Lievens Y, van den Bogaert W. Overview of national guidelines for infrastructure and staffing of radiotherapy. *ESTRO-QUARTS: work package 1. Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology* 2005;75:349-54.
6. Delaney G, Jacob S, Featherstone C, Barton M. The role of radiotherapy in cancer treatment: estimating optimal utilization from a review of evidence-based clinical guidelines. *Cancer* 2005;104:1129-37.
7. Smith BD, Haffty BG, Wilson LD, Smith GL, Patel AN, Buchholz TA. The future of radiation oncology in the United States from 2010 to 2020: will supply keep pace with demand? *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2010;28:5160-5.
8. Rosenblatt E, Izewska J, Anacak Y, et al. Radiotherapy capacity in European countries: an analysis of the Directory of Radiotherapy Centres (DIRAC) database. *The lancet oncology* 2013;14:e79-86.
9. Grau C, Defourny N, Malicki J, et al. Radiotherapy equipment and departments in the European countries: Final results from the ESTRO-HERO survey. *Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology* 2014;112:155-64.