

RAVIMIKOMISJONI KOOSOLEKU PROTOKOLL

Toimumiskoht: Eesti Haigekassa, ruum 413

22.09.2022 nr 7

Algus kell 13.00, lõpp kell 14.00

Juhatas: Ott Laius (Ravimiamet)
Võtsid osa: Lembi Aug (Eesti Arstide Liit)
Erki Laidmäe (Eesti Haigekassa)
Eda Lopato (Sotsiaalministeerium)
Liis Rooväli (Tartu Ülikool)
Riina Laurimaa (Eesti Patsientide Liit)
Ulvi Tammer-Jäätes (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Protokollija: Marta Danilov (Eesti Haigekassa)

Kõik ravimikomisjonis osalenud liikmed on huvid deklareerinud.

PÄEVAKORD:

1. Olapariib (Lisa 1. AstraZeneca Eesti OÜ taotlus ravimi **Lynparza** väljakirjutamise tingimuste muutmiseks Eesti Haigekassa ravimite loetelus, Ravimiameti ja Eesti Haigekassa arvamused, taotleja tagasiside Ravimiameti arvamusele);
2. Valsartaan + sakubitriil (Lisa 2. Memo: **Entresto** väljakirjutamise tingimuste muutmisest, Eesti Kardioloogide Seltsi tagasiside).

1. OLAPARIIB

Taotlus: 100%, monoterapijana täiskasvanud patsientidele, kellel on metastaatiline kastratsioonresistentne eesnäärmevähk (mCRPC) ning BRCA1/2-mutatsioon (iduliini ja/või somaatilise) ning kelle haigus on progresseerunud pärast varasemat ravi uue põlvkonna hormoonravimiga.

Taotluse hindamine RaKS kriteeriumide alusel

Isiku vajadus saada ravimit tulenevalt tervishoiuteenuse osutamisest:

Euroopa vähiinfosüsteemi (*ECIS, European Cancer Information System*) andmetel on eesnäärmevähk Eesti meestel sagedaseim pahaloomuline kasvaja, moodustades 2020. a. 30% kõikidest pahaloomulistest kasvajatest (esinemissagedus 245 juhtu 100 000 elaniku kohta).

Taotluses on välja toodud, et BRCA1 ja BRCA2 mutatsioonide esinemissagedus metastaatilise kastratsioonresistentse eesnäärmevähi korral on vastavalt 1,3% ja 9,7%. BRCA1 ja BRCA2 mutatsioonid seostuvad suurema suremusega.

Taotleja hinnangul võiks olapariib raviks sobilikke (2. ja 3. rea ravina kokku) patsiente olla hinnanguliselt 12 uut patsienti aastas.

Alternatiivne ravi:

Eestis on mCRPC raviks läbi haigekassa ravimite loetelu 100% soodusmääraga kättesaadavad abirateroon ja ensalutamiid järmistele patsientidele:

kes ei ole enne haiguse metastaseerumist saanud ravi teise põlvkonna androgeenireseptori inhibiitoriga, kes on asümptomaatilised või kergelt sümptomaatilised peale ebaõnnestunud androgeenide deprivatsoonravi, ning kellel kemoteraapia ei ole veel kliiniliselt näidustatud või heas üldseisundis (ECOG 0-1 või valusündroomist tingitud ECOG 2) patsientidele, kelle haigus on eelneva dotsetakseeli sisaldava kemoteraapia vältel või pärast seda progresseerunud. Ravimi kasutamisele ei või eelneva metastaatilise haiguse ravi ensalutamiidiga või abiraterooniga varasemas ravireas, kuid lubatud on ravimi vahetus talumatute kõrvaltoimete ilmnemisel.

Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kaudu on eesnäärmevähi korral kättesaadavad kaks ravimiteenust:

- Teenus 350R „Eesnäärmekeasvajate kemoteraapiakuur“, mis sisaldab järgnevaid ravivõimalusi:
 - 1) dotsetakseeli ja prednisolooni kombinatsioonravi hormoonrefraktaarse eesnäärmevähi korral;
 - 2) kabasitakseeli ja prednisolooni kombinatsioonravi kastratsioonrefraktaarse eesnäärmevähi korral heas üldseisundis patsiendil (ECOG 0–1), kui dotsetakseelraviga on 1. raviliinis saavutatud ravivastus, kuid haigus on progresseerunud kolme kuu jooksul alates dotsetakseelravi lõppemisest. Nimetatud kuuri võib kasutada ainult vahetult pärast dotsetakseelravi ja sellele ei või eelneva ravi abiraterooniga ega 223-raadiumiga.
- Teenus 224R „Luumetastaaside ravi 223-raadiumiga“ kastreerimise suhtes resistentse ulatuslikult skeletti haarava (visualiseerimisuuringul on metastaaside arv ≥ 6) heas üldseisundis (ECOG 0–1 või valusündroomist tingitud ECOG 2) eesnäärmevähiga täiskasvanud patsientidele, kellel esineb sümptomitega haigus (kombineeritud medikamentoosset valuravi on kasutatud eelnevalt vähemalt 12 nädalat) ning puuduvad teadaolevad vistseraalsed metastaasid, tingimusel, et haigus on eelneva dotsetakseeli sisaldava kemoteraapia vältel või pärast seda progresseerunud või kemoteraapia on katkestatud toksilisuse tõttu ning patsient ei ole saanud eelnevalt ravi abiraterooni ega kabasitakseeliga.

Ravimi tõendatud efektiivsus ja ohutus:

Randomiseeritud avatud 3. faasi uuringus PROfound (de Bono *et al.* 2020) hinnati olapariibi efektiivsust mCRPC haigetel (N=387), kellel oli haigus progresseerunud ensalutamiidi või abiraterooni foonil.

Kohort A moodustasid haiged (N=162), kellel oli vähemalt üks BRCA1, BRCA2 või ATM mutatsioon.

Kohort B (N=94) moodustasid ülejäänud 12 mutatsiooni (BRIP1, BARD1, CDK12, CHEK1, CHEK2, FANCL, PALB2, PPP2R2A, RAD51B, RAD51C, RAD51D, RAD54L).

Patsiendid randomiseeriti suhtes 2:1 saama olapariibi või arsti valikul ensalutamiidi või abiraterooni. Esmaseks tulemusnäitajaks oli piltidiagnostikal, mida hindas sõltumatu tsentraalne hindaja, põhinev progressioonivaba periood kohort A-s.

Tulemused:

- olapariibi puhul oli radioloogiline progressioonivaba periood pikem kui kontrollgrupis (keskmine 7,4 kuud vs 3,6 kuud, riskitiheduse suhe (*hazard ratio*, HR) progressiooniks või surmaks oli 0,34 (95% UV 0,25 – 0,47, $p < 0,001$);
- olulist erinevust täheldati ka kinnitatud objektiivses vastusemääras (33% vs 2%, riskisuhe (*odds ratio*, OR) 20,86 (95% UV 4,18 – 379,18, $p < 0,001$)) kui ka mediaanses ajas valu progressioonini (HR 0,44; 95% UV 0,22 – 0,91, $p = 0,02$);

- mediaanne üldine elulemus oli olapariib rühmas 18,5 kuud (vs 15,1 kuud kontrollrühmas, HR 0,64, 95% UV 0,43 – 0,97), $p=0,02$;
- olapariibi puhul saavutati PSA langus $\geq 50\%$ algväärtusest 43% juhtudel (vs 8% kontrollgrupis);
- haiguse progressiooni järgselt viidi 81% kontrollrühma patsientidest üle olapariibravile;
- ravi katkestamisi ebasoodsa sündmuse tõttu esines olapariibi rühmas rohkem kui kontrollrühmas (45% vs 18%), samuti ravimi annuse redutseerimist (22% vs 4%) ja ravi lõpetamist kõrvaltoimete tõttu (18% vs 8%).

Eelpool kirjeldatud uuringu põhjal analüüsiti eraldi artiklis kohordi A üldist elulemust (Hussain *et al.* 2020).

Olapariibi saanutel oli elulemuse mediaan 19,1 kuud ja kontrollgrupis 14,7 kuud (surmaohu suhe 0,69; 95% UV 0,50 – 0,97; $p = 0,02$).

Tundlikkusanalüüsi alusel, mis võttis arvesse kontrollgrupist ülemineku olapariibravile, oli surmaohu suhe kohordis A 0,42 (95% UV 0,19 – 0,91).

Arvestades, et abiraterooni ja ensalutamiidi väljakirjutamise tingimustes on välistatud nende järjestikune kasutamine, siis ei ole uue põlvkonna hormoonravim olapariibi võrdlusravina kohane.

Ravimiameti ekspert viitas oma hinnangus süstemaatilisele ülevaatele, mis võrdles kaudselt olapariibi efektiivust kabasitakseeliga. Ülevaade tugines PROfound ja CARD uuringutele. CARD uuringusse kaasati 225 mCRPC meest, kelle haigus oli progresseerunud dotsetakseeli ja uue põlvkonna hormoonravimi foonil.

Patsientide seas, kellel oli BRCA1, BRCA2 või ATM mutatsioon (PROfound, kohort A), eriti nende seas, kes olid saanud taksaane, peeti olapariibi võrreldes kabasitakseeliga rPFS-i osas paremaks (HR= 0,52 (95% UV 0,32-0,84, $p=0,007$)), olapariib omas paremust hinnanguliselt 78% tõenäosusega.

Arvestades tänaseid kabasitakseeli kasutamise tingimusi (kabasitakseeli võib kasutada vahetult peale dotsetakseeli ravi, kui I raviliinis on dotsetakseeliga saavutatud ravivastus) pole ka see võrdlus hetkel Eesti oludele kohane.

Eesti olusid arvestades võiks olapariibile olla sobivaks võrdluseks parim toetav ravi, dotsetakseel ja luumetastaasidega patsientidel raadium-223.

Ravimi kasutamise majanduslik põhjendus:

Taotleja esitas olapariibi kulutõhususe hindamiseks BRAC1/2 mutatsiooniga mCRPC korral kolme tervisestaadiumiga (progressioonivaba, progresseerunud haigus ja surm) jaotatud elulemuse mudeli, kus olapariibi ravi võrreldi uue põlvkonna hormoonraviga (abiraterooni või ensalutamiidiga). Kulud ja kasud olid diskonteeritud 5% määraga. Mudeli ajahorisondiks valiti 10 aastat.

Taotleja leidis, et olapariibi kasutamisel võrreldes abiraterooni või ensalutamiidiga võidetakse 0,7 QALY-t ja ICER QALY väärtuseks saadi 57 334 eurot.

Taotleja viis läbi ka tundlikkusanalüüsi. Kõige suuremat mõju tulemustele avaldasid olapariibi üldise elulemuse (OS) ja progressioonivaba perioodi (PFS) ekstrapoleerimiseks valitud jaotused ning võrdlusravi OS-i ja PFS-i jaotused.

Stsenaariumanalüüsil tõstis ICER väärtust enim (+55%) olukord, kus kasutati PROfound uuringu OS väärtusi korrigeerimata kujul (ravivahetust ei arvestatud).

EHK:

- haigekassa kaasajastas mudelis dotsetakseeli ja ensalutamiidi hinnad;
- kuna Eestis pole abiraterooni ja ensalutamiidi järjestikune kasutamine täna lubatud, siis korrigeeris haigekassa mudelis progressioonijärgse ravi osakaalusid ja liitis abiraterooni ja ensalutamiidi osakaalud antud raviridades parima toetava ravi osakaaluga. Selle tulemusel saadi ICER QALY väärtuseks 59 048 eurot.
- haigekassa hinnangul on 10-aastase ajahorisondi kasutamine ülehinnatud, arvestades, et 50% patsientidest elavad PROfound uuringu andmetel 19,1 kuud ehk ca 1,6 aastat;
- haigekassa hinnangul ei pruugi OS andmete kohandamine näidata olapariibi tegelikku kulutõhusust (kulutõhusus võib olla tegelikkusest soodsam), seetõttu tuleks hinnata ka kohandamata andmete mõju olapariibi kulutõhususele;
- taotleja on eeldanud, et patsientide ravi kestab olapariibi ja abiraterooni/ensalutamiidi rühmas kuni haiguse progresseerumiseni. Haigekassa hinnangul võib patsientide ravi lõppeda ka enne haiguse progresseerumist, näiteks ebasoodsate kõrvaltoimete tõttu. Kuna ravi kestvus on uuringus täpselt välja toodud, oleks õigem kasutada neid andmeid;
- taotleja ei kaasanud kulutõhususe arvutustesse BRCA1/2 mutatsiooni testimise kulusid, kuid haigekassa tegi vastava korrektoori. BRCA mutatsioonide testimise kulud on sisse arvanud ka Inglismaa ja Šotimaa.

Haigekassa viis eelnevale tuginedes läbi kordusanalüüsi ja sai olapariibi ICER QALY väärtuseks 5-aastase ajahorisondi juures 57 974 eurot või 154 698 eurot (võit QALY-des vastavalt 0,7 või 0,26), vastavalt, kas mudelis kasutati OS kohandatud või kohandamata andmeid.

Mudelisi oli võimalik olapariibi kulutõhusust võrrelda lisaks abirateroonile/ensalutamiidile ka kabasitakseeli, dotsetakseeli ja raadium-223-ga. Samas puudub haigekassal teadmine, kas esitatud kulutõhususe mudel töötab dotsetakseeli, kabasitakseeli ja raadium-223 osas korrektselt, kuna taotleja seda võrdlusvõimalust raportis välja ei toonud ning alusandmete päritolu täpselt ei kirjeldanud.

Haigekassa leidis, et 10-aastase ajahorisondi korral, kohandatud andmeid kasutades ning lisaks BRCA mutatsiooni testimise kulusid arvestades on ICER QALY (vs dotsetakseel) 86 239 eurot. Selleks, et ICER QALY väärtus oleks 40 000 eurot, peaks ravimi jaehind langema ...%.

Potentsiaalne lisakulu:

	2022 okt-dets	2023	2024
LYNPARZA raviks sobilike patsientide arv	6	10	16
Ravi kestus (kuud)	3	9,8	9,8
Pakendeid patsiendi kohta	6	21	21
OP müük	36	210	336
Jaemüük (EUR)	74 144 €	432 508 €	692 012 €
...%	... €	... €	... €
Kulu Haigekassale (EUR)	... €	... €	... €

Haigekassa hinnangul võib olapariibi ravi vajada kuni 22 patsienti aastas, kelle ravi maksaks haigekassale ca 894 427 eurot, millele lisanduvad BRCA mutatsioonide määramise kulud - 58 637 eurot.

Diskussioon

Komisjon arutles ravimi efektiivsusandmete ja sobiva võrdlusravi üle. Olapariibravi saanute elulemus oli 19,1 kuud ning kontrollrühmas 14,7 kuud, seega pikeneb patsientide elu ca 4,4 kuud. Uuringus kasutatud võrdlusravi (ensalutamiid või abirateroon) ei ole aga Eestis kohaseks võrdluseks, sest praegu on taotletud sihtrühmal kasutusel dotsetakseel. Komisjon arutles patsientide ravivalikute üle. Praegu saavad need patsiendid, kes abiraterooni või ensalutamiidi järel progresseeruvad, edasises reas keemiaravi. Lisaks on raadium näidustatud ja kättesaadav spetsiifilisemale sihtrühmale – luumetastaasidega patsientidele. Olapariibi uuringusse kaasati patsiendid, kes olid abirateroon- või ensalutamiidravigil progresseerunud ning võrdlusrühmas jätkati ravi arsti valikul abiraterooni või ensalutamiidiga. Taotleja on vastulauses Ravimiameti hinnangule kommenteerinud põhiliselt Eestis kasutatavaid ravivõimalusi ning välja toonud, et väljakirjutamise piirangute tõttu ei ole Eesti tingimustes olapariibile kohane võrdlusravi abirateroon, ensalutamiid ega ka kabasitakseel ning Eestis kättesaadavatest ravi võimalustest lähtuvalt ei ole kohast võrdlust olapariibiga võimalik esitada. Ravimiameti esindaja selgitas, et võrdlusandmed kabasitakseeliga toodi hinnangus välja seetõttu, et kabasitakseel oli ainuke ravim, millega lisaks taotluses esitatule võrdlusandmed leida olid. Kuivõrd Eestis on kohaseks võrdlusravimiks keemiaravi dotsetakseeli näol, siis teatavat indikatsiooni efekti osas võrdlus kabasitakseeliga annab, kuigi päris kohane alternatiiv see olapariibile taotletud sihtrühmal ei ole.

Komisjon arutles esitatud majandusanalüüsi ning selles haigekassa poolt tehtud kohanduste üle. Arvestades haiguse iseloomu ja patsientide eeldatavat elulemust pidas komisjon 10.a ajahorisonti piisavaks. Ühtlasi pidas komisjon õigustatuks majandusanalüüsis mutatsioonide testimise kuluga arvestamist. Komisjoni hinnangul on korrektne majandusanalüüsis lähtuda kohandatud uuringuandmetest. Komisjon nentis, et jääb arusaamatuks, kuidas on mudelisse leitud dotsetakseeliga võrdleva efektiivsuse andmed mida taotleja võiks selgitada. Ravimi hüvitamist taotletud näidustusel peab komisjon põhjendatuks, kui ravimi hind langeb võrdluses dotsetakseeliga kulutõhusale tasemele.

Komisjoni arvamus (ühehäälnel)

Komisjon soovib haigekassa juhatusel taotlus rahuldada tingimusel, et olapariibi hind langeb haigekassa muudetud sisendeid kasutades võrdluses dotsetakseeliga kulutõhusale tasemele.

2. VALSARTAN + SAKUBITRIIL

1. Taustainfo

EHK ravimite loetellu kantud valsartaani ja sakubitriili sisaldavate ravimite väljakirjutamisele 75% soodusmääraga kehtivad järgmised tingimused: ravimi esmase väljakirjutamise õigus südamepuudulikkuse (I50) näidustusel kardioloogil ja sisearstil täiskasvanud patsientidele, kes vastavad kõigile järgnevatele kriteeriumitele: kellel on vähenenud vasaku vatsakese väljutusfraktsioon (LVEF \leq 35%), kes kuuluvad NYHA II-IV funktsionaalklassi, kellel ravikoostöö on hea, keda on eelnevalt vähemalt 3 kuud püsivalt ravitud Euroopa ravijuhendi järgse AKE-inhibiitori või ARB eesmärkannusega (selle dokumenteeritud talumatuse korral vähemalt keskmise annusega või maksimaalselt talutava annusega), kombinatsioonis maksimaalses talutavas annuses beetablokaatoriga ning kellel kaksikravile mineralokortikoidireseptori antagonistiga lisamise järgselt südamepuudulikkuse sümptomid endiselt püsivad või süvenevad.

18.01.2022 on Eestis kinnitatud ravijuhend „Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud patsiendi käsitus esmatasandil“¹, ning ka vastavad rahvusvahelised ravijuhised on uuendatud².

2. Ettepanek EHK ravimite loetellu kantud valsartaani ja sakubitriili sisaldavate ravimite väljakirjutamise tingimuste muutmiseks

Kuna Eestis kehtiva ravijuhise kohaselt on kroonilise südamepuudulikkuse ravi selle kulgu modifitseerivate ravimitega määratletud esmatasandile, siis ei ole enam põhjendatud valsartaan+sakubitriili esmase väljakirjutamise piiramine kardioloogi ja sisearstiga. Valsartaan+sakubitriil on rahastatud alates 1.01.2018, mis tähendab, et perearstidel on juba peaaegu 5-aastane ravi jälgimise ja kordusretseptide väljakirjutamise kogemus.

Vasaku vatsakese vähenenud väljutusfraktsiooniga seotud tingimus (LVEF \leq 35%) põhineb esialgsel soodustuse taotlusel. Käesolevalt aga ei erista uued kehtivad juhised^{1,2} enam vasaku vatsakese vähenenud väljutusfraktsiooni valsartaan+sakubitriili osas kuidagi erinevalt, võrreldes teiste südamepuudulikkuse ravimitega. Samuti, sakubitriil+valsartaani ametlik näidustus ravimi omaduste kokkuvõttes³ viitab vaid väljutusfraktsiooni vähenemisele, kuid ei anna numbrilist indikatsiooni.

Täna kehtivas tingimuses välja toodud Euroopa ravijuhend näeb kasutatavate AKE-inhibiitoritena ette kaptopriili, enalapriili, lisinopriili, ramipriili jatrandolapriili. Nimetatamata on jäänud perindopriil. Seetõttu on tekkinud olukord, kus patsientidel, kes on saanud perindopriili ja beetablokaatori kaksikravi ning kellel kaksikravile MRA lisamise järgselt südamepuudulikkuse sümptomid endiselt püsivad või süvenevad, ei saa asendada algses kombinatsioonis perindopriili valsartaan + sakubitriiliga, kuna see oleks vastuolus ravimi väljakirjutamisele kehtestatud tingimustega. Antud küsimust on varasemalt arutanud ka ravimikomisjon⁴. Komisjon nentis, et ravijuhendites lähtutakse tõendus põhjustest andmetest ja ükski toimeaine juhuslikult Euroopa juhendist välja ei jää. Komisjoni liikmed olid seisukohal, et seni, kuni Eestis ei ole kohalikku ravijuhendit, tuleks lähtuda Euroopa juhenditest. Uues kehtivas Eesti juhendi lisas 4 „Kroonilise südamepuudulikkuse ravimid“⁵ on lisaks Euroopa juhistes nimetatutele välja toodud ka fosinopriil ja perindopriil. Kuigi perindopriili mõju südamepuudulikkuse kulule on teistest tagasihoidlikumalt tõendatud, nähakse selle kasutamist siiski ette olukorras, kus patsient on seda varem kasutanud teistel näidustustel.

Eeltoodud muudatustest võib eeldada mõningast lisakulu EHK ravimihüvitiste eelarvele, kuid selle suurus pole võimalik täpsemalt määratleda. Lisakulu tekkimist võimaldab vältida ravimi müügiloa hoidja esindaja poolt pakutud senisest selgem riskijagamise skeem, mis tagab ravimi kulutõhususe.

Ettepanek: muuta valsartaan + sakubitriili 75% väljakirjutamise tingimusi järgmiselt: ravimi väljakirjutamise õigus täiskasvanud patsientidele, kes vastavad kõigile järgnevatele kriteeriumitele: kellel on vähenenud vasaku vatsakese väljutusfraktsioon (LVEF \leq 40%), kes kuuluvad NYHA II-IV funktsionaalklassi, kellel ravikoostöö on hea, keda on eelnevalt vähemalt 3 kuud püsivalt ravitud AKE-inhibiitori või ARB eesmärknusega (selle dokumenteeritud talumatuse korral vähemalt keskmise annusega või maksimaalselt talutava annusega), kombinatsioonis maksimaalses talutavas annuses

¹ <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid-gp/18/kroonilise-sudamepuudulikkusega-taiskasvanud-patsiendi-kasitus-esmatasandil>

² 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure European Heart Journal (2021) 00, 1128

³ *Entresto on näidustatud täiskasvanute raviks, kellel esineb sümptomaatiline südamepuudulikkus koos väljutusfraktsiooni vähenemisega* https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/entresto-epar-product-information_et.pdf

⁴ https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Ravimid/Ravimikomisjon_11.09.2019_avalik.pdf

⁵ https://www.ravijuhend.ee/attachments/gp_guides/18/68?action=download

beetablokaatoriga ning kellel kaksikravile mineralokortikoidireseptori antagonisti lisamise järgselt südamepuudulikkuse sümptomid endiselt püsivad või süvenevad.

Diskussioon

Eesti Kardioloogide Selts toetab ettepanekut korrigeerida valsartaan + sakubitriili 75% väljakirjutamise tingimusi ja pakutud sõnastust.

Komisjon arutles, kas muudatusest tekib lisakulu ravimihüvitiste eelarvele. Komisjoni hinnangul võib teataval määral ravi saavate patsientide arv kasvada nii perearstile väljakirjutamise õiguse andmine kui ka väljutusfraktsiooni piirangu lõdvendamise – endise LVEF $\leq 35\%$ asemel LVEF $\leq 40\%$. Ravimi loetellu lisamisel komisjoni nõustanud kardioloogi sõnul on seda ravi juhtida keeruline ja seetõttu palju patsiente ravile ei tule. Nüüdseks on arstid ravimiga harjunud ning see on laialdaselt kasutusel. Ravimi loetellu lisamisel kaalus komisjon ka selle majanduslikku põhjendatust ning ravimifirmaga saavutati kokkulepe, mis tagas ning tagab ka edaspidi kulutõhusa hinnataseme. Komisjon toetas Entresto väljakirjutamise piirangute lõdvendamise ettepanekut.

Komisjoni arvamus (ühehäälnel)

Komisjon soovib haigekassa juhatusel ettepanek rahuldada ning laiendada valsartaan + sakubitriili sisaldava ravimi Entresto väljakirjutamise tingimusi vastavalt eelpool kirjeldatule.

Ott Laius
Juhataja

Marta Danilov
Protokollija