

Taotlus nr 1420 „Immuunravi atezolizumabiga PD-L1 positiivse ($\geq 5\%$) kaugelearenenud uroteliaalse kartsinoomi esimese rea valikus, kellele ei sobi tsisplatiini sisaldav keemiaravi“

- Kirjutate taotluste punktis 7.2, et võimalusel osutataks teenuseid ambulatoorselt. Missugused oleksid Teie hinnangul uute teenuste puhul ambulatoorse, päevaravi ja statsionaarse ravi osakaalud (kokku 100%)?

Immuunravi atezolizumabiga on üldiselt läbiviidav ambulatoorselt. Kui patsient elab ravikeskusest kaugel ning transport osutub keeruliseks, siis võib väikesel osal patsientidel tekkida vajadus ravikuuride läbiviimiseks statsionaarses osakonnas (sotsiaalsetel põhjustel).

Osakaalud võiks jaotada 90% ambulatoorselt ja 10% statsionaarselt.

- Selgitate taotluste punktis 10.3, et uued teenused asendaks tsisplatiin-sobimatutel, CPS ≥ 10 patsientidel teenuse 351R. Mitme teenuse osutamise korra võrra väheneks uute teenuste loetellu lisamisel teenuse 351R maht (arvestades tsisplatiin-sobimatute, CPS ≥ 10 patsientide arvu ja keskmist teenuse 351R osutamise kordade arvu ühe patsiendi kohta)?

Keemiaraviks sobivad, kuid tsisplatiin-raviks sobimatud patsiendid on saanud ravi asendusskeemide alusel. Kuigi prognoosime immuunraviks maksimaalselt 15 patsienti aastas, siis kõik nendest 15 patsiendist ei ole ilmselt sobivad toksiliseks keemiaraviks. Orienteeruvalt võiksid sobida ka keemiaraviks maksimaalselt 10 patsienti. Tavaliselt on läbiviidavate keemiaravi kuuride arv aastas 4-6. Seega võiks arvestuslikult keemiaravi kuuride arv komplekskoodiga 351R väheneda 40-50 kuuri võrra aastas.

- Kas uute teenuste loetellu lisamine muudaks teenuses 351R olevate ravikuuride (gemtsitabiin + tsisplatiin ja M-VAC) osakaale? Hetkel on osakaalud vastavalt 0,9 ja 0,1. Kui jah, siis mis on ravikuuride uued osakaalud?

Uue teenuse loetellu lisamine ei muudaks Gemcitabin + Tsisplatiin ja M-VAC osakaale.

- Palun täpsustage, millel tugineb taotluse nr 1420 punktis 9.2.4 prognoositud teenuse osutamise kordade arv. Olete prognoosinud ca 18 teenuse osutamise korda isiku kohta, mis 2-nädalase intervalli puhul teeb ravi kestuseks 36 nädalat, s.o ca 8,4 kuud. Millele tugineb see ravi pikkus?

Patsientide arv esimesel aastal on prognoositavalt 11, teisel aastal 13 ja 3-4 aasta 15 patsienti aastas. Esimesel aastal ei alusta kõik patsiendid ravi korraga ning seetõttu ka lükkub hiljem alustanud patsientide ravi järgnevasse aastasse. Sama loogika on ravikuuride arvestuses ka 2-4 aastal. Raviuuride arv on saanud 50% vajamiseva 12 kuud kestva ravi ja 50% patsientide pool aastat kestva ravi arvestuses. Nende patsientide, kes alustavad ravi poole aasta pealt, ravikuurid lükkuvad (liituvad) järgmise aasta arvestusse. Seetõttu ei saa jagada toodud ravikuuride arvu (per aasta) patsientide arvuga (per aasta) , mis annaks ravi kestvuseks 8,4 kuud. Ravikuuride arv aasta kohta on ikkagi 24 korda 2-nädalase intervalliga nende patsientidele, kes alustavad ravi kohe aasta alguses, kuid kõikide haigete ravile lülitumine ei toimu jaanuarist, mistõttu on ka kalendriaasta vältel vajaminev ravimaht väiksem.