

**1. Olete välja toonud, et Eestis on teenust osutatud TÜK, PERH ja Tallinna Lastehaiglas. Palun tooge välja, kui palju on aastas osutatud bikoronaalse intsissiooni kaudu implantaatide või distraktorite eemaldamise teenust?**

Vastus: Bikoronaalset intsissiooni kasutatakse kõige sagedamini Tallinna Lastehaiglas, kus rutiinselt opereeritakse kolju väärarenditega patsiente. Aastal 2025 tehti Tallinna Lastehaiglas bikoronaalse intsissiooni kaudu 7 distraktori eemaldamise operatsiooni, 2024. aastal 4 operatsiooni ning 2023. aastal 10 operatsiooni.

**2. Taotluse punktis 7.4 on märgitud, et operatiivse ohutuse ja oskuste säilitamiseks on soovitatav teostada vähemalt 10 bikoronaalset operatsiooni aastas ühe kirurgi kohta. Palume täpsustada, kuidas on kavandatud piisava tegevusmahu jälgimine.**

Vastus: Taotluse punktis 7.4 toodud soovituslik minimaalne tegevusmaht on tagatud, kuna sama kirurg teostab bikoronaalse intsissiooniga operatsioone mitmes raviasutuses. Näiteks võib sama kirurg opereerida nii Põhja-Eesti Regionaalhaiglas (PERH) kui ka Tallinna Lastehaiglas. Tallinna Lastehaiglas opereeritakse rutiinselt kolju väärarenditega patsiente ning sealne bikoronaalsete intsissioonide arv on aastati stabiilne ja piisav. Mõlemas raviasutuses tehtavate operatsioonide koguarvu arvestades ületab ühe kirurgi aastane bikoronaalsete operatsioonide arv soovitusliku minimaalse piirmäära.

**3. Kas implantaatide või distraktorite eemaldamisel kasutatakse teatud juhtudel bikoronaalse intsissiooni alternatiivina ka lateraalset või piiratud koronaarset intsissiooni? Palume täpsustada, milliste kliiniliste näidustuste korral on eelistatud just piiratud või lateraalne intsissioon.**

Vastus: Implantaatide või distraktorite eemaldamisel on teatud harvadel juhtudel võimalik kasutada bikoronaalse intsissiooni alternatiivina lateraalset või piiratud koronaarset intsissiooni. See on võimalik eeskätt juhul, kui osteosünteesi materjal või distraktor paikneb operatsiooni armi vahetus läheduses ning sellele on võimalik ohutult ligi pääseda lühema nahaintsissiooni kaudu.

Reeglina paigaldatakse aga osteosünteesi materjal ja distraktorid algsest operatsiooniintsissioonist kaugemale, eesmärgiga vähendada haavainfektsiooni ja muude tüsistuste riski. Sellest tulenevalt ei paikne võõrkehad enamasti armi lähedal ning nende eemaldamiseks on vajalik bikoronaalne intsissioon, mis tagab piisava nähtavuse ja ohutuse.

Seetõttu on piiratud või lateraalne intsissioon eelistatud vaid üksikjuhtudel, kus implantaatide paiknemine ja kliiniline olukord võimaldavad nende ohutut eemaldamist väiksema intsissiooni kaudu.

**4. Taotluse punktis 12.4 on märgitud, et rakendamistingimused ei ole vajalikud. Samas, arvestades punktis 3.2 toodud spetsiifilisi näidustusi ja vajadust koondada kompetentsi, palume Teie seisukohta, kas peaks teenuste sihipärasuse huvides siiski kaaluma vastavate piirangute sätestamist näidustuste ja asutuste lõikes?**

Vastus: Teenuse rakendamisele ei ole põhjendatud piirangute kehtestamine näidustuste ega raviasutuste lõikes, kuna tegemist on protseduuriga, mis võib osutuda vajalikuks ka erakorralise operatsiooni käigus. Sellistes olukordades peab teenus olema koheselt ja paindlikult kättesaadav, sõltumata raviasutusest või eelnevalt kitsalt defineeritud näidustustest.

Teenuse piiramine võiks takistada õigeaegset ravi erakorralistes kliinilistes situatsioonides ning seeläbi suurendada patsiendiriske. Samuti on kompetentsi koondamine juba tagatud läbi vastava väljaõppe ja kogemusega kirurgide kaasamise, mistõttu ei ole täiendavate administratiivsete piirangute kehtestamine teenuse sihipärasuse seisukohast vajalik ega otstarbekas.

**5. Kas saame õigesti aru, et teenusega seonduvad kulukomponendid jäävad samaks? Vajadusel palun täpsustage, mis kulukomponendid lisanduvad.**

Vastus: Jah, teenusega seonduvad kulukomponendid jäävad samaks. Teenuse osutamine ei too kaasa täiendavaid uusi kulukomponente, kuna kasutatakse olemasolevat personali, taristut, instrumentariumi ning standardseid operatiiv- ja anestezioloogilisi ressursse. Samuti ei lisandu uusi implantaate ega erimaterjale võrreldes senise praktikaga.

Vajadust täiendavate kulukomponentide lisamiseks ei ole ning teenuse rahaline maht jääb võrreldavaks juba kehtivate ja kasutusel olevate kirurgiliste protseduuridega.

**6. Palun täpsustada, mille alusel on aasta prognoosiks määratud 70 bikoronaalset intsisiooni olemasoleva implantaadi või distraktori eemaldamiseks, arvestades, et tervishoiuteenuste loetelu koodi 1E2161 „Näokolju kirurgiline ravi koronaarse löikega“ on 2024. ja 2025. aastal kasutatud kokku vaid viis korda.**

Vastus: Aasta prognoosi koostamisel on arvestatud, et vastavat protseduuri ei teostata üksnes Tallinna Lastehaiglas, vaid seda võib teostada ka teistes kolmanda astme raviasutustes – Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ja Tartu Ülikooli Kliinikumis.

Seetõttu ei põhine prognoos ainult tervishoiuteenuste loetelu koodi 1E2161 senisel kasutussagedusel Tallinna Lastehaiglas aastatel 2024–2025 (kokku 5 korda), vaid laiemal hinnangul potentsiaalsele ravivajadusele üle Eesti. Prognoosi koostamisel on arvesse võetud:

- kraniofatsiaalsete patsientide hinnangulist koguarvu riigis,
- olemasolevate implantaatide ja distraktorite eemaldamise vajadust ravitsükli osana,
- võimalust, et osa juhtudest ei ole varasematel aastatel kodeeritud eraldi sama teenusekoodiga,
- teenuse kättesaadavuse laienemist mitmesse raviasutusse.

Seega kajastab 70 protseduuri aastane prognoos eeldatavat maksimaalset vajadust riiklikul tasandil, mitte üksnes varasemat tegelikku kodeeritud mahtu ühes raviasutuses.

**7. Palun täpsustada, mille alusel on aasta prognoosiks määratud 70 bikoronaalset intsisiooni olemasoleva implantaadi või distraktori eemaldamiseks, arvestades, et**

**tervishoiuteenuste loetelu koodi 1E2161 „Näokolju kirurgiline ravi koronaarse lõikega“ on 2024. ja 2025. aastal kasutatud kokku vaid viis korda.**

Vastus: Distraktorid ja teised kraniofatsiaalsed implantaadid eemaldatakse tavapäraselt vähemalt 3 kuu möödumisel nende paigaldamisest. Selleks ajaks on toimunud esmane luustumine ning luufragmentide konsolideerumine, mistõttu reeglina ei ole täiendav stabiliseerimine enam vajalik. Implantaadi või distraktori eemaldamine on sellises faasis tehniliselt eraldiseisev protseduur, mis ei eelda täiendava fikseerimissüsteemi kasutamist.

Kliinilised olukorrad, kus eemaldamise käigus tekib vajadus luustruktuuride täiendavaks stabiliseerimiseks (näiteks osteosünteesi komplekti või muu CMF-fikseerimissüsteemi kasutamiseks), on harvad ja pigem erandlikud. Selline vajadus võib teoreetiliselt tekkida juhul, kui ilmneb ootamatu luu ebapiisav konsolideerumine, infektsioonist või muust tüsistusest tingitud luukahjustus või mehhaaniline ebastabiilsus. Tavapraktikas ja planeeritud eemaldamise ajastuse korral ( $\geq 3$  kuud pärast implanteerimist) ei ole lisastabiliseerimine siiski standardne ega rutiinne ning enamikul juhtudest seda ei vajata.

**8. Palume täpsustada, milliseid tervishoiuteenuse loetelu koode peale 1E2161 on veel kodeeritud implantaatide ja distraktorite panekul, mis hiljem koronaarse lõikega eemaldatakse?**

Implantaatide või distraktorite paigaldamine toimub koljuoperatsiooni käigus, mis on kodeeritud Tervisekassa koodiga 1E2162 – kraniofatsiaalne reseksioon.

**9. Kas oleme õigesti aru saanud, et viimastel aastatel on implantaatide ja distraktorite eemaldamisel kodeeritud koodi 1E2164 („Metallosteosünteesimaterjali eemaldamine näo- ja lõualuupiirkonnas“)?**

Olen seni kodeerinud implantaadi või distraktori eemaldamise operatsioonid koodiga 1E2161 – näokolju kirurgiline ravi koronaarse lõikega, kuna vastavad operatsioonid on teostatud koronaarse lõike kaudu. Distraktori aktiveerimisvarraste eemaldamine olen kodeerinud koodiga 1E2164 – metallosteosünteesimaterjali eemaldamine näo- ja lõualuupiirkonnas. Distraktori aktiveerimisvarraste eemaldamine on vahepealne protseduur, mis teostatakse kolju distraktsiooni lõpus. Tegemist on võrreldes distraktori täieliku eemaldamisega oluliselt lihtsama ja lühema kestusega protseduuriga, mis viiakse läbi väikeste naha sisselõigete kaudu aktiveerimisvarraste piirkonnas. Distraktorid eemaldatakse ligikaudu 3–4 kuu pärast aktiveerimisvarraste eemaldamist, kui distraktsiooni piirkond on piisavalt luustunud. Kokkuvõttes: Kolju distraktsiooni ravi eeldab kolme operatsiooni, mis on minu poolt kodeeritud järgmiselt: 1. koljuoperatsioon ja distraktori paigaldamine (kood 1E2162); 2. kolju distraktori aktiveerimisvarraste eemaldamine (kood 1E2164); 3. kolju distraktorite eemaldamine (kood 1E2161).

**10. Mitu korda eemaldati 2025. aastal koronaarse lõikega implantaate ja distraktoreid Tallinna Lastehaiglas, TÜK-is ja PERH-is kokku? Lisaks palume esitada samade juhtude puhul kasutatud RHK-10 diagnoosikoodid.**

2025. aastal teostati Tallinna Lastehaigla-s bikoronaalse intsisiooni kaudu seitse kolju distraktori eemaldamise operatsiooni. Mina isiklikult ei teostanud 2025. aastal Põhja-Eesti Regionaalhaigla-s ühtegi koljuoperatsiooni koronaarse lõike kaudu. Küll aga edastasin Teie küsimuse dr [redacted] dr [redacted] ning dr [redacted] ning ootan nende vastuseid\*.

\*Hiljem selgus, et PERH-is oli aastal 2024 3 ja aastal 2025 1 kord kodeeritud koodi 1E2161, kõik operatsioonid olid teostatud ühe arsti poolt, kes enam ei tööta PERH-is.

**11. Tabelis on esitatud potentsiaalsed ressursid ja nende kogused. Arvesse on võetud, et eemaldamine nõuab üldjuhul vähem ressursse kui paigaldamine. Kas toodud ressursid ja kogused on realistlikud eemaldamise puhul? Palume Teie poolset tagasisidet kasutatavate ressursside kohta.**

Ressurs	Kogus	Ühiku hind	Ühik	Maksumus
Kruvide eemalduskomplekt	1	23,15	Kasutuskord	23,15
Operatsioonituba (üld)	150	0,4	Kirjeldamata	59,48
Operatsioonilaud	150	0,1	Kirjeldamata	14,75
Näo-lõualuukirurg	240	0,91	Minut	217,58
Koagulaator(elektro)	150	0,01	Kirjeldamata	1,59
Kirurgiline puurmasin	60	0,14	Minut	8,19
Operatsioonivalgusti süsteem	150	0,03	Kirjeldamata	4,01
Patsiendi haldus	0,5	1,16	Määratlemata	0,58
Operatsioonitoa kapid	300	0,000956	Kirjeldamata	0,29
IT ressursid	1	0,93	Kirjeldamata	0,93
Jäätmekäitlus	1	1,82	Kilogramm	1,82
Luubid	2	0,33	Kasutuskord	0,66
Bipolaarsete pintsettide komplekt	1	8,87	Kasutuskord	8,87
Hooldustöötaja	150	0,29	Minut	43,37
Kirurgia riietuskomplekt	3,45	2,53	Tükk	8,72
Kirurgia baas+katmiskomplekt	1	7,02	Tükk	7,02
Operatsiooniõde	300	0,48	Minut	143,57
Sterilisatsioon	2,5	24,16	Tükk	60,41
Osteosünteesi komplekt-luukoe komplekt IV (NLLK)	1	63,61	Tükk	63,61
Piezo puur	60	0,18	Minut	11,06
NLLK põhi komplekt	1	6,19	Kasutuskord	6,19
NLLK luu	1	6,96	Kasutuskord	6,96

Vastus: Tabelis esitatud ressursse kasutatakse valdavalt koljuimplantaatide eemaldamise operatsioonidel, kuid operatsiooni kestus on lühem – keskmiselt 120 minutit – ning Piezo puuri kasutamine ei ole vajalik.