

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Microsoft Teams videokonverents

16.10.2024

Algus kell 14.00, lõpp kell 17.00

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Kristi Rekand (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)
Heli Paluste (Sotsiaalministeerium)
Liis Kruus (Tervisekassa)
Küllli Friedemann (Terviseamet)

Kirjalik arvamus: Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)

Puudusid: Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)

Kutsutud: Malle Avarsoo (Tervisekassa)
Maria Suurna (Tervisekassa)
Tiina Österman (Tervisekassa)
Elisabeth Kelner (Tervisekassa)
Tanel Kaju (Tervisekassa)

Protokollija: Merje Metsoja (Tervisekassa)

Päevakord:

1. Taotluste arutelu:

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1525	Nahahaiguste ravi fotodünaamilise teraapia (PDT) teel
1589	Kopsuarteri emboli aspiratsiooniseade
1636	Sensoorse(-te) närvi(-de) medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil ultraheli või röntgeni kontrolli all
1637	Sensoorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või röntgeni kontrolli all – kuni 4 punkti
1638	Sensoorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või röntgeni kontrolli all – iga järgnev punkt

2024. aastal menetluses olnud taotluste kokkuvõte ja taotluste prioriseerimine
- HPV-kodutesti rakendamine emakakaelavähi sõeluuringus
- Kopsuvähi sõeluuringu laienemine 2025
- Rinnavähi polügeense riskiskoori (PRS) arvutus
- Palliatiivne ravi
- Muud teemad

1. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1525 – Nahahaiguste ravi fotodünaamilise teraapia (PDT) teel

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Naha- ja Suguhaiguste Arstide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada tervishoiuteenuste loetellu nahahaiguste ravi fotodünaamilise teraapia abil. Fotodünaamiline ravi (ingl. k. *photodynamic therapy* – PDT) on laialt kasutatav ravimeetod väga erinevate nahahaiguste raviks. Meetod põhineb fotoaktiveeritava aine (nt 5-aminolevuliinhappe – 5-ALA) viimisel naha pindmistes kihtidesse (sügavus max 2mm) ning selle aktivatsioonil oranži valgusega (keskmine lainepikkus 585 nm). Tekkivad aktiivsed radikaalid omavad põletiku- ja kasvavastast toimet. Seetõttu saab seda meetodit kasutada nii erinevate naha pindmiste uudismoodustiste kui ka erinevate dermatooside raviks.

Taotluse alusel on teenuse meditsiiniliseks näidustuseks:

- pahaloomulised nahakasvajad (basaliom, in situ lamerakk-kartsinoom, ekstrapammaarne Pageti tõbi ja muud nahakasvajad);
- prekantseroosid (aktiinilised keratoosid ja muud prekantseroosid);
- dermatoosid (viirustüükad ja muud infektsioossed dermatoosid, porokeratoos, aktiiniline heiliit ja muud kiirgusdermatoosid, Hailey-Hailey tõbi, Darieri tõbi ja muud genodermatoosid, akne ja muud põletikulised dermatoosid).

Taotlust arutati TTL komisjonis viimati 24.05.2023 (vt [protokoll](#)). Komisjon toetas teenuse loetellu lisamist, kuid soovis Tervisekassalt täpsustatud hinna- ja kuluefektiivsuse arvutusi. Taotlus toodi arutelule täpsustatud kuluhinnanguga ja Tervisekassa ettepanekuga piirata teenuse kasutamist järgmiste näidustustega – aktiiniline keratoos, basaliom ja Bowen'i tõbi.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Teenuse hüvitamist taotletakse järgmistel näidustustel: pindmine basaliom (C44), lamerakk-kartsinoom *in situ* (Morbus Bowen) (C44), aktiinilised keratoosid (vähiväli) (L57), akne (L70), HPV erinevate tüvede infektsioonid (B07, A63.0), naha leišmaniaas (B55.1), nahalümfoomid (C84, D36). Teenuse tulemuslikkus on võrreldav alternatiivsete ravimeetoditega (kirurgiline ravi, imikvimood, krüoteraapia). Eeliseks on suhteliselt hea talutavus: peamisteks kõrvaltoimeteks on protseduuri aegne valu ja võimalik fototoksiline reaktsioon, mis siiski ei kujuta ohtu patsiendi elule ja tervisele. Protseduuri järgne kosmeetiline tulemus on parem võrreldes kirurgilise ravi ja krüoteraapiaga ning taastumisperiood lühem võrreldes imikvimoodraviga. Protseduur sobib enamikule patsientidele sõltumata nende immuunstaatuses. Naha pindmiste pahaloomuliste kasvajate ravijuhendites on PDT toodud välja toodud tugeva ravisoovitusega. Muude dermatooside ravis soovitatakse PDT-d kasutada alternatiivse ravivõimalusena, kui konventsionaalne ravi pole tulemusi andnud. Tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutuse tingimusena tuleks sätestada suunamine teenusele erialaspetsialisti poolt (dermatoloog või onkoloog/onkokirurg).

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)

Tõendusmaterjali olemasolust lähtuvalt on käesolev hinnang kitsendatud kolmele näidustusele: basaliom, aktiiniline keratoos ja *in situ* lamerakk-kartsinoom ehk Bowen'i tõbi. Taotleja esitatud informatsiooni alusel katavad nimetatud näidustused ca 98% teenuse prognoositavast mahust. Käesolevas hinnangus on käsitletud PDT alternatiividena ainult Eestis kättesaadavaid alternatiivseid ravimeetodeid, mis on taotluse alusel kirjeldatud kui kirurgiline ravi, krüoteraapia ning 5% imikvimoodi kreem.

PDT protseduuri esialgseks hinnaks kujuneb 276,23 eurot. Protseduurile lisandub dermatoskoopia teenus (kood 7007) piirhinnaga 2,81 eurot ning seoses ravikreemi inkubatsiooniperioodiga, kus patsient peab 4 tunni jooksul viibima raviasutuse siseruumides, kodeeritakse teenusele juurde ka päevaravi teenuskood 3075 maksumusega 90,49 eurot. Seega kujuneb PDT osutamise keskmiseks maksumuseks ilma eriarsti vastuvõttudeta 369,53 eurot. Eestis ei ole varasemalt nahahaiguste PDT kulutõhusust hinnatud. Antud hinnangus on aluseks võetud rahvusvaheline kulutõhususe analüüs, kus Eesti tingimustes on PDT kulutõhusust võimalik hinnata ainult aktiivse keratoosi korral selle Eestis kasutatavate peamiste alternatiividega võrdluses, sest teiste näidustuste kohta analüüsiks vajalikud alusandmeid puuduvad. Antud hinnangu alusel võib järeldada, et Eesti tingimustes on PDT protseduur aktiivse keratoosi näidustusel võrdluses imikvimood 5% kreemiga kulutõhus sekkumine, ICER-i väärtuseks on 18 172 eurot võidetud QALY kohta. Leiti, et PDT protseduuri kulutõhusus aktiivse keratoosi näidustusel võrdluses krüoteraapiaga on piiripealne, ICER-i väärtuseks 21 333 eurot võidetud QALY kohta. Eestis on krooniliste haiguste ICER-i lävend 20 000 eurot/QALY. Taotleja hinnangu alusel on perioodiks 2025–2028 prognoositud 500–560 patsienti, kellele osutatakse teenust. Patsientide prognoosi on vähendatud 2% ulatuses, mis on seotud näidustustega, millel ei ole hetkel piisavat meditsiinilist tõendust (dermatoosid). Seega perioodiks 2025–2028 prognoositakse ravikindlustuse eelarvele PDT protseduuriga seotud lisakulu ca 209 000–234 000 eurot aastas.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli arutlusel 2023. aasta jaanuaris ja mais. Leiti, et tegemist on hästi uuritud, tugeva tõendusega meetodiga basalioomi, Bowen'i tõve ja aktiivse keratoosi ravis. Teiste diagnooside korral on tõendatuse tase madalam. Ravijuhised soovivad. Aastane kogukulu 315 000 eurot. Komisjon põhimõtteliselt toetas, kuid paluti teha uus KTH. Täna on vastavad andmed olemas.

KTH. Taotlus on esitatud väga paljudele näidustustele, kuid uuringute ja metaanalüüside andmed on taotluses ja eksperdi hinnangus esitatud kolmele näidustusele: basalioom, aktiivne keratoos ja Bowen'i tõbi. Tõendusmaterjali olemasolust lähtuvalt on hinnang kitsendatud nendele kolmele näidustusele (katavad taotleja hinnangul 98% teenuse prognoositavast mahust). Hinnangus käsitletakse PDT võrdlusravina ainult Eestis kättesaadavaid ravimeetodeid: kirurgiline ravi, krüoteraapia, imikvimood 5% kreem. Ravi tulemuslikkuse osas võib öelda, et PDT on alternatiividega võrreldes samaväärse efektiivsusega ja ohutu ravimeetod mitteagressiivsete, madala riskiga ja pindmiste (kuni 2 mm) nahamoodustiste ravis basalioomi, aktiivse keratoosi ja Bowen'i tõve korral.

Rahvusvahelistest kulutõhususe hinnangutest leiti üks Soome 2015. a kulutõhususe hinnang, mis ainukesena leitudest põhines tervisekasu erinevusel QALYdes. Järeldati, et PDT on efektiivsem (0,009 võidetud QALY), kuid kallim (982 eurot vs 781 eurot) kui imikvimood 5% kreem (ICER=21 900 eurot/QALY). Krüoteraapia suhtes on PDT domineeriv ehk efektiivsem ja odavam sekkumine (0,012 võidetud QALY ja 982 eurot vs 1114 eurot).

Kulutõhusus Eestis: Aluseks on võetud üldnimetatud Soome hinnang. PDT protseduuri hind Eestis on 276,23 eurot, koos eelneva dermatoskoopia ja päevaravi koodiga on maksumus 369,53 eurot. PDT annab võrdluses imikvimood 5% kreemiga 0,009 täiendavat QALY lisakuluga 163,55 eurot, mis teeb ICER-i väärtuseks 18 172 eurot/QALY. Krüoteraapiaga võrdluses annab PDT 0,012 täiendavat QALY lisakuluga 256,00 eurot, mis teeb ICER-i väärtuseks 21 333 eurot/QALY. Seega võib järeldada, et Eesti tingimustes on PDT protseduur aktiivse keratoosi näidustusel võrdluses imikvimood 5% kreemiga kulutõhus sekkumine. PDT protseduuri ICER võrdluses krüoteraapiaga ületab mõnevõrra Eestis aktsepteeritavat lävendit. Erinevus Soome hinnanguga tuleb sellest, et Eestis on krüoteraapia protseduur oluliselt madalama maksumusega (35,49 eurot) kui aluseks võetud hinnangus. Seejuures ei ole täit

kindlust selle osas, kui mitu korda Eestis kasutatavat krüoteraapia teenuskoodi peaks raviarvele märkima, et ravida uuringus vaatluse all olevat 25cm² nahapiirkonda. Taotleja toob seejuures lisaks välja, et Eestis on krüoteraapia ja PDT aktiiniliste keratooside ravis kasutusel paralleelselt erinevate olukordade jaoks. Krüoteraapiat kasutatakse üksikute kollete raviks (taotleja sõnul max 2 cm läbimõõduga lesioonid) ja PDT-d kasutatakse arvukate aktiiniliste keratoosidega kaetud alade ehk „vähivälja“ raviks, kus krüoteraapia oleks ebaotstarbekas ja patsiendile suuremat ebamugavustunnet ja pikemat paranemist põhjustav. Lisaks on kogu tugevalt päikesekahjustatud ala valgustamine erinevalt krüoteraapiast profülaktilise toimega uute aktiiniliste keratooside tekke osas. Seega hoolimata piiripealsest ICER-i väärtusest, on PDT tõenäoliselt kulutõhus valik võrdluses krüoteraapiaga arvukate aktiiniliste keratoosidega kaetud alade ehk „vähivälja“ ravis. Oluline on välja tuua, et taotleja sõnul suunatakse enamik patsientidest PDT ravile pahaloomuliste pindmiste nahakasvajate tõttu (basalioom ja Bowen'i tõbi kokku ca 76% mahust). Kuna sekkumiste kulutõhususe kohta basalioomi ja Bowen'i tõve korral ei ole võimalik andmete puudumise tõttu järeldust teha, siis katab käesolev hinnang aktiinilise keratoosi kulutõhususe kohta ca 22% teenuse prognoositavast kogumahust.

Eelarvemõju: Prognoositav lisakulu perioodiks 2025–2028 on ca 209 000–234 000 eurot aastas. PDT-d osutatakse juba 2014. aastast ja seetõttu olulises mahus muude teenuste ärajäämist ette näha ei ole. Seni on kodeeritakse teisi teenuskode, seega vähenev kulu on seotud peamiselt seni kasutatud koodide ärajäämisega.

Rahastamise piirangud: Vajalikud on järgmised rakendamise tingimused:

- PDT protseduur on näidustatud basalioomi, *in situ* lamerakk-kartsinoomi ehk Bowen'i tõve ja arvukate aktiiniliste keratoosidega kaetud alade (nn vähivälja) raviks;
- PDT protseduurile saab suunata dermatoveneroloog, onkoloog või onkokirurg.

Kuna PDT protseduuril on dermatoveneroloogias palju näidustusi ja mitmeid võrdlusraviseid ning kõige kohta ei ole piisavat tõendusmaterjali meditsiinilise efektiivsuse (nt dermatoosid, naha leišmaniaas) ja ka kulutõhususe hindamiseks, siis on Tervisekassa ettepanek piirata esialgu teenuse rahastamine kolme peamise näidustusega (basalioom, Bowen'i tõbi ja aktiinilise keratoosi korral vähiväli), mille kohta tõendusmaterjal esitati ja mille kohta on piisavalt tugev tõendus olemas. Sellega maandame riski, et teenust ei hakata ülekasutama nt akne vms taolise diagnoosi ravis. Tulevikus tõendusmaterjali lisandumisel on võimalik näidustusi juurde lisada.

Diskussioon

Komisjon nõustub Tervisekassa ettepanekuga piirata teenuse kasutamist järgmiste näidustustega – basalioom, aktiiniline keratoos ehk vähiväli ja *in situ* lamerakk-kartsinoom ehk Bowen'i tõbi.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas tervishoiuteenuse lisamist loetellu, komisjoni hinnangul on Tervisekassa ettepanek kasutuspiiranguteks asjakohane.

Taotlus nr 1589 – Kopsuarteri emboli aspiratsiooniseade

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Kardioloogide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada tervishoiuteenuste loetellu ägeda massiivse kopsuarteri emboolia ravis kasutatav invasiivne kateetrikuudne trombiaspiratsiooni protseduur. Teenus on

näidustatud ägeda raske ja keskmise-raske kopsuarteri emboliaga patsientidel, kes on kardiogeenses šokis või trombolüüsi vastunäidustusega.

Taotlust arutati TTL komisjonis viimati 18.09.2024 ([protokoll](#)). Komisjon toetas teenuse lisamist tervishoiuteenuste loetellu. Lisati, et tegemist on elupäästva ja eluea perspektiivist lähtuvalt kuluefektiivse sekkumisega. Taotlus toodi arutelule täpsustatud kuluhinnanguga.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu alusel on kopsuarteri emboli aspiratsiooniseadme meditsiiniline vajalikkus põhjendatud. Sihtgrupiks on ägeda raske ja keskmise-raske kopsuarteri emboliaga äkki haigestunud, isoleeritud patoloogiaga, ebastabiilse üldseisundiga intensiivravi vajavad haiged, kellele on vastunäidustatud trombolüütiline ravi. Protseduuri vahetuks tulemuseks on südame ülekoormuse langus ja üldseisundi stabiliseerumine. Kuigi arvatav protseduuride hulk aastas on vähene, siis teenuse mitterakendamisel on osadele patsientidest trombolüüsi vastunäidustuse tõttu üldseisundit stabiliseeriv. Sel juhul elupäästev ravivõtte puuduks.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)

Hinnangu alusel on ravijuhu keskmiseks maksumuseks 12 732,41 eurot. Mis sisaldab lisaks voodipäevade hinnale ühekordset FlowTrievers'i seadmekomplekti maksumusega 9 711,20 eurot ja protseduuri läbiviimiseks lisandub teenus „Ühe südamepoole kateeterdamine“ (kood 7652). ICER ehk täiendkulu tõhususe määr ühe võidetud QALY kohta on hinnangus arvestatud 11 395 eurot, mida on hinnatud lähtuvalt patsiendi eluea perspektiivist ja võrreldud alternatiiviga. Käesolevas hinnangus on käsitletud taotletava teenuse alternatiivina nn *off-label* ravivõtteid, mis on teenuse sihtgrupiks olevatel patsientidel kasutusel olevad muu otstarbega kateetrisüsteemid. Seega võib kateetrikaudset trombiaspiratsiooni protseduuri (CDT) pidada kulutõhusaks sekkumiseks võrreldes *off-label* ravivõtetega. Tundlikkusanalüüsis järeldati, et kui CDT ja *off-label* ravivõtete elulemuse erinevus on 2 protsendipunkti või vähem, ei ole CDT *off-label* ravivõtete suhtes enam kulutõhus sekkumine patsiendi eluea perspektiivist lähtuvalt. Taotletava teenuse prognoositav lisakulu aastatel 2025–2028 on ca 440 000–616 000 eurot aastas.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus oli arutlusel 2024. aasta veebruaris ja septembris. Komisjon leidis, et tegemist on mõõduka tõendatuse tasemega meetodiga, mida on uuritud vaid ühes RCTs, kuid mitmetes prospektiivsetes uuringutes ja metaanalüüsis, mis näitab ka kliinilist efektiivsust. Soovitatakse ESC poolt, teised organisatsioonid ei ole veel soovitusi andnud. Toodi esile, et teenus on väga väikesele patsiendigrupile ning muud ravivõimalused piiratud või puuduvad, mistõttu on taotlus põhjendatud. Ekspert toetas.

Järeldati, et tegemist on vajaliku ja olulise ravivõimalusega, kuid oluline on eelnevalt üle vaadata maksumus, kulutõhusus ja eelarvemõju. Komisjon tegi ettepaneku tellida eksperthinnang, koostada kulutõhususe ja eelarvemõju analüüs. Samuti küsida taotlejalt lisainformatsiooni – kas taotlus on esitatud ainult FlowTrievers seadmele või ka teistele sarnastele seadmetele, mis on nende hinnad ning kas ultraheli assisteeritud kateetrijuhitud trombolüüs on alternatiivne meetod, kui jah, siis kumb meetod on eelistatum ja millistel põhjustel.

KTH andmetel maksab seade maksab 9700 eurot, ravijuhu keskmine maksumus 12 700 eurot. Taotletava teenuse osutamise kulu 65 ravijuhule aastas on $65 \times 11\,017,69 = 716\,150$ eurot ja süsteemse trombolüüsi kulu $65 \times 1\,376,38 = 89\,465$ eurot. Kulude erinevus alternatiivide vahel on 626 685 eurot ja tulemi erinevus on neli välditud surmajuhtumit aastas. $ICER = 626\,685 / 4 = 156\,671$ eurot/välditud surmajuhtum. Taotletav teenus peaks olema kitsendatud ainult kõrge riskiga ägeda KATE ravile juhul, kui trombolüüs on vastunäidustatud või on ebaõnnestunud.

Siin on kaks küsimust. Esiteks, et ICER oleks võrreldav, peaks mõõdikuks olema lisanduv QALY ja mitte välditav surmajuht. Hetkel ei oska öelda, kas tegemist on kuluefektiivse sekkumisega. Teiseks, antud analüüs on tehtud FlowTrieri kohta. Kas on teisi aparate ja mis on nende hind? Ekspert toob alternatiiviks Indigo trombektoomia süsteemi (Penumbra Inc, Alameda CA, USA). Kas oleks võimalik teha tundlikkuse analüüs teiste hindadega? Lisaks jääb ebaselgeks, et kui trombektoomiat soovitatakse trombolüüsi vastunäidustusel, siis kas on õige kasutada arvutustes trombolüüsi kui trombektoomia alternatiivi.

Komisjon palus teha KTH tundlikkuse analüüsi. Uuendatud KTH: ICER 11 400 eurot QALY kohta, kuluefektiivne.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas tervishoiuteenuse lisamist loetellu.

Taotlus nr 1636 – Sensorse(-te) närvi(-de) medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil ultraheli või röntgeni kontrolli all

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: MTÜ Eesti Valu Selts, Eesti Anestesioloogide Selts, Eesti Ortopeedia Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada loetellu uus teenus – sensoorsete närvide medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil ultraheli või röntgeni kontrolli all. Teenus on näidustatud kroonilise aksiaalse valu korral lülisamba nimme-, rindkere või kaelapiirkonnas või kroonilise sakroiliakaal liigeste põhjustatud valu korral. Teenus on vajalik patsientide valiku tegemiseks raadiosagedusliku ablatsiooni (RFA) teostamiseks. Diagnostiline protseduur toimub sõltumata RFA tegemisest (negatiivse tulemuse korral RFA-d ei teostata) ja erinevatel päevadel.

Taotlus nr 1637 – Sensorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või röntgeni kontrolli all - kuni 4 punkti

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: MTÜ Eesti Valu Selts, Eesti Anestesioloogide Selts, Eesti Ortopeedia Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada loetellu uus teenus – sensoorsete närvide, närvipõimikute või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon, kuni neli punkti. RFA on väheinvasiivne protseduur, mis kasutab soojust, et lülitada välja närvid, mis vastutavad valu signaalide edastamise eest fassettliigestes. RFA võib pakkuda pikemaajalist valu leevendust võrreldes süstidega. RFA on näidustatud kroonilise aksiaalse valu korral lülisamba nimme-, rindkere või kaelapiirkonnas või kroonilise sakroiliakaal liigeste põhjustatud valu korral.

Taotlus nr 1638 – Sensorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või röntgeni kontrolli all - iga järgnev punkt

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: MTÜ Eesti Valu Selts, Eesti Anestesioloogide Selts, Eesti Ortopeedia Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada loetellu uus teenus – sensoorsete närvide, närvipõimikute või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon, iga järgnev punkt. Erineb RFA kuni neli esimest punkti teenuse kirjeldusest ressursi kulude poolest.

Taotlused on olnud varasemalt TTL komisjoni arutelul 18.09.2024 ([protokoll](#)). Komisjon otsustas taotlused tuua uuesti arutelule, et koguda tõendusmaterjali teenuse rakendamise kohta.

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangul tuleks käsitleda taotlusi nr 1636, 1637 ja 1638 koos. Tervishoiuteenus „Sensoorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionite raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või röntgeni kontrolli all – kuni 4 punkti“, mida antud taotluses kirjeldatakse, on näidustatud kasutamiseks krooniliste aksiaalsete valude korral lülisamba nimmeosas ja kroonilise sakroiliakaal liigete põhjustatud valude korral (diagnoosikoodid M47.8 ja M 46.1). Antud tervishoiuteenuse osutamisele peab alati eelnema teise taotletava tervishoiuteenuse „Sensoorse(-te) närvi(-de) medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil ultraheli või röntgeni kontrolli all“ kasutamine, kui medikamentoosne test antud teenuse potentsiaalse efektiivsuse hindamiseks. Kui medikamentoosne diagnostiline test annab positiivse efekti – valude oluline vähenemine - siis on RFA kasutamine näidustatud. Eksperti hinnangul on tegu suhteliselt ohutute teenustega, kui teenust osutatakse kirjeldatud tingimustel ja tingimustes väljaõppinud spetsialistide poolt. Ekspert ei soovita taotluses väljatoodud näidustustena rindkere ja kaelapiirkonna lülisamba valude korral teenust kasutada, kuna selle kohta teaduspõhiseid uuringuid pole lisatud või on raskesti leitavad. Ekspert toetab teenuse kasutamist alaselja valude ja SI liigete põhjustatud valude korral. Teenused on oma olemuselt väheinvasiivsed. Patsientide grupp, kellele antud tervishoiuteenused on näidustatud, on keeruline ning tihti peale rakendatavad ravimeetodid annavad vaid osalist efekti. Seetõttu oleks eksperti arvamusel selliste tervishoiuteenuste olemasolu vajalik ning omaks selget rolli krooniliste alaselja ja SI liigete valude raviskeemis. Potentsiaalselt võiks paraneda patsientide elukvaliteet ning väheneda nii medikamentoosse kui ka kirurgilise ravi vajadus.

Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)

Taotletava teenuse „Sensoorse(-te) närvi(-de) medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil ultraheli või röntgeni kontrolli all“ esialgseks piirhinnaks kujuneb kuluarvestuse alusel 196,04 eurot. Teenuse „Sensoorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionite raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või röntgeni kontrolli all – kuni 4 punkti“ esialgseks piirhinnaks on 292,28 eurot. Iga järgneva ablatsiooni maksumuseks on 30,24 eurot, mida keskmiselt osutatakse 6 korda ühe ravijuhu kohta aastas. Ravijuhule lisanduvad veel eriarsti esmane ja/või korduvad ambulatoorsed vastuvõttud ja peale protseduuri valuravi õe vastuvõtt/kaugvastuvõtt. Seega, eelpool toodu alusel on ühe ravijuhu maksumuseks on 730,77 eurot. Võrreldes standardraviga on RFA kasutamisel täiendkulu tõhususe määr (ICER) 6371,14 eurot QALY kohta, mida saab pidada kulutõhusaks. Mõju ravikindlustuse eelarvele on hinnanguliselt 86 608–187 072 eurot aastas.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Taotlus on olnud arutelul korduvalt. Põhiline küsimus on meetodi tõendatuse tasemes ja selles, kas ja kui suur on tervisekasu võrreldes selle mittekasutamisega. Tõenduse ülevaatusel selgus, et tegemist nõrga-mõõduka tõendusega vähese toimega meetodiga, mida ravijuhised soovivad teise rea valikuna, kui konservatiivne ravi ei ole olnud tulemuslik. Otsuseks vaatame veelkord üle olemasoleva tõenduse.

Uued uuringud.

1. Mehta, et al 2018 RCT (n=17) RFD efektiivsusest alaseljavalu ravis võrreldes shamiga. Hinnati valu vähenemist skaalal 0-10 3 kuu pärast. Leiti, et sekkumisrühmas vähenes valu 8,1 kuni 3,4-ni (langus statistiliselt oluline), kontrollidel püsis (langus 7,3-lt kuni 7-ni). Tulemused olid samad ka 6. kuul. Väikese valimiga uuring, mistõttu tulemustele ei saanud teha korralikku statistilist analüüsi. Kvaliteet madal.
2. Chen, et al 2019 metaanalüüs (n=980, 15 RCT) RFD efektiivsusest lumbosakraalvalu ravis võrreldes konservatiivse tavaraviga. Leiti, et puulitud valuskoori langus oli keskmiselt 1,5 (95% CI 2,1-0,8, skaalal 0-10), elukvaliteedi paranemine EQ-5D (skaalal 0-100) keskmiselt 6,5

(-1,2 – 14,2), puude vähenemine Oswestry Disability Indexi alusel (alaseljavalu elukvaliteedi hindamise standard skaalal 0-50) -5,6 (-9,2 - -2,1). Toime püsis 2 kuu jooksul. Üllataval kombel hinnati originaaluuringute nihet valdavalt madalaks. Järeldati, et alaseljavaluga patsientide elukvaliteet, valu ja muud funktsionaalsed näitajad paranesid oluliselt. Samas lisati, et vajalikud on edasised uuringud. Metaanalüüsi kvaliteet hea.

3. Chappell, et al 2020 BMJ metanalüüs RFD efektiivsusest lumbosakraalsete struktuuride mõjutamisel võrreldes ravi puudumise või platseeboga kroonilise alaseljavaluga patsientidel. Leiti 19 RCTd aastatest 2014-2019, n=600. Leiti lühiaegne (1-3 kuud) statistiliselt oluline kliiniliselt piiripealne valu vähenemine lülisamba fassetliigeste mõjutamisel, keskmine erinevus valuskaalal 0-10 oli -0,56, 95%CI -1.13 - 0,01; sakroiliakaalpiirkonna mõjutamisel 1-3 kuud -1.53 (-2,6 - -0,5); intervertebraalsete diskide mõjutamisel -0.98, CI -1.84 - -0.12. Samas leiti, et platseeboefekt on suur ja rühmade keskmine valuskoori erinevus oli <1 punkti (valuskaalal 0-10). Pikaajaline efektiivsus on ebaselge. Tõenduse kvaliteet enamuses uuringutes oli madal või väga madal ja efektiivsus on jätkuvalt küsitav, eriti pikaajaliselt. Järeldati, et meetod on lühiajaliselt väikese positiivse efektiivsusega. Metaanalüüsi kvaliteet oli hea.
4. Chen, et al 2022 RCT (n=270) RFD efektiivsusest lumbaalsete fassetliigeste mõjutamisel võrreldes konservatiivse tavaraviga eakatel. 6 kuu jooksul toimus paranemine mõlemas rühmas. Probleemiks oli, et efektiivsuse hindamisel nii valu kui elukvaliteedi osas hinnati skooride väärtuse languse erinevust ja mitte skooride eneste erinevust erinevates ajapunktides. Langused oli statistiliselt erinevad, aga kas ka rühmadevahelised võrdlused, jäi ebaselgeks. Valuskoori erinevus 1. kuul oli 1,4 punkti, 3. kuul 1,1 punkti, 6. kuul 2,2 punkti (skaalal 0-10). ODI skoori erinevus 1. kuul 3,5 punkti, 3. kuul 4,4 punkti, 6. kuul 4,3 punkti (skaalal 0-50). Ilma statistilise analüüsita saab hinnata, et sellised erinevused võisid olla piiripealselt kliiniliselt olulised. Järeldati, et RFD on efektiivne valu ravis ja funktsiooni paranemisel ja selle toime kestab kuni 6 kuud. Tõendatuse tase mõõdukas.
5. Li, et al 2022 metaanalüüs RFD efektiivsusest alaseljavalu ravis (n=10 RCT, 715 patsienti). Leiti mõõdukas tõendus, et tava-RFD on lühiajaliselt shamist efektiivsem alaseljavalu ravis (keskmine erinevus -1,58 (95%CI -2,98 - -0,18), nõrk tõendus, et on efektiivsem ka pikaajaliselt (MD -4.90, 95% CI, -5.86 to -3.94). Nõrk tõendus, et pulss-RFD on efektiivsem pikaajaliselt (MD -1.30, 95% CI, -2.17 to -0.43). Lisaks leiti nõrk tõendus ka fassetliigeste kapsli denervatsiooni ja endoskoobi kontrolli all teostatud RFD efektiivsuse kohta nii lühi- kui pikaajaliselt. Järeldati, et RFD on alaseljavalu ravis efektiivne. Metaanalüüs oli kvaliteetne. Tõendatuse tase nõrk-mõõdukas.
6. UUS Du, et al 2024 avaldas metanalüüsi (11 RCT aastatest 1999-2022, n=800), kus hinnati RFA efektiivsus võrreldes shamiga 12 kuu jooksul. Leiti, et 1 kuu pärast protseduuri oli RFA rühmas valu hinnang statistiliselt oluliselt väiksem (keskmine erinevus -0,43, 95% CI -0,74—0,13), 3 kuu pärast -0,39 (-0,67--0,11), 6 kuu pärast -0,35 (-0,63--0,07). 12 kuu pärast oli erinevus kadunud. Järeldati, et RFA võib statistiliselt oluliselt vähendada alaseljavalu lühiajaliselt, kuid mitte pikema aja jooksul. Tõendatuse tase mõõdukas.

Ravijuhised.

1. Saksamaa fassetliigeste RFD ravijuhised 2023 soovivad diagnostilist blokaadi enne RFDd (nõrk- kuni mõõdukas tõendus, konsensussoovitus) (inglisekeelne versioon ei olnud saadaval)
2. NICE alaseljavalu käsitusjuhised täiskasvanutel 2016 (täiendatud 2020) soovivad RFD kroonilise alaseljavaluga isikutel, kui konservatiivne ravi ei ole aidanud ja valu allikas pärineb fassetliigestest ja lokaliseeritud valu skaalal 0-10 on >5. Kasutada ainult neil alaseljavaluga patsientidel, kellel diagnostiline blokaad (medial branch nerve block) on olnud positiivne.

3. UUS Cohen, et al 2020 American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine konsensusjuhhis RFA rakendamiseks. Leiti, et protseduuri rakendamisel on peaaegu kõik seisukohad vastandlikud, sh pildidiagnostika kasu sobivate patsientide selektsiooniks, kui pikk peaks olema eelnev konservatiivne ravi, blokaadi diagnostiline väärtus, süstete efektiivsus, kui palju ravimit peaks süstima, mitu blokaadi peaks eelnevalt tegema, milline on prognoos, kuidas peaks asetma elektrodid, kuidas käsitleda tüsistusi, kui suur on korduva RFT kasu. Liit võttis soovitava hoiaku, kuid täpsustas, et RFD võib anda kasu hästi selekteeritud haigetel. Patsientide selektsiooni kriteeriumid peaksid olema suhteliselt karmid.

4. UUS Sayed, et al 2022 The American Society of Pain and Neuroscience (ASPN) koostas süstemaatilise tõenduse ülevaate sekkumiste, sh RFA efektiivsusest ja ohutusest alaseljavalu ravis ning andis vastavad soovitused. Lülisamba lumbaalosa RFA kohta leiti 14 uuringut (tõendatuse tase nõrk-mõõdukas), soovituseks anti A, tõenduse tasemeks 1A-1B. Sakroiliakaalligese RFA kohta leiti 5 uuringut (tõendatuse tase nõrk), soovituseks B, tõenduse tasemeks 1A. Basivertebraalse närvi (närv, mis innerveerib lülakeha ja diski vahelist plaati) RFA kohta leiti 13 uuringut (tõendatuse tase mõõdukas-nõrk), soovituseks A, tõenduse tase 1A.

Kokkuvõttes võib nõrga-mõõduka tõendatuse tasemega järeldada, et meetod on vähese kliinilise efektiivsusega, toimib lühiajaliselt ja seda võib rakendada hästi selekteeritud patsientidel, kellel eeldatav kasu on suurem. Vajalik täpsustada rakendustingimused. Piloottuuringut ei poolda.

Diskussioon

Komisjon diskuteeris, kas soovitada teenuse rahastamist või mitte. Viimasest teaduskirjanduse ülevaatest selgus, et protseduuri järgselt on valu vähenemine pigem tagasihoidlik ja lühiajaline. Teada on, et tõendus on nõrk, efektiivsus on tagasihoidlik ja prioriteetsus pigem madal. Lisaks on olemas ülekasutamise oht, tuleks rakendada kontroll, et teenus ei hakataks üle kasutama. Toodi välja ka, et protseduuri tegemine eeldab väljaõppinud operaatorit, kes teostab seda efektiivselt.

Arutati ka selle üle, et teenust on kasutatud Eestis üle viie aasta, kuid seda kodeeritakse teise koodi alt. Tekkis küsimus, kui teenuse kasutamine on komisjoni hinnangul mittesoovitav, siis kas peaks seda tegevust piirama. Argumenteeriti, et kui teenust pole tervishoiuteenuste loetelus, siis see ei määra, kas seda tohib teha või mitte. Kui teenust osutatakse näidustatult, siis ei saa seda tegevust keelata.

Viidati ka meditsiinilise tõendus põhise hinnangu koostanud eksperdi arvamusele, kes soovitas teenuse loetellu lisamist. Krooniline valu on suur probleem ja kui on olemas veel miski, mis aitab valu vähendada, isegi kui see on tunnetuslik ja subjektiivselt tajutav, siis patsientide vaates võiks kaaluda teenuse lisamist loetellu.

Kokkuvõttes komisjon toetas teenuse rahastamist, kuid andis sellele madala prioriteetsuse hinnangu. Ehk hetkel käimasolevate kärbeta tingimustes jääb lõplik rahastamise otsus Tervisekassa juhatusele.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas tervishoiuteenuse rahastamist, kuid hindas prioriteetsust madalaks.

2. 2024. aastal menetluses olnud taotluste kokkuvõte ja taotluste prioriseerimine

Tervisekassa tegi ülevaate 2024. aastal menetluses olnud taotlustest. Kokku oli 2024. aastal menetluses 146 taotlust, millest tervishoiuteenuste taotlusi oli 82 (ülejäänud haiglaravimite taotlused). TTL komisjonis arutati teenuste taotlustest 28 taotlust, millest toetati 9 taotlust, paluti täpsustusi 15 osas ning ei toetatud 4 taotlust.

Komisjonis ei käinud osa taotlusi järgmistel põhjustel:

- taotlused on eriala nüüdisajastamise ootel (nt patoloogia, oftalmoloogia ja otorinolarüngoloogia);

- hinnakujunduse taotlused (nt verepreparaadid);
- korralduslikud teenused (nt paanikanupp ja turvaalarm perearstikeskuses);
- jätkuvalt töös olevad taotlused, mis on hinnangute või kuluandmete ootel (nt rTMS, DKT);
- muud põhjused ja taotlus on ootele pandud (laiemad teemad, nt seotud raviteekondadega).

Komisjon andis eelnevalt arutelul olevatele taotlusele, mis on toetuse saanud, oma hinnangu vastavalt:
 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.

Komisjoni poolt toetatud taotlused:

- *Taotlus nr 1520 – Kõrvalesta kirurgiline rekonstruktsioon mikrootia korral* – taotlust ei prioritseerita, kuna teenus ei lisata loetellu, sest Eestis puudub vastav kompetentsikeskus ja spetsialist teenuse kvaliteetseks osutamiseks;
- *Taotlus nr 1595 – Kodus kasutatav negatiivse rõhuga kinnine süsteem (vaakumteraapia-VAC süsteem)* – prioriteet A;
- *Taotlus nr 1610 – Kõrge resulatsiooniga söögitoru manomeetria* – prioriteet A;
- *Taotlus nr 1614 – Neeruarterite denervatsioon* – prioriteet A;
- *Taotlus nr 1635 – Logopeediline grupiteraapia* – prioriteet A;
- *Taotlus nr 1640 – Diafragma stimulaatori saatja* – taotlust ei prioritseerita, kuna teenus lisati juba 1. aprill 2024 rakenduvasse loetellu;
- *Taotlus nr 1643 – Lümfiteraapia* – prioriteet A;
- *Taotlus nr 1525 – Nahahaiguste ravi fotodünaamilise teraapia (PDT) teel* – prioriteet A;
- *Taotlus nr 1589 – Kopsuarteri emboli aspiratsiooniseade* – prioriteet A;
- Kroonilise alaseljavalu ravi teenuste taotlused, mida komisjon põhimõtteliselt toetas, kuid andis prioriteetsuse hinnangu B:
 - *Taotlus nr 1636 – Sensorse(-te) närvi(-de) medikamentoosne blokaad diagnostilisel eesmärgil ultraheli või röntgeni kontrolli all;*
 - *Taotlus nr 1637 – Sensorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või röntgeni kontrolli all – kuni 4 punkti;*
 - *Taotlus nr 1638 – Sensorsete närvide, närvipõimikute ja/või ganglionide raadiosageduslik ablatsioon (RFA) ultraheli või röntgeni kontrolli all – iga järgnev punkt.*

Täpsustamist vajavad taotlused:

- Patoloogia nüüdisajastamisega seotud taotlused, mille menetlemine jätkub hiljem:
 - *Taotlus nr 1443 – PD-L1 biomarkeri määramine VENTANA SP142 klooniga;*
 - *Taotlus nr 1444 – NTRK geenifusioonide määramine VENTANA pan-TRK testiga;*
 - *Taotlus nr 1456 – Immunohistokeemiline uuring - ALK biomarkeri määramine VENTANA D5F3 klooniga;*
 - *Taotlus nr 1457 – Immunohistokeemiline uuring - PD-L1 ekspressiooni määramine;*
- Esmatasandi vaimse tervise taotlused, menetlus jätkub 2025. a, kui on selgunud valminud esmatasandi vaimse tervise abisüsteemi korraldus koostöös Sotsiaalministeeriumiga:
 - *Taotlus nr 1619 – Lisatasu tervisekeskuses töötava täistööajaga õe või vaimse tervise õe eest;*
 - *Taotlus nr 1620 – Lisatasu tervisekeskuses töötava täistööajaga kliinilise psühholoogi ja tervishoiu tugispetsialisti eest;*
 - *Taotlus nr 1627 – Psühholoog-nõustaja vastuvõtt eriarsti suunamisel;*

- *Taotlus nr 1628 – Vaimse tervise õe vastuvõtt;*
- *Taotlus nr 1521 – Embrüote siirdamiseelne geneetiline analüüs ehk embrüodiagnostika – komisjon toetas PGT-A testimise lisamist loetellu, kui eelduseks, et ühe testi hinnapiir langeb alla 1000€;*
- *Taotlus nr 1552 – Meditsiinilise kinnise lasteasutuse teenuse voodipäev (alla 19-aastasele isikule) – komisjon põhimõtteliselt toetab meditsiinilise komponendi lisamist olemasolevate KLAT teenusele, kuid tekkisid küsimused teenuse korraldusliku rakendamise pealt;*
- *Taotlus nr 1631 – Autoloogsed seerumsilmatilgad raskete silmapinna haiguste raviks – teenuse menetlemine on seotud oftalmoloogia eriala nüüdisajastamisega, kuluefektiivsuse hinnangu ootel;*
- *Taotlus nr 1642 – Ekstrakorporaalne fotoferees – Tervisekassa tellib Tervisetehnoloogiate hindamise (TTH) keskuselt kuluefektiivsuse raporti.*

Komisjoni poolt mittetoetatud taotlused:

- Loovteraapiate TTH raport tõendas, et tegemist ebapiisava ja madala kvaliteediga tõendusega teenusega, mistõttu komisjon ei toetanud taotluste rahuldamist:
 - *Taotlus nr 1492 – Grupiloovteraapia;*
 - *Taotlus nr 1493 – Individuaalne loovteraapia;*
- *Taotlus nr 1590 – Operatsiooniaegne neurofüsioloogiline monitooring – komisjon ei toetanud teenuse laiendamist, kuna tõendus taotletavate sihtrühmade kasutamisel on ebapiisav;*
- *Taotlus nr 1598 – Lapse arengu hindamine – komisjon ei toetanud teenuse lisamist loetellu, kuna taotluses kirjeldatud tegevused on suures osas perearstide vastutusvaldkonna tegevused.*

Diskussioon

Taotluste prioritseerimise käigus tehti komisjoni poolt märkus, kas rahalised vahendid uute teenuste lisamiseks on olemas, sest teiselt poolt loetelus kärbitakse teenuseid. Eesti Haiglate Liit pöördus Tervisekassa juhatuse poole, toetusega lisada loetellu minimaalses mahus ja hädavajalikud uued teenused. Toodi välja, et mõned uued teenused on küll tõhusad, aga samal ajal suunatud väiksemale sihtrühmale. Komisjonis arutati, et traditsiooniliselt antakse uutele toetatud taotlustele prioriteetsushinnang loetellu lisamiseks, kus võetakse arvesse, et Prioriteet A on olulisem teenus loetellu lisamiseks kui prioriteet B. Otsuse, kas teenus lisatakse loetellu, teeb Tervisekassa juhatuse, komisjon annab enda arvamuse prioritseerimisel. Lisati veel, et prioriteedi A andmine ei tähenda automaatselt, et teenus lisatakse loetellu.

Komisjoni arvamus

Komisjon andis toetatud taotlustele prioriteetsuse hinnangu loetellu lisamiseks ja võttis info teadmiseks.

3. HPV-kodutesti rakendamine emakakaelavähi sõeluuringus

Tervise Arengu Instituudi (TAI) juhtimisel aastatel 2020-2022 läbi viidud kolm teadusuuringut näitasid, et HPV kodutestimise võimalus tõstis ca 10% emakakaelavähi sõeluuringus osalust. Iga uuringuga on tõusnud naiste huvi kodutestimise vastu ning võimalus teha kodutesti toob järjest rohkem naisi sõeluuringul osalema. HPV kodutestimine võimaldab naistel võtta sõeluuringus osalemiseks vajalik proov endale sobival ajal ja kohas ning saata see postiga laborisse analüüsimiseks.

Lähtudes varasemate teadusuuringute tulemustest ja sõeluuringu juhtrühma otsusest, teeb Tervisekassa ettepaneku lisada tervishoiuteenuste loetellu tervishoiuteenused nimetusega „HPV kodutesti emakakaelavähi sõeluuringus“ ja „Vedelikupõhine günekotsütoloogiline uuring pärast HPV kodutesti emakakaelavähi sõeluuringus“. HPV kodutesti lisamisest tulenev lisakulu ravikindlustuse eelarvele aastas kokku on ligi 419 000 eurot, kui prognoosida varasemate pilootprojektide tulemuste põhjal

tulevaseks aastaseks kodutestide kasutuseks 10 000 tükki. Teenuse „Vedelikupõhine günekotsütoloogiline uuring pärast HPV kodutesti emakakaelavähi sõeluuringus“ kulumudel oleks sama mis 66822 tähisega „Vedelikupõhine günekotsütoloogiline uuring (LBC)“ hinnaga 25,33 ning selle eelarvemõju oleks 25 330 eurot, kui arvestada, et 10 000-st kodutesti teinud naisest peavad 1000 minema ämmaemanda või naistearsti vastuvõtule andma uude katsutisse vedelikupõhise günekotsütoloogilise (LBC) uuringu proovi (ca 10% HPV-testidest vajavad LBC uuringut lisauuringuna).

Diskussioon

Tervisekassa selgitas lühidalt, et paanis on viia pikalt projektistaatuses olnud TAI poolt juhitud HPV sõeluuringu kodutest ametliku tervishoiukorralduse osaks. Komisjon tõdes, et tegemist on kaua uuritud ja hästi testitud meetmega ning see on juba sõeluuringu tavapraktika.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas tervishoiuteenus lisamist loetellu.

4. Kopsuvähi sõeluuringu laienemine 2025

Tartu Ülikooli juhtimisel on kopsuvähi sõeluuringu pilootuuringut läbi viidud kahe projektina ning nende kavandamisel tugineti 2021. aastal koostatud tervisetehnoloogia hindamise raportile nr 48 „Kopsuvähi sõeluuring Eestis“ ja 2021. aastal läbi viidud kopsuvähi sõeluuringu teostatavuse uuringu tulemustele. Projekti esimese aasta tulemuste põhjal täiendati 2023. aastal TTH raportit kulutõhususe hinnanguga ja anti välja raport nr 63 „Kopsuvähi sõeluuringu rakendamise efektiivsus ja kulutõhusus“, kus soovitati järkjärguliselt hakata rakendama üleriigilist kopsuvähi sõeluuringut ja kaardistada üleriigiliseks sõeluuringuks vajalike ressursside olemasolu.

Euroopa Liidu Nõukogu andis 09.12.2022 välja vähi sõeluuringute uue lähenemisviisi soovitus, „*võttes arvesse esialgseid tõendeid, mis toetavad madala kiirgusdoosiga kompuutertomograafiaga tehtavaid sõeluuringuid ja vajadust etapiviisilise lähenemisviisi järele, peaksid riigid analüüsima kopsuvähi sõeluuringu programmi teostatavust ja tõhusust*“.

Etapiviisiline laienemine otsustati seetõttu, et üleriigiliseks sõeluuringuks ei ole Eesti tervishoiusüsteem valmis: piisavalt ei ole sõeluuringu läbiviimiseks radiolooge ja radioloogiatehnikuid ning sobivaid kompuutertomograafia seadmeid, riskiküsimustiku meditsiiniseade on vaja registreerida, Tervise Arengu Instituudi vähisõeluuringute registri põhimäärust tuleb muuta andmete töötlemiseks ja sõeluuringu kutse-saatekirjade saatmiseks jne.

Lähtudes Euroopa Liidu Nõukogu soovitustest ja sõeluuringute juhtrühma otsusest, teeb Tervisekassa ettepaneku lisada tervishoiuteenus loetelu juhtprojektide peatükki tervishoiuteenus nimetusega „Kopsuvähi sõeluuringu laienemise koordineerimine (1 kuu)“. Uuringukoordinaatorid valmistavad ette kopsuvähi sõeluuringu laienemise, nad kaasavad esimese laienemise etappides perearste ja koolitavad neid sõeluuringut läbi viima ning abistavad Tervisekassat sõeluuringu käivitamisel. Kopsuvähi sõeluuringu laienemise koordinaatori lisamisest tulenev lisakulu ravikindlustuse eelarvele on aastast kokku ligikaudu 100 000 eurot.

Diskussioon

Kokkuvõttes soovitakse kopsuvähi sõeluuringut laiendada samm-sammult, selleks tehakse ettepanek lisada loetellu kopsuvähi sõeluuringu uuringukoordinaatori teenus.

Komisjonis tõstati küsimus kiirgusdoosi mõõtmise kohta. Nimelt kopsuvähi sõeluuringu TTH raport näitas kompuutertomograafia (KT) kiirgusdoosi nivood kordades suuremana, kui madaladoosiline KT peaks olema. Tehti ettepanek lisada kiirgusdoosi mõõtmine osana pilootprojekti. Lisaks on teadmata mobiilse seadme kiirgusdoosi suurus. Veel täpsustati, et kõrgendatud kopsuvähi riskiga patsientide

optimaalne intervall KT uuringute vahel on aasta. Komisjonil tekkis veel küsimus, kas kuluefektiivsuse arvutamisel on arvestatud KT juhuleide. Vastati, et neid pole kuluefektiivsuse arvutamisel arvesse võetud.

Lisaks leiti, et sõeluuringu sihtrühma küsimustikupõhist sõelumist saab sageli ühildada teiste rutiinsete ennetustegevustega.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas kopsuvähi sõeluuringu etapiviisilist laiendamist ja uuringukoordinaatori lisamist juhtprojektide peatükki.

5. Rinnavähi polügeense riskiskoori (PRS) arvutus

Eesti lähtub rinnavähi sõeluuringu sihtrühma moodustamisel Euroopa Komisjoni rinnavähi alase algatuse (ECIBC) poolt välja antavatest soovitudest, mille kohaselt nooremate, kui 45-aastaste puhul tuleks sõeluuringusse kaasamisel arvesse võtta täiendavaid riskifaktoreid. Üks võimalik riskifaktor on rinnavähi polügeenne risk (edaspidi PRS), mille alusel saab nooremaealiste naiste sihtrühma stratifitseerida. Rinnavähi polügeenne risk moodustub erinevate rinnavähiga seostatud ühenukleotiidsete DNA järjestuse variatsioonide (ingl *single nucleotide polymorphism*, SNP) kombineeritud efektist. PRS võimaldab hinnata haiguse tekkimise tõenäosust, kuid kõrgenenud polügeenne riskiskoor ei tähenda, et naine haigestub elu jooksul rinnavähki.

Taotletava teenuse nimetus on „Rinnavähi polügeense riskiskoori arvutamise teenus“. Teenus on üles ehitatud sõeluuringuna, kus riskifaktorite (nt vanus ja eelnevad diagnoosid) alusel moodustatakse sihtrühm, kes kutsutakse teenust saama. Rinnavähi polügeense riskiskoori arvutamise teenusele kutsutakse kõik 40-aastased Eestis elavad naised, kellele pakutakse geenitesti tegemise võimalust. Rinnavähi polügeenne riskiskoor arvutatakse geenidonoritel Geenivaramu andmete baasil, teistel tehakse samalaadne analüüs Tartu Ülikooli Kliinikumi geneetika ja personaalmeditsiini kliinikus. Lisaks riskiskoori arvutamisele on teenuse sihtrühmal võimalik saada vajaduspõhist nõustamist. Teenuse eesmärk on sõeluda välja need 40-aastased naised, kelle kümne aasta risk haigestuda rinnavähki on võrdne või suurem keskmise 50-aastase naise vastava riskiga. Väljasõelatud kõrgema riskiga naised hõlmatakse riiklikusse rinnavähi sõeluuringusse ja neid hakatakse rinnavähi suhtes jälgima juba alates 40–41. eluaastast.

Tervisekassa teeb ettepaneku lisada tervishoiuteenuste loetelu juhtprojektide peatükki viis uut tervishoiuteenust nimetustega „Polügeense riskiskoori arvutamine koos genotüpiseerimisega“, „Polügeense riskiskoori arvutamine olemasolevate geenandmete põhjal“, „Ämmaemanda vastuvõtt geneetilise testi järgseks nõustamiseks (60 min)“, „Ämmaemanda kaugvastuvõtt geneetilise testi järgseks nõustamiseks (60 min)“ ja „Ämmaemanda videovastuvõtt geneetilise testi järgseks nõustamiseks (60 min)“. Prognoositavaks eelarvemõjukuks on hinnanguliselt 781 239 eurot aastas.

Diskussioon

Tervisekassa täpsustas, et antud teenuse aluseks on võetud 2023. a taotlus nr 1567 „Rinna- ja munasarjavähi täppisennetuse tervikteenus“, mille skoop oli laiem, kui antud teenuse eesmärk. Taotluses välja toodud monogeensete mutatsioonide sõelumist ei tehta süstemaatiliselt, puuduvad kokkulepped patsiendi anamneesi küsimustiku osas ja monogeensete mutatsioonide kandluse jälgimine ei sobitu rinnavähi sõeluuringu konteksti. Tervisekassa tellis rinnavähi täppisennetuse ravijuhendi, mis annab vastuse, kuidas sellele probleemile süsteemselt läheneda, hetkel on monogeensete mutatsioonide testimine juhu- ja vajaduspõhine.

Komisjon tõdes, et tegemist on innovaatilise lahendusega ja sellest tulenevalt tõstatus küsimus, kas maailmas on midagi sellist rakendatud. Tervisekassa vastas, et nii suurelt pole seda maailmas rakendatud. Toodi esile, et Euroopas piloteeritakse PRS-i kui alternatiivi vanuserühma põhisele

sõeluuringusse kaasamisele, selle käigus uuritakse, kas PRS pakub täpsemat riskimääratlust kui aastakäigu põhine kaasamine sõeluuringusse. Osades riikides rahastatakse PRS-i arvutamist juhupõhiselt. Lisaks tekkis komisjonil küsimus, kuidas antud innovaatiline lahendus sobitub kulude kokkuhoiu konteksti. Tervisekassa vastas, et teenusega edasi minekuga on ministeeriumi tasandil kokkulepped tehtud. Lisaks on ettevalmistus teenuse lisamisega juba tehtud, loodud on IT taristu ja see kulu, mis läheks raisku oleks suurem, kui see investering ja kulu mis teenuse lisamisega kaasneb. Küll aga pannakse kärpesituatsioonis ajutiselt seisma farmakogeneetika teenuse riiklik arendamine.

Komisjonil tekkis küsimus teenuse laiendamise kohta, millele Tervisekassa vastas, et hetkel kaasatakse 40-aastaseid naisi. Vanus on piiritletud, kuna puudub piisav ressurss, et teenust kohe laiemale sihtrühmale pakkuda.

Komisjon tõi välja, et oluline on pilootprojekti puhul jälgida tulemusi ja efektiivsust. Tervisekassa selgitas, et plaan on luua koodide alusel aktiivselt jälgitav Power BI andmevaade ja mõeldakse veel raporti koostamise idearenduse peale. Komisjonis toodi välja, et teadusuuringu tegemise puhul oleks vajalik eelnevalt eetikakomitee luba. Ohukohana toodi veel välja, et tulemuste jälgimisel ja avaldamisel on võimalus teha kahju, kui tulemus näitab kõrgemat riski, siis tuleks vastavalt nõustada või vastupidi, kui on madal risk, siis on oht, et naised ei lähe rinnavähi sõeluuringule kutse peale.

Lisaks uuris komisjon teenusega kaasneva ämmaemanda kaugvisiidi kodeerimise kohta. Kui inimene on esmakordselt vastuvõtul, siis kas sel juhul saab kaugvisiit olla esmane visiit. Tervisekassa selgitas, et antud teenusel pole seda rakendustingimust piiratud, kuna kabinetid asuvad keskustes ja sihtrühma digivõimekust on hinnatud piisavaks. Eesmärk on ämmaemanda nõustamine kättesaadavaks teha ja sellega lubatakse kaugvastuvõttu esmase vastuvõtuna. Toodi ka välja, et ämmaemanda nõustab ka geeniriski suhtes ja nõustamise eelduseks on koolitus, mida hetkel planeeritakse. Lisati, et rinnakabinettide poolt on huvi teenuse vastu suur. Lisaks on plaanis koostada perearstidele infomaterjalid ja infotunnid, et nad suunaksid naisi edasi rinnakabinetti.

Lisaks arutleti, et hetkel on kolm haiglat, kus nõustamisteenust kavatakse pakkuda. Tervisekassa lisas, et hetkel kaardistatakse veel teenuseosutajaid ja lisatakse need jooksvalt. Arutelu käigus tekkis ka mõttekoht tulevikuperspektiivist, kui PRS arvutuse mudel muutub, siis kas varasemad tulemused arvutatakse ümber. Toodi välja, et hetkel tehakse seda parima olemasoleva teadmise põhjal ja teadus areneb pidevalt. Kui mudel muutub ja kui on võimalik tulemusi hiljem täpsustada, siis tuleks seda võimalusel teha. Viimaseks toodi välja, et see innovaatiline lahendus vajab põhjalikku kommunikatsiooni ja ettevalmistust, eesmärgiga selgitada seda, miks hetkel kõiki geenandmeid ei koguta ja miks teenust hakkab saama ainult valitud sihtrühm.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas pilootprojekti lisamist tervishoiuteenuse loetelu juhtprojektide peatükki ja tegi ettepaneku jälgida tulemusnäitajaid.

6. Palliatiivne ravi

2023. aastal määras Vabariigi Valitsus palliatiivse ja geriaatrilise ravi Sotsiaalministeeriumi prioriteetseks projektiks. Alates 2023.aasta lõpust on Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel koostöös Tervisekassa ja erialaekspertidega välja töötatud palliatiivse ravi riiklik strateegiaplaan, palliatiivse ja geriaatrilise ravi käsitluse ühisosa ja komplekse käsitluse suunised ning ravikorraldus kõigil tervishoiutasanditel ja tasandite vahel. Sotsiaalministeeriumi prioriteetse projekti raames on Tervisekassa kaardistanud palliatiivse ravi patsiendi ja tema lähedase teekonna läbi tervishoiusüsteemi erinevate tasandite, loonud kaardistuse põhjal palliatiivse ravi meeskonna töömudeli (teenuste sisukirjeldused, hinnakujundus, rakendustingimused) ning ette valmistamas palliatiivse ravi pilootprojekti.

Eestis puudub hetkel ühtne palliatiivse ravi korraldus, mis tagaks võrdselt kättesaadavad teenused kõigile abivajajatele ja nende lähedastele. Teenuste kättesaadavus sõltub suuresti piirkonnast ning sageli ei ole need piisavas mahus kättesaadavad. Selle tagajärjel satuvad paljud patsiendid korduvalt erakorralise meditsiini osakonda (EMO), kus sageli korraldatakse juba tehtud uuringuid ning ravikäsitlus ei ole ühtne. Selline olukord tuleneb paljuski tervishoiutöötajate vähesest teadlikkusest palliatiivse ravi vajadustest ja võimalustest. Riikliku tasandi lahendusena on vaja luua ühtne palliatiivse ravi korraldus, mis tagaks vajalikud teenused kogu riigis. Tervisekassa on koostöös Sotsiaalministeeriumi, erialaseltsi ja TTO esindajatega välja töötamas riikliku strateegiat palliatiivse ravi teenuste arendamiseks. Selle eesmärk on tagada teenuste kättesaadavus ja koordineeritus kõigis Eesti piirkondades. Plaanis on kokku leppida tõendus põhised teenuste standardid, kehtestada kvaliteedikriteeriumid ja hindamis põhimõtted ning pakkuda tervishoiutöötajatele vajalikku väljaõpet nii baas- kui ka täiendõppe tasemel.

Tervisekassa teeb ettepaneku lisada Tervisekassa tervishoiuteenuste loetellu juhtprojektide peatükki tervishoiuteenused nimetusega „Palliatiivse ravi voodipäev“, „Raviplaan koostamine palliatiivse ravi meeskonna poolt“, „Palliatiivse ravi spetsialisti individuaalne vastuvõtt“ ja „Palliatiivse ravi koordinaator (1 kuu)“. Prognoositavaks eelarvemõjukuks on hinnanguliselt 2,5 miljonit eurot aastas.

Diskussioon

Tervisekassa täpsustas, et tegemist on pilootprojektiga, mille hüpoteesiks on, et patsiendid, kes saavad palliatiivset ravi, jõuavad vähem erakorralise meditsiini osakonda. Sealt tekib ka eelduslik kulude kokkuhoid, kuna väheneb lisauuringute vajadus. Lisati veel, et palliatiivravi patsiendid on ka täna olemas, kuid nad on haiglates paigutatud teistesse osakondadesse ning nende käsitlus ei ole tervikuna läbi mõeldud. Komisjon soovitas täpsustada terminite sõnastust, kuna palliatiivse ravi spetsialist ei anna selgust, kas tegemist on juhtumikorraldajaga. Komisjon soovis veel juhupõhise hinna täpsustust, kuid Tervisekassa selgitas, et juhupõhist arvutust pole välja toodud põhjusel, et patsientide käsitlus on erinev ja keskmist hinda on raske välja tuua, kuna patsientide vajadused on erinevad. Pealegi ravijuhud võivad varieeruda 3 kuust kuni aasta.

Komisjonis tõdeti, et tegemist on olulise teemaga. Eesti on üks vähestest riikidest, kus palliatiivravi ei ole rahastatud riikliku tervishoiusüsteemi osana. Komisjon tõi välja, et palliatiivravi sihtrühmi on kolm – patsient, tema lähedane ja meditsiinipersonal. Tehti ettepanek mõelda personali supervisioonile, kes seda teenust osutavad ja lisada see osana pilootprojekti. Toodi paralleeliks, et supervisioon on olemas teistes riikides, kus palliatiivravi on rohkem arenenud kui meil. Lisaks tõstati personali koolitamise küsimus, millele Tervisekassa vastas, et spetsialistide väljaõppe plaan on väljatöötamisel. Hetkel mõeldakse selle peale, kas integreerida väljaõppe õdede ja arstide põhiõppesse või hakatakse tegema lisakoolitusi. Toodi ka välja probleemkoht, et spetsiliste on vähe.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas tervishoiuteenuste lisamist juhtprojektide peatükki.

7. Muud teemad

Tervisekassa tegi komisjonile kokkuvõtte jaanuaris 2025 rakendatavatest eelarve kärbetest ja efektiivsusmeetmetest. Selgitati, et kärpevajadus tuleneb keerulisest eelarvepositsioonist ja vajadusest leida katet uute innovatiivsete teenuste lisamiseks loetellu. Tervisekassa 2025. aasta eelarvepositsiooniks on arvestatud -167,6 miljonit eurot.

Kui arvestada uute teenuste lisandumisega kaasnevat mõju, siis kogu kärpe vajadus on ca 31 miljonit eurot. Kõik kavandatud kokkuhoiumeetmed on põhjalikult läbi kaalutud, vähendavad hinnamudeli manipuleerimise võimalusi ja toovad süsteemi efektiivsust. Kärpemeetmete mõju teenuste kättesaadavusele, Tervisekassa hinnangul, ei ole.

- 1) Laboriteenuste hindade korrigeerimine – 4,4 miljonit eurot. Muudatus tugineb laboriteenuste osutamiseks vajalike ressursside hindamise analüüsil, kus osadel teenustel on ruumiga seotud kulu hinnamudelil ülehinnatud. Muudatused on tehtud koostöös Eesti laborimediitsiini ühendusega.
- 2) Simultaanoperatsioonide teostamine ambulatoorses ja päevaravis – ca 1 miljonit eurot. Rakendatakse tingimust, et ambulatoorsetel ja päevaravi raviarvetel tasutakse alatest teisest operatsioonist 0% piirhinnast ehk tasumisele kuuluks edaspidi ainult põhioperatsiooni maksumus. Muudatus on põhjendatav sellega, et põhioperatsiooni piirhind sisaldab reeglina kõiki operatsiooni läbiviimiseks vajalikke kulusid ning simultaanoperatsiooni tegemise vajadus ambulatoorses ja päevaravis peaks olema pigem erandlik juhtum. Ambulatoorses ravis ja päevaravis teostatavad operatsioonid ei ole olemuslikult niivõrd keerulised, et simultaanoperatsioonide tegemine saaks olla põhjendatud, ning raviarveid analüüsides näeme, et praktikas kodeeritakse nendes ravitüüpides mitut operatsiooni koos pigem süstemaatiliselt raviarve summa suurendamiseks.
- 3) DRG muudatused – ca 3 miljonit eurot. DRG on teenuste hinda ülespoole toonud ja sellega seoses on suurenenud ravijuhu maksumus. Muudatusega piiratakse 2024. a I poolaasta raviarvete andmete põhjal kallinenud teenuste hindu.
- 4) Muudatused perearsti teenustes – 1,85 miljonit eurot. Perearstiabi teenuste puhul tuleb kokkuhoid osade teenuste rakendussätete ja hindade ülevaatamisest. 2025. aastal jäetakse ära perearstidel tööajavälise ületunnitöö ning asendusteenuse sõidukulu lisatasu võimalus, mille oodatud mõju ei avaldunud. Plaanis on alla 1200 patsiendiga nimistule, mis asub linnas või Tallinn-Tartuga piirnevas vallas, määrata baasrahale koefitsient 0,8. Vaadatakse üle uuringufondi ja tegevusfondi kuuluvate teenuste hinnad ning täiendavad reeglid. Seoses teraapiafondi muudatustega plaanitakse kaotada ära lisatasu tervisekeskuses töötava täistööajaga kliinilise psühholoogi ja tervishoiu tugispetsialisti eest ning teenuse osutamine jääb edaspidi ainult teenuspõhiselt (FFS). Juhtprojektidest olevas riskipatsiendi raviplaani teenustes hinnad langetatakse. Muudatused on kooskõlastatud Eesti Perearstide Seltsiga.
- 5) Covid kriisi ajal teenuste hindadesse lisatud täiendava isikukaitsevahendite hinnakomponendi vähendamine – ca 20 miljonit eurot (sh 1,5 miljonit eurot perearstiabis, 0,2 miljonit eurot koolitervishoius, 0,3 miljonit eurot üldhooldusteenuses). Võrreldes Covid kriisi perioodiga 2020. aastal on tänaseks oluliselt vähenenud isikukaitsevahendite vajadus ning langenud on isikukaitsevahendite hinnad, puudub pidev vajadus täita hädaolukorra tasemete kehtimisel rakendunud rangemaid infektsioonikontrollinõudeid kogu raviausutuse ulatuses.

Diskussioon

Tervisekassa selgitas, et kokkuhoiu leidmiseks on valida, kas rakendada üle TTL-i koefitsient või kärpida kulumudelil konkreetseid murekohti. Komisjon tegi ettepaneku, et lisaks rahalisele mõjule võiks olla koostatud ka mõjuhinnang, mis antud kärpeettepanekute rakendamisega veel kaasneb. Tervisekassa selgitas, et mõju hindamist tehakse asutuse tasandil, selleks kaardistatakse, keda ja kui palju need muudatused mõjutavad. Komisjonis uuriti, kuidas kärpemeetmete plaan on tehniliselt läbi viidud. Tervisekassa vastas, et kärpemeetmete plaani tegemisel suheldi valdkonna eest vastutavate kolleegidega ja erialaseltsidega, kes andsid mõtteid probleemkohtadest. Majasiseselt tehti mitmeid ajurünnakuid, kus kaardistati, kuidas teha kulumudel efektiivsemaks ja sellevõrra uusi efektiivseid teenuseid rohkem rahastada.

Komisjonis tõstati mõjude hindamise osas küsimus, kas perearstide tööajavälise ületunnitasu ja asendusteenuse sõidukulu ära jätmise võib tähendada seda, et kulud võivad hakata suurenema erakorralises meditsiinis ja kas asendusteenuse sõidukulu ärajätmisega võib kaasneda oht, et perearstid lõpetavad asendusteenuse maapiirkondades. Veel toodi esile, et perearstide uuringufondist ebamõistlike

uuringute väljavõtmine on asjakohane, kuid mainiti, et uuringufondis pole eriti palju ressursi järel, et veel midagi sealt eemaldada.

Komisjon soovitas kogu hinnakiri põhjalikult üle vaadata. Komisjonis tehti veel ettepanek DRG järgi rahastamine ära jätta, sest leiti, et see tekitab pigem segadust ja ei täida enda eesmärki. Tervisekassa selgitas, et DRG ära jätmine ei ole tervikuna otstarbekas, kuna DRG hoiab raviarveid optimaalse maksumuse piires ja ravi ei veni asjatult pikaks. Veel tõstati küsimus ülikallite ravimite rahastuse kohta, millel pole suures plaanis perspektiivi. Tervisekassa vastas, et kui uued teenused või ravimid lisatakse loetellu, siis selle jaoks on täidetud kõik kriteeriumid ja neid on arutatud TTL-i ja haiglaravimite komisjonides, kus on leitud, et tegemist on kuluefektiivsete sekkumistega, mida tasub rahastada. Kuluefektiivseid teenuseid või ravimeid on keerulisem loetelust välja võtta, kuid tuleb arvestada sellega, et ajas võib efektiivsuse hinnang olla erinev. Lisaks toodi välja perearsti nõuandeliini kasutuse küsimus.

Kokkuvõttes tõdeti, et kärpimine on keeruline, aga suures pildis tänases olukorras vajalik. Komisjon soovitas Tervisekassale tuua välja selged põhjendused ja detailid, et oleks kõigile arusaadav, miks neid kärpeid tehakse. Lisaks selgitada, mis ühikutes midagi väheneb, ehk kas teenuse kättesaadavus või hind väheneb ja kui hinnad vähenevad, siis põhjendada selgelt mis põhjusel. Komisjoni hinnangul on kogu tervishoiuteenuste loetelu üle vaatamine suur töö, kuid tõsi on see, et uued teenused hakkavad tasapisi asendama vanu teenuseid ja kuigi vanad teenused ise kulusid ei põhjusta, kui neid ei kasutata, siis tõenäoliselt on loetelus teenuseid, mille efektiivsus on küsitav ja mis vajavad üle vaatamist.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis informatsiooni teadmiseks.