

## Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Eesti Haigekassa, ruum 112

15.08.2018

Algus kell 14.00, lõpp kell 15.48

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)  
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)  
Kaidi Usin (Terviseamet)  
Mare Toompuu (Sotsiaalministeerium)  
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)

Kirjaliku arvamuse esitas:

Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

Protokollija: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)

### Päevakord:

#### 1. TTL -i järgmiste muutmissetepanekute arutelu:

Taotluse number	Taotluse nimetus
1195	Mitteinvasiivne sünnieelne sõeluuring loote trisoomiate 21, 18 ja 13 suhtes, kasutades loote rakuvaba DNA analüüsimist ema verest
1265	GBS-kiirtest ähvardava või käigusoleva enneaegse sünnituse ja/või enneaegse lootevee puhkemise korral
1286	Doonorinnapiim 100 ml
1245	Rinnakartsinoomi geeniekspressioonanalüüs
1306	Ekstrakraniaalse täppiskiiritusravi planeerimine; Ekstrakraniaalse täppiskiiritusravi protseduur. Uute paikmete (lokaalselt levinud pankreasevähk, neerupealise metastaas) lisamine teenusele
1303	Transkraniaalne alalisvoolu stimulatsioon (ingl k transcranial direct current stimulation (tDCS))
1264	Alalõualigese totaalne endoprotees

#### 2. Muud teemad

## **Eelneval koosolekul ülesjäänud küsimused**

Vastavalt 8. augusti koosolekul kokkulepitule tegi haigekassa ülevaate õdede vastuvõttudest. Õe vastuvõttudega seotud muudatused viidi tervishoiuteenuste loetellu (TTL) 2017. aastal. 2015-2016 tehti koostööd raviasutuste õendusjuhtidega, õdede esindajatega. Eesmärk oli uuendada vastuvõttude hindu, kirjeldusi ja rakendustingimusi. Algselt oli idee eristada erinevate õdede vastuvõtte, kuid 2016. aastal otsustati koostöös õdede esindajatega, et erisusi ei tehta. Vastuvõtu kestuse täpsustamiseks TTLs teostati hõiveanalüüs ja kestust pikendati 25 minutilt 30 minutile. Täpsustati õe vastuvõtu sisu, mis sisaldab nõustamist, õpetamist, meditsiiniseadmete kasutamist, lihtsamaid ravi protseduure ning dokumenteerimist. Nüüdisajastamisel kasutati Eesti Õdede Liidu poolt koostatud õe tegevusjuhendit. TTLi lisati tingimus, et õe vastuvõtule suunab arst või ämmaemand, välja arvatud erialad, kus saatekirja nõuet ei ole. Täna suunab õe vastuvõtule arst või ämmaemand (reeglina haiglasiseselt), suunamine peab olema dokumenteeritud, saatekirja olemasolu pole alati vajalik. Õde ise teiste spetsialistide vastuvõtule suunata ei saa.

Eriõdesid on Eestis koolitatud üle kümne aasta. Eriõe staatus hetkel veel seaduspõhiselt ei kehti, kuid see on loomisel ja kavas on kirjeldada ka eriõdede tegevused. Eriõel on kõrgem pädevus oma spetsiifilises valdkonnas. Eriõe staatuse formaliseerimise järgselt on Õdede Liidul plaanis esitada haigekassale taotlus eriõe töö rahastamiseks/väärtustamiseks iseseisva(te) teenus(t)ena. Õdede Liidu esindaja hinnangul võiks vastav muudatus jõustuda 2019. aastal. Haigekassa esindaja selgitas, et enne TTL muudatust tuleks vastav erisus kajastada kollektiivlepingus. Selgitati, et taotlus eriõe lisamiseks kollektiivlepingusse esitatakse eriõe staatuse formaliseerimise järgselt.

Teemaga seoses tõstatus küsimus seoses eelmisel koosolekul päevakorras olnud toitumisenõustamise teenusega. Arutluse käigus otsustati, et komisjon jääb eelmisel korral otsustatu juurde. Esiteks leiti, et nõustamine on osa arsti ja õe tööst ja seda ei käsitleta eraldiseisva teenusena. Teiseks, et meditsiinilise baashariduseta toitumisterapeutide (ja kõigi teiste meditsiinilise baashariduseta nõustamisteenust pakkuvate spetsialistide) töö tasustamiseks ei ole vajalik eraldiseisva (erialaülese) nõustamisteenuse loomine TTLs. Kolmandaks, et eriõe staatuse rakendumisel õigusaktides ja kollektiivlepingus saab kõigi meditsiinilise baasharidusega spetsialistide (näit kliiniline toitumisterapeut tsöliaakia või ainevahetushaiguste alal) töö tasustamise aluseks eriõe teenus, kui selle kohta on esitatud teenuse taotlus ja teenus on lisatud TTLi.

### **1. TTL -i järgmiste muutmisettepanekute arutelu**

#### **Taotlus nr 1195 – Mitteinvasiivne sünnieelne sõeluuring loote trisoomiate 21, 18 ja 13 suhtes, kasutades loote rakuvaba DNA analüüsimist ema verest**

##### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Naistearstide Selts

*Teenus, sihtrühm ja näidustus:* I trimestri kombineeritud skriininguga diagnoositakse sünnieelselt ca 85-90% trisoomia 21 juhtudest, kuid igal aastal sünnib 3-7 Downi sündroomiga last, kelle puhul nimetatud sõeltest oli negatiivne. Samal ajal teostatakse skriiningu kõrge valepositiivsuse määra tõttu igal aastal invasiivne protseduur hinnanguliselt 250-le naisele, millega kaasneb stress ja 0,1-0,2% risk raseduse katkemisele.

I trimestri kombineeritud skriiningu alusel jaotatakse rasedad kromosoomipatoloogiate suhtes kolme rühma: kõrgriskiga (kombineeritud trisoomia esinemise risk >1:100), keskmise riskiga (1:101 – 1:1000) ja madala riskiga (<1:1000) rasedateks. Taotluse eesmärk on I trimestri skriiningule lisada uue teenusena loote rakuvaba DNA analüüs ema verest (non-invasive prenatal testing, NIPT) rasedatele, kellel esineb I trimestri kombineeritud sõeluuringul tõenäosus:

- Loote trisoomia 21 (Down) esinemiseks vahemikus 1:11 kuni 1:1000
- Loote trisoomia 18 (Edwards) ja 13 (Patau) tõenäosus vahemikus 1:11 kuni 1:100
- eelmisel lapsel diagnoositud trisoomia.

Taotluse lisaandmete kohaselt tegi taotleja ettepaneku analüüsida teenuse kulutõhusust kahes riskirühmas:

- rasedatele, kelle kombineeritud risk trisoomiale on 1:51-1:1000;
- rasedatele, kelle kombineeritud risk trisoomiale on 1:51-1:500.

*Andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta:* Taotluse kvaliteet oli eeskujulik. Toodud on 2 meta-analüüsi ja 2 propektiivse multisentrilise kohortuuringu tulemused. Metaanalüüsil (Taylor-Phillips 2016) ilmnes NIPT tundlikkus 99,2%-99,3% T21, 97,4%-99,3% T18 ja 91,0%-97,4% T13 suhtes. Spetsiifilisus kõigi markerite suhtes on 99,8%-99,9%. Metaanalüüsil (Gil 2016) võrreldavad tulemused. Kasutades NIPTi võib trisoomia 21 avastamismäär tõusta kuni 99%-ni langetades samal ajal mittevajalike invasiivsete protseduuride arvu. Seega on tegemist seni kõige suurema tundlikkuse ja spetsiifilisusega trisoomia 21 skriiningtestiga. Euroopa riikides on NIPT valdavalt kasutusel teisese sõeltestina või esmase sõeltestina kromosoomihaiguste kõrge riskiga rasedatel. Avaliku sektori poolt on teenus rahastatud hetkel Suurbritannias, Soomes ja Šveitsis. UK ravijuhiste kohaselt teostatakse uuring teisese sõeluuringuna juhtudel, kus esmasel kombineeritud 1 trimestri sõeluuringul 21. trisoomia risk >1:150, 18 ja/või 13 trisoomia risk >1:150 (kõrge riskiga rasedad).

*Kogemus Eestis:* Eestis on teenust osutatud alates 2013. aastast. Reeglina on seni maksnud uuringu eest patsient.

*Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks:* NIPT võiks olla teostatud vastavat akrediteeringut omava labori poolt ning NIPT teenuse pakkujal peaksid olema läbiviidud valideerimisuuringud nii kõrgriski kui tavariski populatsioonis. Personali väljaõpe on vajalik NIPT tehnoloogia olemusest ja selle kasutamisest sünnieelses sõeltestimises. Väljaõppe korraldab teenuse osutaja või teenuse vahendaja.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Eestis oleks teenuse vajadus 1800-2000 juhul aastas. Taotluse väitel on UK kontekstis kuluefektiivne taktika, mille kohaselt soovitatakse NIPT-i rasedatele, kelle kombineeritud I trimestri sõeluuringu tulemusena on trisoomia 21, 18 või 13 risk  $\geq$  1:150. Eestis keskmise riskiga grupis (1:51-1:1000) oleks lisakulu iga lisanduva avastatud kromosoomhaiguse kohta 0,1-0,2 miljonit; iga ärahoitava raseduse katkemise kohta: 3,5-7,6 miljonit. Kõrge riskiga grupis (1:51-1:500) on lisakulu iga lisanduva avastatud kromosoomhaiguse kohta 0,1-0,2 miljonit; iga ärahoitava raseduse katkemise kohta: 1,5-3,4 miljonit.

### **Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)**

Vajalik.

## **Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Mitteinvasiivne sünnieelne loote trisoomiate skriining on tõendatult efektiivne väga hea sensitiivsuse ja spetsiifilisusega skriiningtest, mille ulatuslikumat rakendamist on seni piiranud omafinantseerimise vajadus.

### **Diskussioon**

Eestis ca 14 000 sünnitust aastas, esmase skriiningu ja koorioni biopsia/amniotsenteesi teel avastatakse 70 kromosoomhaigust, kuid sünnib 3-7 avastamata Downi sündroomiga last. Eestis on kasutusel esimese rea testina I trimestri kombineeritud sõeluuring, mille piiratud sensitiivsus (88%) võib olla seotud 3-7 Downi sündroomiga lapse sünniga aastas. Kõrge valepositiivsus tingib ca 250 mittevajaliku invasiivse uuringu (koorioni biopsia, amniotsenteesi) läbiviimise, mille tõttu katkeb Eestis 1 rasedus 2-3 aasta kohta.

Teise rea (topelt-) skriiningu lisamine parandab tulemusnäitajaid, kuid on seotud lisakuluga. Üldjuhul topeltskriining tundlikkust ei suurenda, kuid antud juhul lisanduvad testid (alfa-fetoproteiin, platsenta kasvufaktor jne) võimaldavad tõsta esmase skriiningu sensitiivsuse 94%-ni. See omakorda vähendab teisese (taotletava) skriiningu kuluefektiivsust, kuna suureneb skriinitavate arv ja kulu iga avastatud juhu kohta. Samas on taotletava skriiningu valiidsus kõrge (metaanalüüsi alusel sensitiivsus kõigi kolme trisoomia suhtes 97-99% ja spetsiifilisus 99% (ülikõrgete väärtuste korral peab arvestama publikatsiooni nihkega), mis tagaks Downi sündroomi õigeaegse diagnoosimise ja väldiks mittevajalikke invasiivseid protseduure. Kui testi kasutada keskmise riskiga (>1:1000) rasedate skriinimiseks, oleks uuritavate arv ja kulu suurem (840 000 eurot aastas), kuid diagnoositaks 5-7 (praktiliselt kõik) esmase sõeluuringuga diagnoosimata jäänud Downi sündroomi juhtu. Kui testi rakendatakse kõrge riskiga (>1:500) rasedatel, oleks lisakulu väiksem (370 000 eurot aastas), kuid osa haigeid jääks uuringust välja ja tuvastatakse vastavalt 4/7 juhtu. 1 juhu vältimise hind oleks võrreldav: keskmise riski korral 150 000 eurot ja kõrge riski korral 100 000 eurot. Mõlemal juhul välditaks umbes pooled (120) mittevajalikest invasiivsetest protseduuridest.

Komisjon arutas erinevaid testiga seotud aspekte. Seoses sünnitusea tõusuga suureneb teema aktuaalsus. Samas on lisanduv kulu iga avastatud juhu ja välditava raseduse katkemise kohta märkimisväärne. Testi kõrge hinna tõttu ei sobi see esmaseks skriininguks, vaid on kasutusel riskirasedate teisese testina. Komisjonile teadaolevalt kompenseeritakse testi avalikest vahenditest vaid kolmes riigis, põhjuseks võib olla ka see, et esmase skriininguga leitakse üles kuni 95% kromosomaalsetest patoloogiatest. Otsustamisel peab arvestama ka emotsionaalse kahjuga perele, lapse kasvatamisega seotud otsestele ja kaudsetele kuludele. Samuti on oluline, et teenuse rakendamisel oleks selle efektiivsus maksimaalne, st diagnoositaks praktiliselt kõik trisoomia juhud. Samas toodi välja, et hetkel puudub statistika, kui palju teostatakse aborte juhul, kui trisoomia diagnoos on teada.

Taotluse esitajaga tuleb üle rääkida teenuse hinna osas, võttes arvesse tegelikke pakkumisi turul. Kuna tehnoloogia areneb ja turumehhanismid toimivad, võib testi kulu ja eelarvemõju juba täna olla väiksem kui taotluses välja toodud. Kui kõik taotlused on üle vaadatud, saab need prioritseerida vastavalt haigekassa eelarve võimalustele.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab taotluse rahuldamist vastavalt taotlusele (riskigrupile 1:51-1:1000, keskmise riskiga rasedad). Lähtuvalt eelarve võimalustest jääb lõplik otsus haigekassale.

**Taotlus nr 1265 – GBS-kiirtest ähvardava või käigusoleva enneaegse sünnituse ja/või enneaegse lootevee puhkemise korral**

**Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Perinatoloogia Selts

*Teenus, sihtriühm ja näidustus:* Taotluse eesmärk on lisada GBS-kiirtesti teenus, mida saaks kasutada beeta-hemolüütilise streptokokk grupp B nakkuse tuvastamiseks ähvardava või käigusoleva enneaegse sünnituse (enne 37. rasedusnädalat) ja/või sünnituseelse lootevee enneaegse puhkemise korral patsientidel, kellel ei ole võetud mikrobioloogilist külvi GBS-le viimase 5 nädala jooksul või kellel ei ole GBS kandlus tupes/uriinis tõestatud varasemalt raseduse jooksul tehtud analüüsidega. Eestis toimub skriining GBS suhtes üksnes riskigruppi kuuluvate rasedate puhul. Teenuse alternatiiviks on tavapärase mikrobioloogiline külv.

*Andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta:* GBS (beeta-hemolüütiline streptokokk grupp B) on oluline enneaegse sünnituse riskitegur ning enneaegne sünnitus on vastsündinul omakorda GBS-infektsiooni väljakujunemise riskitegur. Süstemaatilise ülevaate põhjal esineb seos enneaegse sünnituse ja sünnitusaegse GBS-i kolonisatsiooni vahel. Euroopa neonatoloogia ja günekoloogia eriala eksperdid soovivad ähvardava enneaegse sünnituse sümptomite või enneaegse lootevee puhkemisega naistel, keda pole eelneva viie nädala jooksul GBS-i kandluse suhtes skriinitud, võtta GBS-analüüs. Eestis on koostatud ravijuhend „Enneaegne sünnitus ja enneaegse vastsündinu perinataalperioodi käsitus“, mis käsitleb ka GBS-analüüsi kasutamist.

*Kogemus Eestis:* Eestis ei ole GBS kiirteste kasutatud, kuigi testid on Eestis saadaval ja haiglatel on valmidus nende ostmiseks ja kasutamiseks olemas.

*Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks:* Teenust osutatakse Eesti haiglate sünnitusosakondades või naistenõuandla kabinettis.

**Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Hetkel Eestis kasutatava mikrobioloogilise külvi kasutusel sünnib 1025 raseda kohta keskel läbi 9 GBS-infektsiooniga vastsündinut aastas, kiirtesti rakendamisel väheneks infektsiooniga vastsündinute arv ca 5 vastsündinuni aastas ning sellega seonduvalt väheneks suremus ja intensiivravi kulu. UK tingimustes on leitud, et ühest GBS-infektsiooniga vastsündinust esimesel kahel eluaastal tekkiv lisakulu ühiskonnale on ligikaudu 7000 eurot, mis tähendab, et kiirtesti tulemusel ärahoitavate infektsioonide abil väheneks kulu ühiskonnale ~28 000 euro võrra, ehk sisuliselt oleks teenuse lisandumine kuluneutraalne.

**Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)**

Vajalik. Rakendamisel vajalikud selged kriteeriumid, vajab laborite valmisolekut piirkonnas.

**Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Selleks, et uuringu tulemuse põhjal saaks teha otsust antibakteriaalsest profülaktilisest ravist, on külvile kuluv aeg suboptimaalne ning on vaja rakendada GBS kiirdiagnostikat 24/7, mis oleks kõrge tundlikkusega, lihtne tehniliselt teostada ning lühikese vastuse saamise ajaga. Intranataalne GBS kiire skriining on võimalik kahel meetodil: GBSNAAT (molekulaardiagnostika) või GBS immuunkromatograafiline test (immundiagnostika). Kuna testi PPV (positiivne ennustusjõud) on skriiningu puhul tähtsaim parameeter testi sobivuse hindamiseks, siis eelistatud on kõrge tundlikkusega

GBS-NAAT (käesoleva taotluse kontekstis GBS-real-time PCR test). Selle testi tervishoiuteenuste loetelu koodiks on käesoleva hinnakirja raames 66610. See võimaldab parimal viisil selekteerida välja situatsioone, kus on vaja õigeaegselt alustada antibakteriaalse profülaktikaga vastsündinu varajase sepsise ärahoidmiseks. Samas tuleb arvestada sellega, et mitte kõikides Eesti laborites ei ole võimalik kohe juurutada GBS-PCR testi 24/7. GBS PCR peaks kättesaadav olema piirkondlikul tasemel sünnitusabi osutavates haiglates ja keskhaiglates.

### **Diskussioon**

Tõstatus küsimus, mis on taotluse eesmärk, kui loetelus on vastav teenus olemas, kas soovitakse muuta hinda või tingimusi. Haigekassa poolne selgitus oli, et pigem ei ole taotluse esitanud erialaselt teadlik olemasoleva koodi kasutamise võimalusest. Eesti Laborimeditsiini Ühingu poolt esitatud hinnangus toodi välja, et selle teenuse kasutamise võimalus on juba olemas. Arutlusel oli, et kui tegemist on teenuse hinna muutmisega taotlusega, siis vastav otsus jääb haigekassa teha. Haigekassa informeeris, et laborimeditsiini eriala on nüüdisajastamisel ning kõik teenuse hinnad vaadatakse selle raames üle.

Haigekassa poolt tõstatus küsimus, kas peaks täpsustama rakendustingimusi. Komisjon ei pidanud olemasolevale teenusele rakendustingimuste määramist vajalikuks, kuna ei nähtud ülekasutamise ohtu.

Arutelu käigus otsustati, et haigekassa teavitab taotluse esitajat olemasoleva koodi kasutamise võimalusest. Juhul kui taotluse esitajal on olemasoleva koodi kasutamise osas probleeme, vaatab komisjon taotluse uuesti üle.

### **Komisjoni arvamus**

Kuna olemasoleva info põhjal saab teenust kodeerida olemasoleva koodiga, siis hetkel võtab komisjon taotluse teadmiseks. Kui taotluse esitajale olemasoleva koodi kasutamine ei sobi ning esitatakse lisaandmeid, vaatab komisjon taotluse uuesti üle.

### **Taotlus nr 1286 – Doonorriinapiim 100 ml**

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Perinatoloogia Selts, Eesti Ämmaemandate Ühing

*Teenus, sihtrühm ja näidustus:* Taotluse eesmärk on lisada doonorriinapiima teenus, mille kasutamist taotletakse väga väikese gestatsioonivanusega (VVG, <32 GN) enneaegsetel vastsündinutel. Doonorriinapiim aitab vähendada nekrotiseeriva enterokoliidi (NEK) ja hilise sepsise riski ning saavutada kiirema täisenteraalse toitumise, vähendades sellega kulu tervishoiule ja tagades lapsele parema edasise tervise.

*Andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta:* Riinapiima kasutamine VVG toiduks võrreldes enneaegsete piimaseguga vähendab haigestumust (NEK, hiline sepsis, bronhopulmonaalne düsplaasia, raske enneaegse retinopaatia) ja suremust. Riinapiimatoidul olevatel vastsündinutel on lühem haiglas viibimise aeg, neil esineb vähem rehospitaliseerimisi kui kunstlikul toidul olevatel lastel. Eestis on koostatud ravijuhend „Enneaegne sünnitus ja enneaegse vastsündinu perinataalperioodi käsitlemine“, mis käsitleb ka doonorriinapiima kasutamist.

*Kogemus Eestis:* Doonorriinapiima on Eestis kasutatud alates 2010. aastast. Teenust osutatakse AS ITKs olevas Emapiimapangas, mis vastab kõikidele rahvusvahelistele nõuetele.

*Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks:* Teenuse osutajaks võivad olla raviautused, kus on loodud kõigile rahvusvahelistele nõuetele vastavad doonorinnapiima käitlemise tingimused.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Kulutõhusust on võimalik hinnata vaid kaudselt, võttes aluseks NEK-diagnoosiga kaasnevad kulud. Süstemaatilises ülevaates on näidatud NEK riski vähenemist 6,5%-lt 2,3%-le, mis Eesti kontekstis tähendaks, et NEK-i juhtude arv aastas väheneks 8,5-lt 3-le. Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu kohaselt pikeneb meditsiinilise NEK puhul intensiivraviperiood kuni 18 päeva ning kirurgilise NEK puhul kuni 50 päeva võrra, mis III intensiivravi voodipäeva (kood 2072, maksumus 797,67 eurot päevas) aluseks võttes tähendab ühe patsiendi kohta kulu 14 358 – 39 884 eurot. Seega tekiks doonorinnapiima kasutamisest välditud NEKi juhtude arvelt täiendav sääst 78 969 - 219 359 eurot aastas. Kuivõrd teenuse kogukulu aastas oli 27 113,23 eurot, tekiks doonorinnapiima lisamisest tervishoiuteenuste loetellu sääst 51 855,77 – 192 245,77 eurot aastas.

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

### **Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

DRP kasutamine võrreldes enneaegse piimaseguga on kulutõhus ja soodustab üleminekut lapse toitmisele oma ema rinnapiimaga, mis on DRP alternatiiviks. Teenus on DRP kogumise, töötlemise ja säilitamise eeskirjanõuete täitmisel ohutu. Teenus sisaldub Eesti ravijuhendis „Enneaegse sünnituse ja enneaegse vastsündinu perinataalperioodi käsitus“. Optimaalseks kasutamiseks tuleks DRP kasutada ravijuhendis näidatud viisil ja piirata sihtgrupp <32 GN või <1800g sünnikaaluga sündinud vastsündinutega. Erinäidustusel võiks seda kasutada vastsündinutel seedetrakti kirurgilise ravi või asfüksia järgse soolekahjustuse faasis, kui oma ema rinnapiim ei ole kättesaadav. Taotluse meditsiiniline tõenduspõhisus on adekvaatne.

### **Diskussioon**

Arutlusel oli, et Eestis on piimapank olemas, kuid hetkel rahastatakse teenust haigla omavahenditest. Komisjon leiab, et teenus on vajalik. Doonorinnapiima kasutamisel väheneks NEKi, hilise sepsise, bronhopulmonaalse düsplaasia, raske enneaegsete retinopaatia esinemissagedus ning seeläbi väheneksid kulud intensiivravile. Tegemist on efektiivse ja kulusäästva teenusega.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab taotluse rahuldamist.

### **Taotlus nr 1245 – Rinnakartsinoomi geeniekspressioonanalüüs**

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Onkoterapia Ühing

*Teenus, sihtrühm ja näidustus:* Taotluse eesmärk on rinnakartsinoomi geeniekspressioonanalüüsi lisamine. Rinnakartsinoomi geeniekspressioonanalüüsi puhul on tegemist geeni analüüsiga (Mammaprint testi alusel), mille eesmärk on täpsustada rinnavähi metastaseerumise riski edasiseks adjuvantse keemiaravi raviotsuseks, vältimaks mittevajalikku adjuvantset keemiaravi kõrge kliinilise riski ja madala genoomse riskiga rinnavähi patsientidel.

*Andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta:* Taotlus põhineb ühe RCT andmetel, kus 5 aasta elulemus ilma adjuvantse keemiaravita sihtrühmas ei erinenud keemiaravi saanute omast. Tõendus seni ebapiisav.

*Kogemus Eestis:* Teenust on Eestis osutatud alates 2016. aastast keskmiselt 5 patsiendile aastas.

*Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks:* Teenust osutavad rinnavähki ravivad haiglad: TÜK, PERH, ITK. Teenust osutatakse ambulatoorselt onkoloogia erialal.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Kulutõhusust on Hispaania süsteemis hinnatud, kuid üksnes teiste geeniekspressioonanalüüsidega võrreldes. EUnetHTA on toonud välja, et kuna puuduvad elukvaliteedi uuringud ja kliiniline kasu on ebaselge, ei ole hetkel kulutõhusust võimalik hinnata.

### **Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)**

Vajalikkus kaheldav. Tõenduspõhisus on nõrk.

### **Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Teenuse eesmärgiks on vältida mittevajalikku adjuvantset keemiaravi kõrge kliinilise riski ja madala genoomse riskiga (MammaPrint testi alusel) rinnavähiga patsientidel. Kuna MammaPrint geenitesti kasutamisel esineb siiski mitmeid probleeme (kõrge kliinilise riski ja madala genoomse riski grupis ei ole võimalik alagrupi analüüs G3 ja N+ kasvajatate korral, test ei ole kulutõhus, ei ole andmeid elukvaliteedi kohta eelkõige haigete grupis, kes keemiaravi ei saa), ei pea ekspert selle testi rahastamist olemasolevate andmete valguses vajalikuks.

### **Diskussioon**

Rinnakartsinoomi geeniekspressioonianalüüs rinnavähi kemoteraapia vältimiseks kõrge kliinilise ja madala genoomse riskiga haigetel. Taotlus põhineb ühe RCT andmetel, kus 5 aasta elulemus ilma adjuvantse keemiaravita sihtrühmas ei erinenud keemiaravi saanute omast. Tõendus seni piiratud. Konsensusdokumentides mainitakse võimalikku lisakasu testi kasutamisel, kuid patsienti soovitatakse informeerida, et (ärajäädud) kemoteraapia võimalikku kasu ei saa välistada.

Arutlusel oli, mis on selle geenitesti sensitiivsus ja spetsiifilisus, kas testi kasutamisel leitakse üles madala genoomse riskiga patsiendid, kellele keemiaravi mitte teha. Test on valideeritud ühes mitterandomiseeritud uuringus. Testi sensitiivsuse ja spetsiifilisuse andmed genoomsele riskile on puudulikud. Ei saa välistada võimalust, et testi madala sensitiivsuse korral võib jääda avastamata kõrge genoomne risk ja sellest johtuv keemiaravi ärajätmine võib olla fataalse mõjuga.

Ravijuhendid ei soovita testi üldiseks kasutamiseks ning vajalikud on lisauuringud. NICE ravijuhiste kohaselt on MammaPrint soovitatud eelkõige teaduslikus uurimistöös tervisetulemite ja testist saadava kasu hindamiseks. Testi ei soovitata tavakasutuseks, kuna tõendus selle kliiniline kasu ja kuluefektiivsuse kohta ei ole piisav. EUnetHTA ei soovita kasutada, kuna kliiniline kasu (tervisega seotud elukvaliteet, üldelulemus) ei ole tõestatud. Lisaks on 5-aasta metastaasivaba elulemuse usaldusintervall väga lai (viide väikesele valimile ja täiendavate uuringute vajadusele), mistõttu ei saa välistada metastaaside levikut ja suremusriski suurenemist. Testi tõeline mõju võib oluliselt erineda selle tänasest hinnangust. Tõenduspõhisus on puudulik ja kaasneb lisakulu. Testi kulutõhusust ei ole hinnatud. Taotluse rahuldamine oleks ennatlik.

### **Komisjoni arvamus**



Komisjon ei toeta taotluse rahuldamist.

**Taotlus nr 1306 – Ekstrakraniaalse täppiskiiritusravi planeerimine; Ekstrakraniaalse täppiskiiritusravi protseduur. Uute paikmete (lokaalselt levinud pankreasevähk, neerupealise metastaas) lisamine teenusele**

**Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Kliiniliste Onkoloogide Selts

*Teenus, sihtrühm ja näidustus:* Taotluse eesmärk on tervishoiuteenuste loetelus olemasolevate teenuste rakendustingimuste laiendamine, täpsemalt uute paikmete (lokaalselt levinud pankreasevähk, neerupealise metastaas) lisamist ekstrakraniaalse täppiskiiritusravi planeerimise ja protseduuri teenusele.

*Andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta:* Taotluses oli lokaalselt levinud pankreasevähi täppiskiiritusravi kohta toodud kaks kliinilist uuringut (piloottuuring, II-faasi uuring). Herman 2015: keemia ja stereotaktilise kiirituse kombinatsioon pankrease vähi haigetel hinnati eeskätt ohutust, lisaks elulemust. Tulemused: valu vähenes, toksilisus minimaalne, elulemus võrreldav muu raviga. Gurka 2013: sama (väike valim n=11). Komisjoni andmetel sisaldub lokaalselt levinud pankreasevähi puhul täppiskiiritusravi näidustus ASCO (American Society of Clinical Oncology) 2016. aastal avaldatud lokaalselt levinud ja mitteopereeritava pankreasevähi kliinilise praktika juhendis ning NCCN (National Comprehensive Cancer Network) 2017. aasta ravijuhendis. NICE pankreasevähi ravijuhendist soovitus ei leidnud. Neerupealise metastaaside täppiskiiritusravi kohta on avaldatud vaid retrospektiivsed ning institutsionaalsed ravitulemused. ESMO mitteväikerakulise kopsuvähi ravijuhendis 2014 on täppiskiiritus võimaldatud oligometastaaside (kuni 5) korral (sõltumata lokaliseerimisest), soovitus põhineb üksikul retrospektiivsel uuringul. NCCN 2017 mitteväikerakulise kopsuvähi juhendist soovitus ei leidnud.

*Kogemus Eestis:* Hetkel võtab haigekassa tervishoiuteenuste eest tasu maksmise kohustuse üle juhul, kui teenust osutatakse varajase kopsuvähi, kopsu- ja maksametastaaside, maksametastaaside või lülisamba metastaaside diagnoosiga patsientide ravimiseks.

**Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Kuna taotletavate näidustuste kohta puuduvad randomiseeritud III faasi uuringud, ei ole kulutõhusus rahvusvaheliselt hinnatud. Kulutõhususe hindamine Eestis on raskendatud, kuna puuduvad andmed ravitulemuste võrdlusest alternatiividega. Meditsiinilise tõendus põhise hinnangus on välja toodud retrospektiivse uuringu ülevaade, mille kohaselt lokaalselt levinud mitteresetseeritava vähi korral näitas SBRT võrreldes fraktsioneeritud kiiritusraviga 2,3 kuud pikemat üldist elulemust, mis annaks ühe võidetud eluaasta kohta (antud näidustusel) lisakuluks 17 287,56 – 20 315,71 eurot. Lokaalselt levinud pankreasevähi osas on saadaval kolm II faasi uuringut ja üks suurem andmebaasianalüüs, kus võrreldi SBRT patsientide elulemust fraktsioneeritud kiiritusraviga. Lisaks sisaldub NCCN'i pankreasevähi ravijuhendis soovitus ühe raviviisina proovida SBRT-d. Patsientide arv on selle näidustuse puhul tõenäoliselt väga väike. Neerupealise metastaasi puhul on tõendus piiratud vaid ravijuhtude kokkuvõtetega. Taotluses on välja toodud, et SBRT kasutamisele viitavad ESMO ja NCCN-i ravijuhendid, kuid see viide on ebaselge: mõlemal juhul on aluseks vastava organisatsiooni mitteväikeserakulise kopsuvähi ravijuhend, kus on öeldud, et metastaase (lokalisatsioonist) ei ole välja toodud) võib ravida kõrge doosilise lokaalse raviga. Teenuse lisamine TTL-i võimaldaks täiendava

ravivõimaluse raskelt haigete patsientide raviks, ent teenuse kulutõhusus ning mõjud ravikindlustuse eelarvele on ebaselged.

### **Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)**

Vajalik.

### **Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Olemasolevad andmed demonstreerivad, et SBRT ravi lokaalselt levinud pankreasevähi korral saab rakendada aktsepteeritud toksilisusega jälgides kvaliteedinõudeid: valides sobiva fraktsioneerimisskeemi, järgides ohustatud elundite lubatud doose ja tagades adekvaatse sihtmahu kuvastusjuhitavuse kiiritusravi jooksul. SBRT ravi korral on saavutatud haiguse hea lokaalne kontroll, üksikutel juhtudel võib SBRT ravi järgselt tuumor muutuda resetseeritavaks. SBRT mõju üldisele elulemusele hetkeseisuga ei ole selge (puuduvad randomiseeritud prospektiivsete uuringute andmed). Neerupealiste metastaaside SBRT oligometastaatilise haiguse korral on hea ravivalik aktsepteeriva toksilisusega kirurgiliseks raviks mittesobilike patsientide puhul.

### **Diskussioon**

Onkoloogia erialal on suuremahulisi kliinilisi uuringuid vähe ning uus meetod võetakse kasutusse ning lisatakse ravijuhenditesse ka väikeste uuringute alusel. Arutlusel oli, et Eesti ei peaks olema eesliinil uute ravimeetodite kasutusele võtmisel ja juurutamisel. Kui võtta kasutusele, siis juhul, kui teised meetodid on vastunäidustatud. Arvestades, et lokaalselt levinud pankreasevähi kohta on vastavat ravi mainitud kahes ravijuhendis (ASCO ja NCCN), võiks pigem toetada loetellu lisamisel. Samas piirduvad neerupealise metastaaside ravijuhised ainult mitteväikerakulise kopsuvähi oligometastaaside raviga. Taotluses jäi segaseks, kas neerupealse metastaasi puhul oli mõeldud kopsuvähi metastaseerumist, kuna ainus viidatud juhend oli mitteväikerakulise kopsuvähi ravijuhend. Lisaks on puudu kuluandmed, mis ei võimalda lõpliku otsuse tegemist. Taotluse esitajal palutakse täpsustada andmeid neerupealise metastaasi ravi tõenduspõhisuse osas ning esitada andmed patsientide arvu ja kulude kohta. Komisjon vaatab taotluse uuesti üle, kui küsitud andmed on täpsustatud. Kulu peaks olema kergesti hinnatav.

### **Komisjoni arvamus**

Otsust hetkel vastu ei võetud, kuna vajalikud on lisaandmed. Taotluse esitajal palutakse täpsustada andmeid neerupealise metastaasi ravi tõenduspõhisuse osas ning esitada andmed patsientide arvu ja kulude kohta. Komisjon vaatab taotluse uuesti üle, kui andmed on täpsustatud.

### **Taotlus nr 1303 – Transkraniaalne alalisvoolu stimulatsioon (ingl k transcranial direct current stimulation (tDCS))**

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Psühhiaatrite Selts

*Teenus, sihtrühm ja näidustus:* Transkraniaalne alalisvoolu stimulatsioon (tDCS) on mitteinvasiivne meetod, mis põhineb peaju stimulatsioonil nõrga elektrilise vooluga. tDCS peamiseks meditsiiniliseks näidustuseks on depressioon ja depressiivsed meeleoluhäired. Alternatiivseteks ravimeetoditeks depressiooni ja depressiivsete meeleoluhäirete raviks on psühhofarmakonid (nt antidepressandid) ja erinevad psühhoteraapia meetodid.

*Andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta:* Toodud kaks uuringut ja üks metaanalüüs (kuue randomiseeritud kontrollitud uuringu põhjal). Võrreldud on platseeboga (ravi simulatsioon seadmega ilma reaalse

alalisvooluta) ja ravimitega (sertraliin, estsitalopraam). Toime sarnane ravimitega ning efektiivsem kui platseebo. Viidatud on NICE ravijuhendile, mille kohaselt tDCS kasutamine depressiooni ravis on ohutu ning ei tõstata olulist muret riskide seisukohast. On andmeid efektiivsuse osas, kuid on ebaselge, mil viisil tuleks ravi rakendada, kui palju raviprotseduure on vaja teostada ja kui kaua kestab ravitoime. Komisjoni andmetel meetod üldiselt ohutu (lokaalsed (naha)reaktsioonid esinevad küll kuni 50%-l), efektiivsuse osas tõendus piiratud. NICE 2015: meetod võib olla efektiivne, kuid selle rakendamine on ebaselge, ravi kestus ei ole määratud ja toime kestus on teadmata. Kanada ravijuhend soovib kolmanda rea valikuna. Euroopa ekspertide paneel 2017: võimalik (B) efektiivsus depressiooni ravis. Brunoni metaanalüüs 2016: meetod on efektiivsem kui platseebo (ravi simulatsioon). Brunoni 2017 RCT (NEJM): toime võrreldav estsitalopramiga, kuid rohkem kõrvaltoimeid. Pikaajalisi jälgimisuuringuid efektiivsuse osas ei leidnud.

*Kogemus Eestis:* Eestis on teenust osutatud alates 2016. aastast. Protseduuri läbiviimiseks on vajalik spetsiaalse meditsiiniseadme olemasolu koos lisavarustusega, mida praeguse seisuga omavad kolm raviasutust Eestis. Põhjalikku analüüsi ravi tulemuste kohta Eestis ei ole teostatud.

*Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks:* Psühhiaatrilist teenust osutavad raviasutused.

#### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Kuna puudub info, kas ja mil määral vähendab tDCS kasutamine ravimite või muude ravimeetodite kasutust ning uute uuringute käigus tuleb täpsustada mitu protseduuri on raviks vajalik ja kui pikk on ravitoime, siis kulutõhususe hinnangut ei ole hetkel võimalik teha. Uuringute põhjal on meetodi efekti osas tulemused vastuolulised ning ravijuhendites soovitatakse teha lisauuringuid, samas kaasneb meetodi kasutuselevõttuga lisakulu. Taotluse alusel on teenust vajavate patsientide arv aastas hinnanguliselt 200. Keskmine teenuse osutamise arv patsiendi kohta on 15. Muudatusest tulenev lisakulu ravikindlustuse eelarvele on 53 649 eurot aastas.

#### **Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)**

Vajalik.

#### **Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Teenuse osutamise näidustuseks on depressioon ja depressiivsed sümptomid kõigi psüühikahäirete puhul. Ravimeetodi tulemuslikkus on veidi väiksem kui antidepressantidel. Ravijuhised annavad kolmanda järgu soovitusel. Ohutus on veidi suurem kui antidepressantidel. Seega on meetod heaks võimaluseks alustada ravi ning vältida seisundi halvenemist patsientidel, kellel on tulenevalt oma uskumustest vähene soostumus alustada depressiooniravi tablettidega.

#### **Diskussioon**

Komisjon leiab, et tegemist on olulise temaga. Depressioon on kasvav ja aladiagnoositud haigus. Samas on ravitulemused ebapiisavad ning viimase viieks aastat jooksul ei ole toimunud läbimurret uute meetodite osas. Eesti vajadus oleks 200 patsienti / 3000 teenust aastas. tDCS kasutamine on teadaoleva info põhjal ohutu, kuid ravimeetodi efektiivsuse osas soovitatakse täiendavaid uuringuid. On ebaselge, mitu protseduuri on raviks optimaalne ning kui kaua ravitoime kestab. Puuduvad uuringud, mis tõestaks, et tDCS meetodi rakendamisel väheneb teiste depressiooni ravimeetodite kasutamine. Pigem kasutatakse tDCS protseduuri kombineerituna teiste ravimeetoditega. Arvestades, et teenuse osutamisel kaasneb tööjõu kulu, siis pigem võiks teenus olla kasutusel koduses ravis (taotluses selgitatud, et patsient saab seadet kasutada ka kodus) või statsionaaris, kuid mitte

ambulatoorsel ravil. Komisjon leiab, et tõendus on hetkel ebapiisav. Taotlus vajab täiendamist tõenduspõhisuse osas. Taotlusega koos võiks esitada Eesti ravitulemuste andmed.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon ei toeta hetkel taotluse rahuldamist. Taotlus vajab täiendamist tõenduspõhisuse osas.

### **Taotlus nr 1264 – Alalõualiigese totaalne endoprotees**

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Näo-lõualuudekirurgia Selts

*Teenus, sihtrühm ja näidustus:* Alalõualiigese totaalsete prosteeetilise asendamise näidustusteks on alalõualiigese viimase staadiumi degeneratsioon, olulise funktsiooni häirega alalõua liikuvuse piiratus, valu alalõualiigestes; alalõualiigese deformatsioonist või väärarendist tingitud raske hambumuse anomaalia või suuneelu piirkonna hingamisteede ahenemisest tingitud uneapnoe. Eelpool kirjeldatud patoloogilised seisundid esinevad populatsioonis üldiselt harva, ei mõjuta elulemust, kuid mõjutavad oluliselt elukvaliteeti. Vajadus 5 juhtu aastas.

*Taotleja esitatud andmed efektiivsuse ja ohutuse kohta:* Toodud on kaks uuringut ja üks metaanalüüs. Wolford 2015: elukvaliteet paraneb, valu väheneb, funktsioon ja toitumine paraneb. Metaanalüüs Zou 2017: võrreldi erinevaid proteese, kõigi efektiivsus ja ohutus võrreldavad. UK andmebaasi analüüs 2017: patsientide osakaal, kes hindasid elukvaliteeti heaks või väga heaks suurenes aastaga 38%-lt 87%-le. Lisaks suurenes maksimaalne suu avanemine, vähenes valuskoor, paranes alalõualiigese funktsioon ning patsiendi toitumine. Ebaõnnestumismäär 8%. NICE ravijuhendi alusel on tõendus piisav, elukvaliteet, lõualiigese funktsioon ja toitumus paranevad ning valu väheneb.

*Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks:* Alalõualiigese endoproteesimise operatsioonid peavad olema teostatud regionaalhaiglas spetsiaalse koolituse läbinud näo-lõualuu kirurgide poolt. Eestis on hetkel kaks näo-lõualuu kirurgi, kes on läbinud vastava koolituse.

#### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Vajalikud andmed puuduvad, et hinnata kulutõhusust. Hetkel suunatakse Eestis prosteeetilist ravi vajavad patsiendid välismaale. Muudatusest tulenev lisakulu ravikindlustuse eelarvele on 103 729 eurot aastas.

#### **Vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga (Sotsiaalministeeriumi hinnang)**

Vajalik. Suunatud inimese elukvaliteedi olulisele paranemisele ning vaevuste vähendamisele. Samuti oluline eriala arengu seisukohalt.

#### **Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Antud TML endoproteesimise kohta esineb piisavalt tõenduspõhiseid andmeid ravi tulemuslikkuse ja ohutuse kohta ja seda nii kliiniliste uuringute kui metaanalüüside alusel. Teenuse tulemuslikkus ja ohutust hinnates võib välja tuua olulise muutusena patsiendi jaoks suu maksimaalse avamise suurenemise ja valu vähenemise. Tähelepanuta ei saa ka jätta selliste oluliste funktsioonide nagu mälumise, kõnelemise ja neelamise paranemise. Lõppkokkuvõttes paraneb patsientide elukvaliteet olulisel määral, millele viitavad ka mitmed pika-ajalised uuringud.

### **Diskussioon**

Komisjon toetab alalõualiigese proteesi lisamist, sest tõendus efektiivsuse ja ohutuse osas on piisav, elukvaliteet paraneb, patsientide rahulolu kõrge ning ebaõnnestumisemäär madal. Võttes arvesse, et loetelus on olemas teiste liigese proteesimised, on põhjendatud ka alalõualiigese proteesimine.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab taotluse rahuldamist.

## **2. Muud teemad**

Arutlusel oli, et taotluste ja tõenduse läbitöötamine on äärmiselt ajamahukas. Käesoleval aastal ei ole kahjuks võimalik ajagraafikut muuta, kuna haigekassa juhatus peab esitama nõukogule ettepanekud oktoobris ning komisjoni hinnanguid on vaja esitada septembri lõpuks.

Tõstatus küsimus taotluste osas, mis on menetluses olnud mitmeid aastaid, kuid informatsioon tõenduspõhisuse ja kulutõhususe osas ei ole kaasajastatud. Selles osas peaks tooma leevendust hiljutine määruse muudatus, millest tulenevalt on haigekassal õigus lõpetada selliste taotluste menetlus, mille osas ei ole taotlejad esitanud täiendavat infot. Seetõttu võib järgmisel aastal olla menetluses vähem taotlusi. Vajalik on nihutada taotluste menetlust ajaliselt ettepoole.

Komisjon tuli tagasi eelneval koosolekul otsustatu juurde ja rõhutas, et hindab taotlusi eeskätt tõenduse ja kuluefektiivsuse osas. Kui tegemist on pelgalt hinnamuutusega, jätab komisjon otsuse tegemise haigekassale. Hinnamuudatuste taotlustest teeb haigekassa komisjonile ülevaate. Tehti ettepanek, et tööplaanis oleks hinnamuutuse taotlused selgemalt eristatud.

Arutlusel oli, et taotluste hindamise järgselt tuleks need vastavalt eelarve võimalustele prioritseerida. Sellest tulenevalt lisati komisjoni tööplaani koosolek 19. septembriks. Lisaks soovib komisjon täiendavalt arutada menetlusprotsessis ilmnunud olulisi tervishoiupoliitilisi ja korralduslikke küsimusi, näiteks taotluste koostamise motivatsioon, tööjõukulu arvestamise alused jms. Samuti tuleks anda komisjonile ülevaade haiglaravimite taotlustest. Ülevaade tuleks teha enne TTL muudatusettepanekute esitamist haigekassa nõukogule.