

## Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Microsoft Teams videokonverents

23.04.2026

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.20

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)  
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)  
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)  
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)  
Kristi Tael (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline harvikaiguste nõunik)  
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)  
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)  
Kristi Rekand (Eesti Puuetega Inimeste Koda)  
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)  
Pille Saar (Sotsiaalministeerium)  
Liis Kruus (Tervisekassa)

Puudusid: Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)  
Katrín Õunap (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline harvikaiguste nõunik)  
Ruth Kalda (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline esmatasandi nõunik)  
Heli Paluste (Sotsiaalministeerium)  
Külli Friedemann (Terviseamet)

Kutsutud: Karin Kõnd-Vetevod (Tervisekassa)  
Malle Avarsoo (Tervisekassa)  
Keili Kõlves-Toompuu (Tervisekassa)

Protokollija: Merje Metsoja (Tervisekassa)

### Päevakord:

#### 1. Taotluste arutelu:

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1710	Embrüobiopsia
1711	Embrüodiagnostika
1716	Näokolju kirurgiline ravi koronaarse löikega
1746	Arterikanüüli paigaldamine
1747	Elektroentsefalograafia-videotelemeetria (VTM) ööpäevaringne uuring epilepsia diagnostikaks (üks ööpäev)

2. Menetlusradioloogia teenuste lihtsustamine
3. 1. aprillil rakendunud ja 1. juulil planeeritavad TTL muudatused
4. Muud teemad

## 1. Taotluste arutelu

### Taotlused nr 1710 ja 1711 – Embrüobiopsia ja Embrüodiagnostika

#### Taotluste kokkuvõte

Taotleja: Eesti Viljatusravi ja Embrüoloogia Selts ja Tervisekassa

Taotluse sisu: Eesti Viljatusravi ja Embrüoloogia Selts on esitanud kaks omavahel seotud taotlust, mida käsitletakse ühe teemapunktina – taotlus nr 1710, millega taotletakse embrüobiopsia lisamist tervishoiuteenuste loetellu ning taotlus nr 1711, mille eesmärk on lisada tervishoiuteenuste loetellu embrüote siirdamiseelne geneetiline testimine ehk embrüodiagnostika (PGT).

Siirdamiseelne geneetiline testimine võimaldab uurida embrüote kromosoome ja/või geene enne emakasse siirdamist, eesmärgiga valida siirdamiseks geneetiliselt sobiv embrüo. Teenus on näidustatud eeskätt juhtudel, kui perekonnas esineb raske geneetiline haigus (PGT-M), kui ühel vanematest on teadaolev kromosoomi struktuurianomaalia või anamneesis on korduvad raseduse katkemised (PGT-SR), samuti korduvate ebaõnnestunud viljatusravi tsüklite või vanusega seotud kromosoomianomaaliade riski korral (PGT-A). Kõik nimetatud testid eeldavad embrüolt rakkude võtmist blastotsüsti staadiumis ehk embrüobiopsiat, mille käigus eemaldatakse trofektodermist rakud edasiseks geneetiliseks analüüsiks.

Praegune korraldus Eestis on kujunenud killustunud. Embrüote siirdamiseelset geneetilist testimist on Eesti IVF-kliinikutes teostatud alates 2016. aastast, kuid valdavalt tasulise teenusena. PGT-M uuringuid on üksikjuhtudel rahastatud Tervisekassa poolt plaanilise välisravi taotluste alusel, PGT-A ja PGT-SR uuringud on olnud patsientidele tasulised ning embrüobiopsia kui protseduur ei ole seni kuulunud tervishoiuteenuste loetellu. See tähendab, et isegi juhtudel, kus geneetiline testimine on kliiniliselt näidustatud, on embrüobiopsia kulu jäänud patsiendi kanda või käsitletud eraldiseisva tasulise teenusena.

Taotluste kohaselt soovitakse kehtestada selged rakendustingimused nii PGT kui ka embrüobiopsia osas, piirates teenuse kasutamise näidustatud sihtrühmadega, sätestades maksimaalse testitavate embrüote arvu ühe raviarve kohta ning määrates tingimused, mille alusel Tervisekassa katab kulud kuni kahe terve lapse sünnini. Rakendustingimustes on arvestatud erinevate PGT liikide eripäradega ning rõhutatud eriarstliku konsiiliumi rolli eeskätt PGT-M ja PGT-SR juhtudel, kus tegemist on keerukamate pärilike riskidega.

Embrüobiopsia teenuse lisamine loetellu on taotleja hinnangul eeltingimus PGT teenuse läbipaistvaks ja ühtseks rahastamiseks. Biopsia on tehniliselt spetsiifiline laboriprotseduur, mida teostavad vastava väljaõppega embrüoloogid IVF-laboris ning mille ohutus ja kvaliteet on rahvusvaheliste juhistega standardiseeritud.

#### Tervisetehnoloogiate hindamise (TTH) raporti kokkuvõte

Komisjoni ettepanekul tellis Tervisekassa Tartu Ülikoolilt tervisetehnoloogia hindamise raportid TTH65 „Embrüote aneuploidsuse siirdamiseelse testimise efektiivsus ja kulutõhusus“ ja TTH79 „Embrüote siirdamiseelne testimine monogeense haiguse suhtes (PGT-M)“.<sup>1,2</sup> Raportite eesmärk oli hinnata PGT-A ja PGT-M tervisekasu, ohutust, kulutõhusust ja eelarvemõju Eestis võrreldes loomuliku rasestumisega.

Siirdamiseelne geneetiline testimine (PGT) on kehavälise viljastamise käigus tehtav protseduur, mille eesmärk on valida embrüote seast geneetiliselt sobivaim enne siirdamist. Selleks võetakse embrüost

<sup>1</sup> Alloja J, Põld M, Ehrenberg A, Juus E, Jürisson M. TTH65 Embrüote aneuploidsuse siirdamiseelse testimise efektiivsus ja kulutõhusus. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2024

<sup>2</sup> Alloja J, Pallasma E, Muru K, Ehrenberg A, Juus E, Jürisson M. Embrüote siirdamiseelne testimine monogeense haiguse suhtes, tervisetehnoloogia hindamise raport TTH79. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi tervisetehnoloogiate hindamise keskus; 2025

mõned rakud ja analüüsitakse neid, et vähendada raseduse katkemise riski ning suurendada eduka raseduse ja elussünni tõenäosust.

Esmalt käsitleti PGT-A testi, mis on suunatud ebasoodsa prognoosiga naistele, näiteks neile, kellel on olnud korduvad raseduse katkemised, varasemad IVF ebaõnnestumised või kõrgem vanus. Tulemused näitasid, et PGT-A aitab vähendada raseduse katkemisi ja suurendab elussünni tõenäosust ühe siirdamise kohta ning lühendab aega elussünnini. Samas ei ole selge, kas see parandab kogu ravitsükli lõpptulemust, kuna test ei muuda embrüote kvaliteeti, vaid aitab neid paremini valida. Ohutuse osas peetakse testi üldiselt turvaliseks, kuigi embrüobiopsia võib teoreetiliselt seda kahjustada ning pikaajalised andmed laste tervise kohta on piiratud.

Kulutõhususe vaates ei olnud PGT-A esialgsete andmete põhjal kulutõhus, kuid uuemate andmete järgi, kus testi hind on madalam ja sihtrühm kitsam, võib see teatud tingimustel muutuda kulutõhusaks. Samuti on oluliselt vähenenud prognoositav eelarvemõju.

Uuendatud andmete põhjal on PGT-A hinnang võrreldes varasema raportiga märkimisväärselt muutunud. Lisandunud tõendus viitab, et kitsamates sihtrühmades võib kumulatiivne elussünni määr olla varasemast hinnangust parem ja isegi statistiliselt oluline, kuigi tulemused ei ole otseselt võrreldavad. Samal ajal on testi hind langenud ligikaudu 1500 eurolt umbes 900 euroni, mis parandab selgelt kulutõhusust. Oluline muutus on ka sihtrühma vähenemine. Kui varem hõlmas see üle 700 patsiendi, siis nüüd on see umbes 130 patsienti, kuna vanusriskiga naised on välja jäetud ja teisi rühmi kitsendatud. Nende muudatuste koosmõjul langeb täiendkulu tõhususe määr varasemalt umbes 64 000 eurolt ligikaudu 35 000 euroni ning soodsamate eelduste korral isegi alla 10 000 euro. Ka eelarvemõju on oluliselt vähenenud, umbes 1,5 miljonilt eurolt aastas ligi 140 000 euroni. Kokkuvõttes viitavad uuendatud andmed, et PGT-A võib olla varasemast oluliselt kulutõhusam, kuigi teatud ebakindlus, eriti elussünni kogumäära osas, jääb püsima.

Teiseks käsitleti PGT-M testi, mida kasutatakse pärilike monogeensete haiguste vältimiseks. Monogeense haiguse või selle kandlusega paaridel on loomuliku rasestumise korral sõltuvalt pärandumismustrist 25–50% risk haiguse edasikandumiseks lapsele. PGT-M võimaldab valida embrüod, millel haigust ei ole, vähendades seeläbi nii raskete haigustega laste sündi kui ka vajadust raseduse katkestamiseks. Kuigi otseseid võrdlusuuringuid loomuliku rasestumisega napib, viitab olemasolev analüüs sellele, et meetod on kulusäästev, kuna väldib väga kulukaid ravikuluseid, ning selle eelarvemõju on väike ja väheneb ajas.

Efektiivsuse andmete põhjal on PGT-M korral ühe kehavälise viljastamise tsükli kohta kliinilise raseduse määr ligikaudu 51% ja elussünni määr 44%. Kuigi puudub otsene võrdlus loomuliku rasestumisega, näitavad uuringud, et PGT-M kasutamisel ei sündinud monogeense haigusega lapsi nendes juhtudes, kus vastsündinute tervises seisundit hinnati.

Ohutuse osas on PGT-M jaoks vajalik embrüobiopsia koos kehavälise viljastamisega üldjoontes võrreldava ohutusega üksnes kehavälise viljastamisega, kuigi mõningates uuringutes on täheldatud veidi kõrgemat enneaegsete sündide riski. Tõenduse kvaliteeti hinnati mõõdukaks, kuna enamik andmeid pärineb vaatlusuuringutest.

Kulutõhususe analüüs näitab, et PGT-M on Eesti kontekstis rahastaja vaates kulutõhus ning pikas perspektiivis kulusäästev. Kümne aasta jooksul kaasneb ligikaudu 0,1 kvaliteetse eluaasta võit ühe naise kohta, peamiselt tänu raseduse katkestamiste ja monogeense haigusega laste sünni vähenemisele. Kulude kokkuvõtte tuleneb eeskätt nende haiguste kõrgete ravikulude vältimisest.

Eelarvemõju on hinnanguliselt väike, kuna sihtrühm on Eestis piiratud – umbes 10 paari aastas. Teenuse rahastamine toob alguses kaasa mõõduka lisakulu (umbes 78 000 eurot esimesel aastal), kuid see

väheneb ajas ning asendub pikemas perspektiivis säästuga. Lisakulud on peamiselt seotud embrüobiopsia ja proovide transpordiga.

Raporti järelduste kohaselt on PGT-M rahastamine põhjendatud juhtudel, kus tegemist on raske ja elukvaliteeti oluliselt vähendava monogeense haigusega, millele puudub efektiivne ravi. Samas on soovitatav piirata teenuse kasutamist selgelt määratletud näidustustele ja katsete arvule ning siduda see arstliku komisjoni otsuse ja kohustusliku andmekogumisega, et tagada teenuse kvaliteedi ja tulemuste pidev jälgimine.

Lisaks käsitleti ka PGT-SR testi, mida kasutatakse kromosoomide struktuursete muutuste korral. Selle kohta on tõendusmaterjali vähe ja järeldused kulutõhususe osas on ebakindlad, kuid sihtrühm on väike ning seetõttu on ka võimalik eelarvemõju piiratud.

Rahvusvaheline praktika näitab, et PGT-M on paljudes riikides rahastatud, samas kui PGT-A rahastamine on sageli piiratud või puudub. PGT-SR käsitletakse tihti koos PGT-M-ga. Kokkuvõttes viitab raport, et PGT-M kasutamine on selgelt põhjendatud nii meditsiiniliselt kui ka majanduslikult. PGT-A puhul sõltub otsus suuresti hinnast, sihtrühmast ja täiendavast tõendusest.

### **Diskussioon**

Arutelu käigus leiti, et võrreldes paari aasta taguse ajaga on PGT-testide, eriti PGT-A, olukord selgelt muutunud positiivsemaks. Kui varem peeti rahastamist võimalikuks vaid juhul, kui testi hind langeb alla 1000 euro, siis nüüdseks on see koos embrüobiopsiaga langenud umbes 900 euroni. Samal ajal on paranenud ka tõendusmaterjal – kuigi varasemalt ei olnud elussünni määra paranemine statistiliselt oluline, viitavad uuemad andmed, et tegelik mõju võib olla suurem. See koos hinnalangusega on viinud kulutõhususe näitajad tasemele, mida peetakse Eestis üldiselt vastuvõetavaks, ning teatud eeldustel isegi väga heaks.

PGT-M-i peeti selgelt kulutõhusaks või isegi kulusäästvaks ning rõhutati, et see on juba osaliselt rahastatud läbi plaanilise välisravi. Samuti leiti, et PGT-SR kohta on küll vähem andmeid, kuid sihtrühm on väga väike ning loogiliselt võiks seda käsitleda sarnaselt PGT-M-ga. Üldine hoiak oli, et eraldi mahukat analüüsi ei ole väikese sihtrühma tõttu otstarbekas teha ning pigem tuleks läheneda positiivselt.

Mitmed arutelus osalejad töid esile ka praktilise ja inimliku mõõtme. Rõhutati, et geneetiline testimine võib vähendada korduvaid ebaõnnestumisi, raseduse katkemisi ja nendega kaasnevat emotsionaalset koormust. Samuti märgiti, et tegelikus elus ei toimu embrüote siirdamine lihtsalt järjestusena – ebaõnnestumised võivad katkestada kogu raviteekonna, mistõttu võib sobivama embrüo varasem valik suurendada realselt sündivate laste arvu. Seda peeti oluliseks nii perede heaolu kui ka laiemalt ühiskondliku vaatepunkti seisukohalt.

Arutelus kujunes välja seisukoht, et PGT-M-i tuleks praktikas kasutada koos PGT-A-ga, nagu seda tehakse paljudes riikides ja vastavalt uuematele juhistele. Lisaks peeti oluliseks, et teenuse kasutamine oleks reguleeritud – eelistatult ekspertkomisjoni otsuste kaudu, mitte jäiga haiguste nimekirja alusel, kuna monogeenseid haigusi on väga palju ja neid lisandub pidevalt.

Kokkuvõttes jõuti konsensuseni, et võrreldes varasemaga on nii hinnad langenud kui ka tõendus paranenud ning see toetab testide, eriti PGT-M ja koos sellega ka PGT-A ja PGT-SR-i, rahastamist. Otsust toetavad nii majanduslikud argumendid kui ka perede heaolu ja tervete laste sünni suurendamise eesmärk.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon leidis, et PGT-testide ja sellele eelneva embrüobiopsia rahastamine on põhjendatud. Komisjon soovitas siduda teenuse kasutamine eksperdikomisjoni otsusega, et tagada näidustuste asjakohasus ja paindlik hindamine.

### **Taotlus nr 1716 – Näokolju kirurgiline ravi koronaarse lõikega**

#### **Taotluse kokkuvõte**

Taotleja: Eesti Näo- ja Lõualuudekirurgia Selts

Taotluse sisu: Eesti Näo- ja Lõualuudekirurgia Selts on esitanud taotluse, mille eesmärk on laiendada kehtiva tervishoiuteenuste loetelu koodi 1E2161 „Näokolju kirurgiline ravi koronaarse lõikega“ kasutusala, et see hõlmaks ka aju- ja näokolju implantaatide või distraktorite eemaldamist koronaarse lõike kaudu. Aju- ja näokolju implantaatide ning distraktorite eemaldamine koronaarse lõikega on näidustatud olukordades, kus varasem kraniaalne fikseerimisseade, implantaat või distraktor tuleb meditsiinilistel põhjustel eemaldada.

Enne käesoleva taotluse esitamist toimus Tallinna Lastehaigla ja Tervisekassa vaheline kirjavahetus, milles arutati, kas implantaatide ja distraktorite eemaldamine koronaarse lõike kaudu on põhjendatult kodeeritav koodiga 1E2161.

Tervisekassa hinnangul ei ole koodi 1E2161 kasutamine põhjendatud, kuna teenuse läbiviimise aeg on taotleja hinnangul ligikaudu 120 minutit, samas kui koodi 1E2161 hinnas on arvestatud 420 minuti ulatuses operatsioonitoa kasutust. Lisaks toodi veel välja, et ka tehniliselt keerukam implantaatide ja distraktorite eemaldamine ei muuda protseduuri oma olemuselt rekonstruktiivseks näokolju kirurgiaks koodi 1E2161 tähenduses. Tervisekassa suunas teenuseosutaja kasutama koodi 1E2164 „Metallosteosünteesimaterjali eemaldamine näo- ja lõualuupiirkonnas“.

Taotleja ei ole selle seisukohaga nõus, leides, et kood 1E2164 ei kajasta bikoronaarse intsisiooni kaudu teostatavate eemaldamisprotseduuride tegelikku töömahtu ega keerukust. Taotleja rõhutab, et metallosteosünteesimaterjali eemaldamine näo- ja lõualuupiirkonnast on tehniliselt lihtsam protseduur, mis viiakse tavapäraselt läbi väikeste suulimaskesta intsisioonide kaudu, mitte ulatusliku bikoronaarse peanaha intsisiooni abil.

Tervisekassa hinnangul on implantaatide ja distraktorite eemaldamise tegelik maht Eestis olnud viimastel aastatel ligikaudu kuni 10 protseduuri aastas, valdavalt Tallinna Lastehaiglas. Taotluses esitatud prognoosi (70–79 juhtu aastas) ei pea Tervisekassa piisavalt põhjendatuks ning eelarvemõju hindamisel on lähtunud senisest tegelikust ravijuhte mahust.

Kui implantaatide ja distraktorite eemaldamist hakataks kodeerima koodiga 1E2161 koodi 1E2164 asemel, suureneks ravikindlustuse eelarve kulu ligikaudu 25 000 euro võrra aastas.

Tervisekassa teeb ettepaneku taotluse menetlus lõpetada ning jätkata aju- ja näokolju implantaadi või distraktori eemaldamisel kehtiva tervishoiuteenuste loetelu koodi 1E2164 „Metallosteosünteesimaterjali eemaldamine näo- ja lõualuupiirkonnas“ kasutamist ja sellega seoses muuta teenuse nimetus. Tegemist on hetkel ainsa tervishoiuteenuste loetelu koodiga, mis vastab kasutatavale ressursimahule. Teenuse hinna sisse ei ole võimalik arvestada täiendavat keerukust, nagu taotleja soovib. Tervisekassa soovib komisjoni arvamust.

#### **Diskussioon**

Arutelus käsitleti peamiselt küsimust, kas teatud kirurgilise protseduuri keerukus peaks kajastuma eraldi hinnas või koodis ning kas olemasolev hinnamudel seda piisavalt arvestab. Arutati laiemat põhimõttelist probleemi Eesti meditsiinis, kus teenuste hinnad ei arvesta otseselt protseduuri keerukust, vaid põhinevad peamiselt ajakulul ja standardiseeritud ressurssidel. Leiti, et kuigi keerukuse eraldi

arvestamine võib tunduda loogiline, oleks selle objektiivne hindamine praktikas väga keeruline ning võiks viia süsteemi liigsesse killustamisse.

Ühe variandina tõstatus ettepanek luua eraldi kood keerukamate juhtude jaoks, kuid sellele vastanduti seisukohaga, et see tekitaks „Pandora laeka“ efekti, kus koodide arv hakkaks kasvama ning süsteemi lihtsustamise asemel muutuks see veel keerulisemaks. Samuti leiti, et olemasolev süsteem katab ressursikulu juba praegu piisavalt ning eraldi koodi loomine ei oleks põhjendatud, eriti arvestades juhtude väikest arvu.

Arutelu käigus vaadati ka statistikat, mis näitas, et vastavaid protseduure tehakse aastas väga vähe (umbes 10 juhtumit sõltuvalt aastast), mistõttu oleks eraldi koodi loomise või süsteemi muutmise mõju marginaalne. See tugevdas seisukohta, et tegemist ei ole piisavalt suure mahuga teenusega, et õigustada teenuse eraldi hinnastamist. Lõpuks jõuti konsensussele, et uut koodi ei ole vaja luua ning olemasolev lahendus teenuse „Metallosteosünteesimaterjali eemaldamine näo- ja lõualuupiirkonnas“ kasutamine on piisav, sest see sisaldab juba taotletava teenusega seotud ressursse.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon ei toetanud taotleja ettepanekut laiendada kehtiva tervishoiuteenuste loetelu koodi 1E2161 „Näokolju kirurgiline ravi koronaarse lõikega“ kasutusala, et see hõlmaks ka aju- ja näokolju implantaatide või distraktorite eemaldamist koronaarse lõike kaudu. Komisjon toetas Tervisekassa ettepanekut taotluse menetlus lõpetada ning jätkata aju- ja näokolju implantaadi või distraktori eemaldamisel kehtiva tervishoiuteenuste loetelu koodi 1E2164 „Metallosteosünteesimaterjali eemaldamine näo- ja lõualuupiirkonnas“ kasutamist ja sellega seoses laiendada vajadusel teenuse nimetust.

### **Taotlus nr 1746 – Arterikanüüli paigaldamine**

#### **Taotluse kokkuvõte**

Taotleja: Eesti Sisearstide Ühendus

Taotluse sisu: Eesti Sisearstide Selts taotleb uue teenuse lisamist tervishoiuteenuste loetellu, mis võimaldaks arterikanüüli paigaldada ilma arteriaalse vererõhu monitoorimiseta. Senini on kasutuses olnud tervishoiuteenus „Invasiivse arteriaalse rõhu monitooringuseadme(te) paigaldamine“ (kood 7750). Taotleja hinnangul võib lisaks arteriaalse vererõhu otsese monitoorimiseta arterikanüüli paigaldamine vajalik olla ka juhul, kui on näidustatud sage vereanalüüsides võtmise (näiteks äge või krooniline hingamispuudulikkus, hüperkarnia, ketoatsidoos, laktatsidoos, hüponatreemia). See võimaldab paremini jälgida II–III astme intensiivravihaigeid.

Tervisekassa hinnangul on arterikanüüli paigaldamine kaetud intensiivravi voodipäevadega, olenemata intensiivravihaige astmest. Seetõttu teeb Tervisekassa ettepaneku taotluse menetlus lõpetada. Tervisekassa soovib komisjoni arvamust.

#### **Komisjoni arvamus**

Komisjon oli seisukohal, et arterikanüüli paigaldamine ilma arteriaalse vererõhu monitoorimiseta on osa voodipäevade hinnast ja ei peaks olema eraldi hinnastatud. Komisjon toetas Tervisekassa ettepanekut taotluse menetlus lõpetada.

### **Taotlus nr 1747 – Elektroentsefalograafia-videotelemeetria (VTM) ööpäevaringne uuring epilepsia diagnostikaks (üks ööpäev)**

#### **Taotluse kokkuvõte**

Taotleja: Eesti Epilepsiaavastane Liiga

Taotluse sisu: Eesti Epilepsiaavastane Liiga on esitanud taotluse muuta tervishoiuteenuse „Elektroentsefalograafia videotelemeetria (VTM) ööpäevaringne uuring epilepsia diagnostikaks (üks ööpäev)“ (kood 6257) kohaldamise tingimusi.

Kehtiva korra kohaselt võtab Tervisekassa teenuse eest tasu maksmise kohustuse üle ühe kindlustatud isiku kohta üks kord aastas kuni viie ööpäeva eest, välja arvatud koodiga 1A2140 tähistatud tervishoiuteenuse rakendamisel. Taotleja teeb ettepaneku muuta tingimust selliselt, et Tervisekassa võtaks tasu maksmise kohustuse üle ühe kindlustatud isiku kohta kuni kümne ööpäeva eest ühe kalendriaasta jooksul, välja arvatud juhul, kui rakendatakse koodi 1A2140. Muudatus võimaldaks vajadusel teha ühe aasta jooksul kaks kuni viie ööpäeva pikkust VTM-uuringut.

VTM-uuringut kasutatakse peamiselt kolmel näidustusel:

1. Paroksüsmaalsete (hootiste) häirete diferentsiaaldiagnostikas juhtudel, kus anamnees ja eelnevad uuringud (standard-EEG, une-EEG jm) ei ole andnud piisavat informatsiooni hootise olemuse kohta.
2. Eelnevalt diagnoositud epilepsia sündroomi täpsustamiseks (nt fokaalne või primaarselt generaliseerunud epilepsia), et võimaldada optimaalset medikamentooset ravi.
3. Epilepsia kirurgilise ravi planeerimisel.

Taotleja hinnangul on kehtiv rakendustingimus kahe esimese näidustuse puhul sobiv, kuid võib olla piirav epilepsia kirurgilise ravi planeerimisel. Praktikas esineb olukordi, kus epilepsiakirurgiat kavandaval patsiendil ei anna esimene VTM-uuring piisavat infot epileptilise kolde lokaliseerimiseks (näiteks ei esine uuringu ajal hooge või on nende arv ebapiisav). Sellistel juhtudel on vajalik uuringu kordamine, kuid kehtiv kord võimaldab seda alles aasta möödudes.

Taotleja toob esile, et see võib põhjendamatult pikendada epilepsia kirurgilise ravi eelhindamist ning viia olukorrani, kus patsiendid jõuavad hindamisele alles pärast pöördumatute sotsiaalsete ja psühholoogiliste tagajärgede kujunemist.

## Diskussioon

Arutelus leiti, et tegemist on suhteliselt selge ja kitsalt sihitud teenusega, kuid taotluses esitatud info oli napp ning vajaks taotlejalt täpsustamist. Komisjonis rõhutati meditsiinilise tõhususe ja rahvusvaheliste juhiste olulisust otsuse kujundamisel.

Rahvusvaheliste ravijuhiste<sup>3,4</sup> kohaselt kasutatakse video-EEG monitooringut kirurgilise ravi kandidaatidel ning selle kestus sõltub krampide sagedusest ja vajadusest krambikolde täpselt lokaliseerimiseks. Juhiste järgi on uuringu kestus paindlik ning sõltub kliinilisest vajadusest. Tavaliselt piisab mõnest päevast, kuid kirurgiliste kandidaatide puhul võib monitooring olla pikem ja seda korratakse seni, kuni on saadud piisav arv hoogusid. Seega ei ole kindlat universaalset ajapiiri, vaid kestus kujuneb individuaalselt vastavalt diagnostilisele eesmärgile.

Arutelu käigus leiti, et sihtrühm (kirurgilist ravi vajavad patsiendid) on väga väike ning seetõttu ei nähta olulist ülekasutamise riski. Samuti märgiti, et hetkel kehtiv 5-päevane piirang võib olla ebapiisav ning tegelikus praktikas võib osutuda vajalikuks pikem jälgimisperiood, sõltuvalt kliinilisest vajadusest.

Lõpuks jõuti arusaamani, et ajalist piirangut võiks paindlikumalt käsitleda ning olulisem on määratleda näidustus – pikema kestvusega uuring on eelkõige põhjendatud juhtudel, kui planeeritakse epilepsia kirurgilist sekkumist. Samuti leiti, et taotlejaga võiks täpsustada, kas 10-päevane piirang on vajalik või võiks see olla vajaduspõhiselt paindlikum.

<sup>3</sup> Pressler RM, Seri S, Kane N, Martland T, Goyal S, Iyer A, Warren E, Notghi L, Bill P, Thornton R, Appleton R, Doyle S, Rushton S, Worley A, Boyd SG; CESS Clinical Neurophysiology working group. Consensus-based guidelines for Video EEG monitoring in the pre-surgical evaluation of children with epilepsy in the UK. *Seizure*. 2017 Aug;50:6-11. doi: 10.1016/j.seizure.2017.05.008. Epub 2017 May 12. PMID: 28586707.

<sup>4</sup> Tatum WO, Mani J, Jin K, Halford JJ, Gloss D, Fahoum F, Maillard L, Mothersill I, Beniczky S. Minimum standards for inpatient long-term video-electroencephalographic monitoring: A clinical practice guideline of the International League Against Epilepsy and International Federation of Clinical Neurophysiology. *Epilepsia*. 2022 Feb;63(2):290-315. doi: 10.1111/epi.16977. Epub 2021 Dec 13. PMID: 34897662.

## **Komisjoni arvamus**

Komisjon leidis, et video-EEG monitooring on kitsalt sihitud ja kliiniliselt põhjendatud teenus, mille kestus peaks olema paindlik ja lähtuma rahvusvahelistest juhistest ning patsiendi individuaalsest vajadusest, eriti kirurgilise ravi planeerimisel, mistõttu komisjon toetas uuringu tegemise piirangu laiendamist, eriti kirurgilise ravi planeerimisel.

### **2. Menetlusradioloogia teenuste lihtsustamine**

Tervisekassa esitas 2025. aasta lõpus tervishoiuteenuste loetelu muutmise taotluse „Radioloogia teenuste nüüdisajastamine“ (taotlus 1739), mille eesmärk on kaasajastada radioloogia teenuste piirhinnad, rakendustingimused ja kodeerimisjuhend. See hõlmab endas loetelu §-ide 17–21; §-i 23(1) ja §-i 24 muutmist. Nüüdisajastamise protsessi käigus on esimeseks tööetapiks radioloogiliste uuringute ja protseduuride struktuuri korrigeerimine, teenuste analüüs (tuvastada teenused, mida enam ei kasutata, mille kasutus ajas on muutunud ja nimetuste korrigeerimine) ning tuvastada puuduolevad teenused, ning koostöös erialaseltsiga esitada vajalikud loetelu muutmise taotlused.

Erinevaid radioloogia teenuste grupe analüüsides tuvastati, et menetlusradioloogia teenuste senine kirjeldus tervishoiuteenuste loetelus on kujunenud ühe protseduuripõhiseks ning killustatuks, kus sarnase tehnilise ja ressursimahuga teenused on kirjeldatud eraldi koodidena. See raskendab teenuste loogilist seostamist kasutatava modaliteedi ja tegeliku ressursikulu vahel ning tekitab ebaühtlust teenuste kodeerimisel ja arveldamisel

Menetlusradioloogia teenuste (§ 23(1)) korrastamiseks on erialaselts teinud lahenduseettepaneku koostada modaliteedipõhine protseduuri baashind, millele vajadusel lisanduvad juurde lisaabivahendid või -tegevused vastavalt konkreetse protseduuri keerukusele ja ressursivajadusele. Näiteks: Ultraheliaparatuuri kasutamine biopsianõela juhtimisel õigesse soovitud kehapiirkonda või organisse. Uues struktuuris oleks raviarvele märgitavad teenused: a) ultraheliuuring biopsia võtmiseks + b) biopsianõela komplekt.

Modaliteedipõhise uuringu baashind lähtuks patsiendipõhisest käsitlusest ning kajastaks radioloogilise menetluse/protseduuri läbiviimisel vajalikku tehnilist-, aja- ja personalikulu, mis on seotud konkreetse radioloogilise juhtmeetodiga (nt ultraheli, röntgenoskoopia KT või MRT). Vajalike erinevate lisaabivahendite ja/või -tegevuste eraldi kodeerimine võimaldaks arvestada protseduuride tegelikku varieeruvust ning väldib olukorda, kus erineva keerukusega sekkumised on hinnastatud ühe ja sama koodiga või vastupidi – iga variatsiooni jaoks on loodud eraldi teenus. Tervisekassa soovib komisjoni arvamust.

## **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetas erialaselti ettepanekut korrastada ja ajakohastada olemasolevat loetelu, leides, et loetelu on aja jooksul muutunud liiga pikaks ja keeruliseks ning vajab selgemat ja kasutajasõbralikumat ülesehitust. Rõhutati, et kui erialaselti ise on ettepaneku algatanud ja jätkab selle täpsustamist, on see mõistlik ja toetatav ning komisjon on valmis vajadusel edaspidi arutama ja täiendama.

### **3. 1. aprillil rakendunud ja 1. juulil planeeritavad TTL muudatused**

Tervisekassa tegi ülevaate 1. aprillil 2026 rakendunud tervishoiuteenuste loetelu muudatustest ja tutvustas 1. juulil 2026 planeeritavaid muudatusi.

#### **Haiglaravimite muudatused**

##### **1) Vähiravimid**

- lisatakse kaks ravimiteenust mitteväikerakk-kopsukasvaja raviks tsemiplitabiga (PD-L1 1–49% ja PD-L1  $\geq$  50%, kolmenädalane ravikuur). Tegemist on lokaalselt levinud või

metastaatilise mitteväikerakk-kopsukasvaja patsiendi esimese rea ravimiga, mis on kulusäästev.

2) Harvaesinevad haigused

- lisatakse ravimiteenus nägemisnärvu neuromüeliidi spektri häire raviks ravulizumabiga. See on näidustatud nägemisnärvu neuromüeliidi spektri häirega patsiendile, kes on akvaporiin-4 (AQP4) vastaste antikehade suhtes positiivne, kelle füüsilise puude raskuse skaala (EDSS) skoor on  $\leq 7$  ja kellel ravi rituksimabiga on meditsiiniliselt vastunäidustatud või on vähemalt neljakuulise rituksimabi ravi foonil esinenud haiguse ägenemine.

3) Silmasisesed ravimid

- lisatakse ravimiteenus aflibertseptiga, mis on näidustatud enneaegsete retinopaatia (RHK 10 kood H35.1) raviks I tsoonis ja/või II tsoonis 2. ja/või 3. staadiumi raviks, kui kaasneb Plus haigus, ning agressiivse posterioorse enneaegsuse retinopaatia (APROP) raviks. Tervisekassa võtab tasu maksmise kohustuse üle kuni kahe süsti ulatuses ühe silma kohta kuue kuu jooksul.
- lisatakse ravimiteenus faritsimabiga, mis on näidustatud neovaskulaarse (märja) maakula ealise degeneratsiooni (RHK 10 kood H35.3) raviks patsiendile, kes on saanud vähemalt kolm anti-VEGF süsti ravimiteenusega 365R (umbes 4-nädalaste intervallidega) ja kellel on selle järel süvenev või püsiv maakuli turse (suurenev või püsiv IRF ja/või SRF ja/või CST väärtus) või maakulis uus või süvenev subretinaalne verevalum.

4) Muud muudatused

- muudetakse olemasoleva ravimiteenuse „Intravenoosne osteoporoosi bisfosfonaatravi, üks manustamiskord“ (kood 362R) tingimusi nii, et Tervisekassa võtab tasu maksmise üle patoloogilise murruga osteoporoosiga (RHK 10 koodid M80, M81, M82 ja M85.8) suure luumurru riskiga patsiendilt, kelle reieluu proksimaalse osa murrurisk  $\geq 3\%$  ja/või tõsise osteoporoosilise murru risk  $\geq 15\%$  (ilma DEXA uuringuta  $\geq 20\%$ ) vastavalt FRAX luumurru riskikalkulaatorile. Antud muudatusega lubatakse ravimiteenust kasutada edaspidi esimeses ravireas, mis tähendab, et sama raha eest on võimalik ravida kolm korda rohkem patsiente.

Kokkuvõttes lisandub ravimiteenuste loetellu 1. aprillist 3 ravimit/muudatust, mis on kuluneutraalsed või säästu toovad ning lisatakse 3 uut ravimit, mis on kulutoovad. Prognoositav lisakulu tervishoiuteenuste loetelu ravimiteenuste muudatustega on kokku ca 1,3 milj. eurot.

### Pearastiabi muudatused

- muudetakse haiguskoormuse arutamist. Senise „viimase kahe aasta“ asemel arvestatakse „viimase 24 kalendrikuu jooksul“. Selline arvestuspõhimõte tagab, et pearaha ning nimistuülese teenusekorralduse lisakomponent põhinevad ajakohastel andmetel ning kajastavad paremini kindlustatud isiku tegelikku tervisevajadust.
- muudetakse rahastusmudelit. Varasemad eraldi tasustatud kulud (õed, assistendid) on nüüd liidetud pearaha sisse, millega lihtsustatakse süsteemi.
- täpsustatakse kvaliteedipõhist lisatasu maksmist. Koefitsienti 1,1 saavad ainult need teenuseosutajad, kes on kvaliteedihindamisel A- või B-tasemel, ja kelle kõik nimistud on saavutanud tulemuse vähemalt 0,8. Tulemused kinnitatakse kord aastas (1. novembriks).
- muudetakse kliinilise assistendi lisatasu maksmist läbi juhtprojektide paindlikumaks.
- eemaldatakse digikliiniku vastuvõtude juhtprojektid (koodid 4520A ja 4521A), sest need ei rakendunud praktikas ning seoses uue rahastusmudeliga eemaldatakse esmatasandi tervisekeskuste rollide ümberjaotamise juhtprojekt (kood 4509A).

### Eriarstiabi muudatused

- lisatakse uus täisvere preparaat „Madala anti-A ja anti-B tiitriga 0-grupi täisveri“, mis on näidustatud massiivse verekaotuse korral ilma eelnevate immunohepatoloogiliste uurikuteta.

- laiendatakse toitmisravi preparaatide kasutust. Kohandatud koostisega täisväärtuslike toitmisravi preparaatide kasutust laiendatakse lisaks suukaudsele ka vajadusel enteraalset manustavaks. Toitmisravi preparaatide kasutust laiendatakse 100% hüvitatavalt ravimrefraktaarse epilepsiaga patsientidele. Raviarst võib toitmisravi alustada statsionaarsel ravil olevale patsiendile, toitmisravi jätkamise otsuse teeb kehtiva toitmisravi täiendkoolituse sertifikaadiga spetsialist hiljemalt seitsmendal ravipäeval.
- lisatakse eksperdikomisjoni poolt ultraharvikhäiguse ravimi hüvitamiseks hinnangu andmise teenus ja muudetakse plaanilise välisravi eelsoo kriteeriumitele vastavuse hinnangu andmise teenuse tingimusi seoses Ravikindlustuse seaduse muutmisega.
- lisatakse uus tulemuspõhine raviteekond insuldiravi patsientidele.
- lisatakse uus juhtprojekt südamehaigete patsientide kaugtaastusraviks.

### Metoodika määruse muudatused

- seoses piirhindade nüüdisajastamise kokkulepete sõlmimata jätmisega võimaldatakse piirhindade ajutine „külmutamine“.
- muudetakse 12–14 aastaste õpilaste vaksineerimise sihtrühma, lisades sihtrühma sama vanad poisid.
- täpsustatakse reegleid ravile suunamise märkimisel, tugevdatakse raviarvete kontrolle ja lisatakse täiendav andmekohustus raviarvel.
- muudetakse määruse lisasid 3, 15, 46, 51, 62 ja 65. Määruse lisad 26 ja 30 tunnistatakse kehtetuks.

Seoses kollektiivleppes muudetakse tervishoiuteenustes sisalduvat palgakomponenti 5% võrra ja tõstetakse ööaja koefitsienti 1,4-lt 1,42-ni. Kokkuvõttes on prognoositav lisakulu aprillis rakenduvate tervishoiuteenuste loetelu muudatustega kokku ca 45,5 miljonit eurot, millest kõige enam moodustab töötasude mõju (44,2 milj).

### Planeeritavad muudatused alates 1. juuli 2026

#### Haiglaravimite muudatused

##### 1) Hematoloogia

- lisatakse kaks innovaatilist ravimiteenust retsidiveerunud või refraktaarse ägeda lümfoblastleukeemia ja retsidiveerunud või refraktaarse difuusse B-suurrakklümfoomi CAR-T rakuravi, mis on näidustatud:
  - B-eellasrakulise lümfoblastleukeemiaga kuni 45 aastaste patsientide raviks, kui on täidetud vähemalt üks kolmest kriteeriumist: patsiendil on allogeense vereloome tüvirakkude siirdamise järgne retsidiiv või teine või hilisem retsidiiv või refraktaarne haigus ALLTogether raviprotokolli järgi;
  - difuusse B-suurrakklümfoomiga vähemalt 18 aastaste patsientide raviks, kui on täidetud kõik järgnevad kriteeriumid: on eelnevalt saanud vähemalt kahte süsteemset ravirida, sealhulgas CD20 vastaseid antikehi sisaldavat ravi, haigus on retsidiveerunud või refraktaarne ning patsiendi eeldatav elulemus on rohkem kui 12 nädalat.
  - CAR-T ravi on potentsiaalselt tervistav.

##### 2) Vähiravi

- lisatakse kaks ravimiteenust uroteliaalse kartsinoomi raviks pembrolizumabiga ja enfortumabvedotiiniga, mis on mitteresetseeritava või metastaatilise uroteliaalse kartsinoom esimese rea raviks kuni haiguse progresseerumiseni. Ravivõimalus pikendab võrreldes kemoteraapiaga patsiendi elumust olulisel määral, keskmiselt 18 kuu võrra ning vastab seega kõrge lisandväärtusega tervisetehnoloogia määratlusele.

##### 3) Bioloogiline ravi

- lisatakse Crohni tõve alustusravi ustekinumabiga

## Raviteenuste muudatused

### 1) Perearstiabi

- täpsustatakse tervisekeskustes tegutsevale perearstile makstava nimistuülese teenusekorralduse lisakomponendi maksmise tingimusi.
- lõpetatakse kliinilise assistendi teenuse eraldi tasustamine üksikpraksistele, teenus säilitatakse vaid pilootprojektide raames.

### 2) Eriarstiabi

- eemaldatakse isiksuse uuringu korduse piirang.
- täpsustatakse enteraalseks toitmiseks vajalike tarvikute eest maksmise tingimusi
- täiendatakse näo- ja lõualuukirurgia erialal tehtavate operatsioonide eest tasu maksmise tingimusi.
- muudetakse ortopeedia eriala metallosteosünteesi lisaabivahendite piirhindu.
- insuldi voodipäeva piirhinda võrdsustatakse standardhinnaga.
- lisatakse kinnipidamisasutustes olevatele välisvangidele tervishoiuteenuste osutamise valmisolekutasu.
- muudetakse töötervishoiuteenuste rahastamise tingimusi paindlikumaks.
- muudetakse kopsuvähi sõeluuringu koordineerimise teenuse maksimaalset koefitsienti ning võimaldatakse maakonna suurus ja teenuse mahtu arvestades tasustada ühes asutuses kuni kahte koordinaatorit maakonna kohta.

Kokkuvõttes on prognoositav mõju ravikindlustuse eelarvele seoses juulis rakenduvate tervishoiuteenuste muudatustega ca 2,79 miljonit eurot. Seoses välisvangidele tervishoiuteenuste osutamise valmisolekutasuga kaasneb Tervisekassale tulubaas eeldatavalt 1,25 miljonit eurot.

## Diskussioon

Seoses CAR-T raviga tõstatus küsimus, kas seda toodetakse Eestis kohapeal. Tervisekassa esindaja vastas, et seda hakkab tootma Icosagen biotehnoloogiaettevõtte ja see on planeeritud osutada Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ja Tartu Ülikooli Kliinikumis.

Seoses osteoporoosi raviga tõstatus küsimus, millisest intravenoossest bisfosfonaatravist käib jutt, täpsustati, et tegemist on intravenoosse zoledroonhappega. Rõhutati, et zoledroonhape kuulub bisfosfonaatravi hulka, mida manustatakse tavaliselt kord aastas ning mille ravi kestus on ajaliselt piiratud (umbes 5 aastat, mille järel tehakse paus). Seevastu denosumab on nahaalune süstitav ravim, mida tuleb kasutada pidevalt, kuna ravi katkestamisel langeb luutihedus kiiresti ja suureneb luumurdude risk. Lisaks arutati, kas zoledroonhappe manustamine võiks toimuda ka perearstikeskustes. Toodi välja, et kehtivates koodides ei paista olevat otseseid haiglapiiiranguid peale diagnoosipõhiste nõuete, mistõttu tekkis küsimus, miks seda laiemalt ei kasutata. Ravimiteenuse kasutamise laiendamine vajab edasisi arutelu ja kokkuleppeid.

Seoses välisvangidele osutatavate tervishoiuteenuste valmisolekutasuga täpsustati, et Tervisekassa hakkab tervishoiuteenuste eest maksma alates ajast, mil Tartu Vanglasse saabub esimene Rooski vanglast Eestisse toodud välisvang ning tingimused, et Tervisekassa ja Sotsiaalministeeriumi vahelises lepingus on kokku lepitud teenuse rahastamise tingimused. Tõstatati küsimus, kas hetkel saab teenust loetellu lisada, sest Riigikogu ei ole lepingut veel ratifitseerinud. Tervisekassa esindaja vastas, et selleks, et ei peaks loetelu erakorraliselt sügisel avama, tehakse ettepanek lisada teenus juulis rakenduvasse loetellu, eelnevalt mainitud rakendustingimustel. Lepingu tingimusi on võimalik täpsustada järeltegevuste käigus.

## Muud teemad

Komisjon lisas korralduslikus osas, et Tervisekassa menetlejad võiksid lihtsamates ja selge tulemusega juhtumites ise julgemalt menetlusotsuseid teha, ilma et kõiki teemasid komisjoni toodaks (näiteks

arterikanüüli taotluse menetluse lõpetamine). See aitaks vähendada tarbetut administratiivset koormust. Rõhutati, et menetlejatel on olemas vajalik pädevus menetlusotsuste tegemiseks ning komisjoni võiks kaasata eelkõige keerukamates või konsensust vajavates küsimustes. Positiivse näitena toodi varasem koostöö, kus enne komisjoni toomist arutati põhimõtted läbi, mis aitas paremini fokusseerida arutelu ja lisas väärtust.

Veel lisati, et taotluste kvaliteet on ebaühtlane – mõnel juhul on eeltöö põhjalik, teistel juhtudel aga väga puudulik, mis suurendab lisakoormust nii menetlejatele kui komisjonile.