

Ortopeedia arengukava kaasajastamine

Proгноos kuni 2020

2012

Koostajad ETOS nõunikud:

Armin Heiman

Aare Märtson

Toomas Tein

Sisukord

1. Eriala areng	4
1.1. Eriala definitsioon	4
1.2. Eriala prioriteedid	4
2. Teenuste jaotumine	5
2.1. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine haiglas osutatava ja haiglavälise eriarstiabi ning esmatasandi arstiabi vahel	5
2.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravihaiglate vahel.....	6
2.3. Haruldased haigused ja harvaesinevad haigusseisundid.....	7
3. Valveteenistus.....	7
4. Koormusstandardid.....	8
5. Prognoosid	8
5.1. Teenusevajaduse prognoos	8
5.2. Voodikohtade arvu prognoos	9
5.3. Eriarstide vajadus.....	10
5.4. Meditsiinitehnoloogia roll eriala arengus.....	11
6. Regulaatiivne keskkond ja vajalikud muudatused.....	11
6.1. Seadusandlus	11
6.2. Ravijuhised	12
6.3. Teised standardid ja regulatsioonid.....	12
7. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana	12
8. E-tervis	13
9. Muid probleeme	13

1. Eriala areng

1.1. Eriala definitsioon

Ortopeedia on kirurgiline eriala, mis hõlmab tugi-liikumisaparaadi vigastuste, kaasasündinud väärarendite ja omandatud haiguste ning nende tagajärjel tekkinud deformatsioonide diagnostikat ja ravi.

Ortopeedia alamerialadeks on:

- sporditraumatoloogia (ülekoormussündroomid) ja artroskoopia
- artroplastika
- käekirurgia
- lasteortopeedia (kuni 15 a.)
- ortopediline rehabilitatsioon
- lülisamba kirurgia

1.2. Eriala prioriteetidid

1. Eriala arengu esmaseks prioriteediks peab jääma erakorraline ortopediline abi, mis hõlmab kogu skeleti-elundkonna trauma ravi.
2. Üha enam ja enam hõlmab ortopediline trauma ravi luuainevahetuse haigustest ja vigastusest tingitud juhte.
3. Peaks kaaluma eriala rahastamise muutmist, sest täna eelistatakse 2002 a. loodud haiglavõrgu arengukava (HVA) meditsiiniastutusi, jättes HVA-sse mittekuuluvad asutused EHK lepingute jaotamisel ebakindlasse olukorda, mis raskendab eriala arenguks vajalike investeeringute ning arenduste teostamist. Näiteks ortopedilise erihaigla rahastamise prioriteetid peaksid olema samas kategoorias regionaalhaiglate prioriteetidega, kuna erihaigla peab vastavalt „Haigla liikide nõuded“ määruse §65 lg 1 järgi osutama tervishoiuteenuseid vastavalt piirkondliku haigla nõuetele. Regionaalhaigla nõuetele vastamise kohustus eeldab teiselt poolt teatavat investeeringute- ja rahastamise kindlust.
4. Vajalik muuta ravikindlustusseadust leidmaks uusi raviteenuse rahastamise võimalusi ja uusi meditsiini finantseerimise allikaid.
5. Plaanilise ortopedilise ravi puhul võiks teenuse finantseerimine käia haigega „kaasas“. Alates 25.10.2013 kehtima hakkava Patsientide vaba liikumise direktiivi 2011/24/EL järgi tekib ortopedilisel haigel õigus minna saama oma raha eesti teenust Euroopa Liidu piires teistesse riikidesse (sh Läti, Leedu), kus Eesti Haigekassal

on kohustus antud teenuse eest patsiendile mõistliku aja jooksul kulutatud summa vastavalt Eestis kehtivale Haigekassa hinnakirjale kinni maksta. Sellisel juhul näeme võimalust, et paljud patsiendid liiguvad kiirema ravi saamiseks naaberriikidesse, kus nad saavad kohese ravi ning taastavad oma töövõime. Samas makstakse selle teenuse eest ikkagi Eesti Haigekassa rahaga, kuid raha liigub Eesti riigist välja. Selle võrra jääb järgi vähem raha Eestis tegutsevate meditsiiniteenuste osutajate ja arstide tasustamiseks! Lisaks mõjub vähenenud teenuste maht negatiivselt kogu Eesti ortopeedilise valdkonna kompetentsibaasile. Taolise olukorra vältimiseks tuleks alates 25.10.2013 võimaldada patsiendil valida vabalt teenusepakkujat ka Eestisiseselt, tehes seda samadel tingimustel nagu direktiivi 2011/24/EL raames (ehk siis tasudes teenuse eest ette ja saades hiljem Eesti Haigekassa poolt kompenseeritud).

6. Suurenema peab päevakirurgiliste ravijuhtude osakaal.

Euroopa Liidu maades on prioriteedid jagatud enam vähem samaväärselt. Eesti Vabariigis peab käekirurgia, seljakirurgia ja sporditraumatoloogia ja ülekoormussündroomid olema käsitletud ortopeedia alamedialadena.

Kaasajal pööratakse rohkelt tähelepanu ortopeediliste haigete paremate ja kuluefektiivsete ravitulemuste saavutamiseks kiirete ravimenetluste arendamiseks („fast track surgery“).

2. Teenuste jaotumine

2.1. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine haiglas osutatava ja haiglavälise eriarstiabi ning esmatasandi arstiabi vahel

Eestis on viimastel aastatel suurenenud ambulatoorse ja päevakirurgilise päevaravi ning vähenenud statsionaarse ravi osakaal. Siinkohal on päevaravi kasutuselevõtmisel olnud oluline roll just ortopeedilistel erihaiglatel ning päevakirurgia keskustel. Selline suund on toonud kaasa suurema kuluefektiivsuse ortopeediliste haigete ravis. Ehkki ka edaspidi võib eeldada ambulatoorse ja päevaravi osakaalu suurenemist, on statsionaarse ravi absoluutjuhtude arv saavutanud piiri, millest allapoole ei ole mõistlik ilma kvaliteeti tagamata enam liikuda.

Protseduuride loetelu, mille puhul on näidustatud päevaravi kasutamine: 0N2103, 10203, 10204, 10206, 10207, 20201, 20202, 20203, 20204, 20205, 20206, 20207, 20208, 20209, 20210, 20211, 20212, 20213, 20214, 20218, 30201, 30202, 30203, 30204, 30205,

30206, 0A2101, 30207, 30208, 30209, 30210, 30211, 30212, 30213, 30217, 30218, 30219, 40202, 40203, 40205, 40206, 40207, 40215, 50205, 50206, 50211, 60202, 60211.

Ambulatoorse ravi kättesaadavus ortopeedias on halb ja järjekorrad pikad. Parem ambulatoorne kättesaadavus suurendaks patsiendi elukvaliteeti, vähendaks mittetöövõimelist aega ning tagaks tihti ka odavama ravi, kuna liiga hilja diagnoositud haigusi on kulukam ravida.

Osteoporoosi medikamentoosse ravi paremal kättesaadavusel nn. osteoporootiliste murdude osakaalu kasvu pidurdumine.

Esmatasandil on oluline roll ortopeedia eriala arengus, seda nii patsientide diagnoosimisel ja ortopeedile suunamisel kui ka järel- ja taastusravi toetamisel. Eesti Traumatoloogide ja Ortopeedide Selts plaanib jätkuvat ja süvenevat koostööd esmatasandi meditsiinitöötajatega.

2.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravihaiqlate vahel

Eriarsti abi ambulatoorsel tasemel sõltub oskuste kandjast ehk arstist aga mitte haigla tasandist – seega ambulatoorse ja plaanilise päevakirurgilise ja nn. ühe öö kirurgia peaks kindlasti olema lubatud alumistel tasanditel kogenud spetsialisti ja aparatuuri olemasolul. See parandaks oluliselt raviteenuse kättesaadavust maakondades ja pakuks ka noortele spetsialistidele tööd.

Patsientide ja teenuste jagunemine piirkondlike, kesk-, üld-, kohalike ja erihaiqlate vahel ning vajadusel ka konkreetsete haiqlate vahel:

- **I tasand – TP kuni 40 000 elanikku**
 - ambulatoorne eriarstiabi (eriarsti vastuvõtt ortopeedi poolt)
 - valikuline ortopeedias peamiselt plaaniline statsionaarne ravi päevakirurgiana,
- **II tasand – TP 40 000 - 80 000 elanikku:**
 - ambulatoorne eriarstiabi ortopeedi olemasolul
 - statsionaarne eriarstiabi: teatud operatsiooni kategooriad vastava spetsialisti ja aparatuuri olemasolul. Päeva – või nn. 1 öö kirurgia kuni 6 grupini. v.a osteosünteesid
 - erakorraline ortopeediline kirurgia pole otstarbekas
- **keskhaiqlad – TP üle 80 000 elaniku**
 - lisaks II tasandi haigla teenustele: ortopeedia täielik teenus vastavalt praegu kehtivale haigla liikide määrusele

- **Piirkondlikud haiglad** – teenus vastavalt praegu kehtivale haigla liikide määrusele
- **Eestis on jätkuvalt vajalik vähemalt kahe ortopeedilise erihaigla olemasolu** (üks Lõuna- ja teine Põhja-Eestis), kes tegelevad süvendatult (vastavalt Haigla liikide nõuded“ määruse §65 lg 1 järgi regionaalhaigla tasemel) nii ambulatoorse kui päeva- ja statsionaarse ortopeedilise kirurgiaga.

Ortopeedia tervishoiuteenuste osutamiseks peavad teenusepakkujal olema vastavad tingimused anestesioloogia tervishoiuteenuste ning esimese ja teise astme intensiivravi tervishoiuteenuste osutamiseks. Lisaks peavad olema tagatud tingimused labori- meditsiini tervishoiuteenuste ja radioloogia tervishoiuteenuste osutamiseks ning vere käitlemiseks või nende tervishoiuteenuste osutamiseks lepingud teiste eriarstiabi osutajatega. Ortopeedia tervishoiuteenuste osutamiseks peavad teenuseosutaja juures töötama õed ja anesteesia-intensiivravi õed.

Eriarsti abi ambulatoorsel tasemel sõltub oskuste kandjast ehk arstist aga mitte haigla tasandist – seega amb peaks kindlasti olema lubatud alumistel tasanditel ortopeedi olemasolul (kehtiv tööleping vms.)

2.3. Haruldased haigused ja harvaesinevad haigusseisundid

Harvaesinevate primaarsete luu kasvajate ravi viiakse Eestis kokkuleppeliselt läbi TÜKis. Ravi korraldamine ei erine traditsioonilistest ravimeetoditest, vajalik võib olla hormonaalsete asendusravimeetodite kasutamine, teiste spetsialistide kaasamine diagnostilisse protsessi.

Harvaesinevate haigusseisundite korral toimub üksikutel juhtudel suunamine vastavalt EHK regulatsioonile erialakomisjoni otsusega. Probleemiks on vastava haigekassa teenuse puudumine loetelus, samas kui oskused Eestis olemas, kuid teostada ei ole võimalik ja haigeid suunatakse ravile välismaale (näiteks meniski transplantatsioon, mille vajadus 5-10 juhtu aastas).

3. Valveteenistus

Eriarstide ööpäevaringne valve peab olema tagatud järgnevates piirkondlikes ja keskhaiglates: TÜK, PERH, ITKH, Pärnu KH ja IVKH, kes omavad momendil koolitatud personali ja väljakujunenud süsteem ja vahendid vastava teenuse osutamiseks. Samuti

Tallinna Lastehaiglas kuna laste traumatoloogia on välja kujunenud eraldiseisva erialana ja olemas vastava koolitusega kaader ja statsionaar. Tartus on lastetraumatoloogiline teenistus üles ehitatud valve-lastekirurgile, alates 15a vanusest ortopeedilised haiged kuuluvad ravile nn täiskasvanute haiglatesse.

Samuti on praegu otstarbekas jätkata Narva Haiglas erakorralise ortopeedilise ambulatoorse eriarstiabi andmine ning säilitada ortopeedilise päevaravi võimalus kuna tegemist suure elanikkonna kontsentratsiooniga.

Erakorralise ambulatoorse ortopeedilise abi tagamine lisaks piirkondlikele ja keskhaiglatele v.a LTKH, tagada Narva haiglas, Kuressaare haiglas kuna viimasest keeruline pääsemine mandrile ambulatoorse vigastuse raviks ning Narvas kõrge elanikkonna kontsentratsioon.

4. Koormusstandardid

Ortopeedia erialal on arstide töökoormuses mitu komponenti: kirurgilise operatsiooni tegemine, assisteerimine operatsioonidel, ambulatoorne haigete vastuvõtt, raviplaani koostamine, haigete ravimine statsionaaris. Ortopeediliste operatsioonide mahud ja kestused on suure kõikumisega ja seose sellega pole võimalik määrata optimaalset kirurgilist töökoormust. Samal põhjusel pole võimalik määrata ambulatoorset tööintensiivsust ortopeedias kuna ka siin tehakse valvetööd.

Statsionaaris aastas vajalik teostada 100 operatsiooni ja 50 assisteerimist on olnud siiani normatiiviks.

5. Prognoosid

5.1. Teenusevajaduse prognoos

Vananev populatsioon on ortopeediliste teenuste kasvu üheks põhjustajaks nii Euroopas kui ka Eestis. Nii nagu kasvab üle 65-aastaste elanike arv, kasvavad ka osteoporoosi juhud ning sellega seoses skeleti-elundkonna traumade arv.

Ortopeedia on kiiresti arenev eriala, kus uue tehnoloogilised vahendid ja ravivõtted võimaldavad efektiivselt taastada töövõimet ka patsientidel, keda varem ei suudetud aidata. Sellega seoses suureneb stabiilselt ortopeediliste ravijuhtude arv, kuid ühtlasi taastatakse kiiremini ja efektiivsemalt patsientide töövõime.

	2015	2020
Ravijuhtude arvu muutus lisaks demograafilistest arengutest tulenevale muutusele (%)	105%	110%

Kõik sõltub rahastamisest kuna järjekorrad pikad siis adekvaatse rahastamise korral juhtude arv kindlasti tõuseb . Kõik sõltub tegelikult majandusest aga mitte vajadusest!!! Vajadus momendil suurem kui teenuse rahastamine.

5.2. Voodikohtade arvu prognoos

Võrreldes 1999 aastaga on oluliselt vähendatud statsionaarsete voodikohtade arvu, mille põhjuseks on ilmselt keskmise voodipäevade arvu oluline lühenemine. Lähikümnendil aastatel peaks voodikohtade arv jääma konstantseks või isegi suurenema, vajalik on luua ulatuslik taastusravi voodikohtade fond, kuhu operatsioonijärgsed haiged postoperatiivselt saata.

Päevakirurgiliste voodikohtade arv on vähene ambulatoorsete juhtude osakaalu tõusu foonil. Suurtes haiglates nagu ITKH toimub päevakirurgiliste haigete teenindamine statsionaari baasil. Päevakirurgia on eraldiseisev piirkondlikes- ja erihaiglates: TÜK, PERH, Ortopeedia Arstid AS. Täiesti iseseisvate üksustena võiks tulevikus olla lisaks 50-70 päevaravi voodit.

Intensiivravipalati olemasolu peaks olema kohustuslik igas erakorralise ortopeediaga tegelevas raviasutuses ja endoproteesimise osakondades arvestusega 1 IR voodi 6-8 voodikohale.

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2020
Ortopeedia	Ravivoodid (31.dets)	224	214	179	211	201	203	173	162	162
	Ravivoodid 100 000 kohta (31.dets)	16,6	15,9	13,3	15,7	15	15,1	12,9	12,1	12,1

Lasteortopeedia	Ravivoodid (31.dets)	33	28	14	14	14	14	14	10	10
	Ravivoodid 100 000 kohta (31.dets)	2,4	2,1	1	1	1	1	1	0,7	0,7

Allikas: TAI

Kuna 2012 aasta seisuga puuduvad piisavad lähteandmed, pole võimalik voodikohtade arvu haiglaliikide löikes prognoosida

5.3. Eriarstide vajadus

2012 aastal on tervishoiutöötajate registris kirjas 154 ortopeedi. Hetkeseisuga on statsionaarides tööl ca 70 ortopeedi ja ca 25 ortopeedia ambulatoorsetel ametikohtadel, töötavaid pensionäre 20, neist 7 statsionaaris või päevakirurgias. Seega realselt töötavaid ortopeede on Eestis 115. Enamik neist töötab 1,5 ametikohaga või teeb vastavale koormusel vastavat tööd.

2020 aastal peaks olema opereerivate ortopeedide arv 110-120 (See sõltub Haigekassa finantsvõimalustest ortopeedia rahastamisel ja seetõttu täpset arvu pole võimalik öelda). Tõenäoliselt on ambulatoorse ja päevakirurgilise töö kasvuga seoses vaja juurde 5-10 ortopeedi.

Registritele põhinedes on meil 1:10 000, realselt töötavate (110 ortopeedi ETOS andmetel) alusel 1: 13000, mis Euroopa keskmine.

Eestis oleks vajadus ortopeedia alase ambulatoorse õenduse konsultatsioonide loomise ja koduõenduse laiapõhjalisema arendamise järele. Ortopeedias peaks Eestis olema 1 ortopeedile 3 õde ja 4 abiõde.

EUMS 2008 Ljubljana : The number of patients per orthopaedic doctor in Europe in mean is 1:15000 with a range of 1:6000 to 1:40000.

Eriarstide ja õdede optimaalne absoluutne arv aastateks 2015 ja 2020 peaks olema järgmine:

	2015	2020
--	------	------

Eriarstide optimaalne absoluutarv	115	120
Ortopeedia õdede arv	345	360
Abiõed	460	480

5.4. Meditsiinitehnoloogia roll eriala arengus

Ortopeedia põhiuuringuks on röntgen ülesvõte ja kliiniline uurimine. Erijuhtudel vajalik eriaparatuur: kompuutertomograafia (CT), tuumamagnetresonantsi (MRT), ultraheli (UH) kasutamine. Arvame et tänapäeval on tendents eriaparatuuri (MRT, CT) liigkasutamisele, mistõttu kulub ravirahast palju diagnostilisteks mitte aga ravi- protseduurideks. Selle vältimiseks on Eestis vajalik üleriigiliste ühtsete radioloogiliste protokollide kehtestamine ja nendest kinnipidamine.

Enam tuleks kasutusele võtta uuemad operatsiooni lisavahendid, mis on maailma praktikas ennast tõestanud paremate ravimtulemuste ja uute ravimeetodite näol ning mida toetab erialaselts.

6. Regulatiivne keskkond ja vajalikud muudatused

6.1. Seadusandlus

- EHK ja tervishoiuteenust osutavad asutused peavad kinni pidama ravikindlustus- seadusest. Ortopeedilist teenust peab osutama ja ortopeedilist koodi kasutama vaid ortopeed, nii tagatakse parim võimalik kättesaadav raviteenus.
- Avaliku raha eest ei või osta ebakvaliteetset toodet. Kvaliteedi määrab tervishoiuteenuse juures ära eriala litsents ja kvalifikatsioon. Need toetuvad juba EL rahvusvaheliselt tunnustatud erialadele ja väljaõppele ehk läbitud residentuurile.
- Tervishoiuteenuse pakkuja ei või pakkuda ebakvaliteetset teenust. Kvaliteedi määrab eelkõige ikka väljaõpe ning teise eriala teenust osutades ei saa me kindlasti rääkida teenuse heast kvaliteedist.
- Haigekassa kontrollib haigekassa poolt osaliselt või täielikult tasutavate teenuste kvaliteeti ja põhjendatust.

6.2. Ravijuhised

Momendil on välja töötatud alajäseme enamlevinud traumade ravijuhised ETOS ja EHKga kaastöös. ETOS kuulub aastast 2010 NOF'i (Põhjamaade Ortopeedide Föderatsioon) koosseisu. NOF-il on plaanis lähiaastatel ühtlustada föderatsiooni erinevate maade ortopeedia ravijuhendeid, mida saaksime ka Eestis igapäeva praktikas kasutada.

6.3. Teised standardid ja regulatsioonid

- Oleme EU liikmed ja ETOS osaleb aktiivselt UEMS'i (European Union of Medical Specialist) töös, mis tegeleb erialade arengu- ja koolitusprobleemidega. Lähitulevikus on erialade õppekavade harmoniseerimine EU riikide vastavalt UEMS'i standarditele
- On vajalik alustada vähemalt artroplastika, võimalusel trauma ja artroskoopia registreerimise loomist. Lisaks meditsiinilistele vajadustele tingib seda kuulumine EU-sse.
- Üld- ja kohalikus haiglas plaanilise ortopeedilise (ambulatoorne, päevakirurgia ja lühiaegne statsionaarikirurgia) teenuse lubamine pädeva sertifitseeritud ortopeedi olemasolu, vajalike tehnoloogiliste lahenduste ja teenuste olemasolul. See parandab teenuse kvaliteeti ja kättesaadavust Eestimaa elanikele. See annab võimaluse jätta noored erialaarstid Eesti vabariiki tööle.

7. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana

1. Eesmärgiks, et Eesti vabariigis teostaks ortopeedia raviteenust ortopeed.
2. EU sisene eriala arengu ja koolituse harmoniseerimine
3. Seostada väljapoolt EU'd tulevatele erialaspetsialistide registreerimine resertifitseerimise ja pädevuse hindamisega. Momendil puudub sisuline erialaline kontroll väljapoolt registreeritute pädevuse üle. Peaks suurenema erialaselti osakaal spetsialistide registrisse kandmisel (teadmiste kontroll, eksam jne)

8. E-tervis

8.1 On vajalik tõsta E-tervise süsteemi veebiteenuse töökindlust ja käepärasust.

8.2 Praegune süsteem nõuab suuremat finantsilist kulu, mis aga ei kajastu raviteenuse sees.

8.3 E-tervise kasutamise vastuseisu tekitab liigne ajakulu selle täitmisel. See nõuab lisa inimressurssi, vastasel juhul väheneb arstil haigega tegelemise aeg.

8.4 Lihtsam e-tervisesse andmete sisestamine

8.5 Röntgen kirjelduse puudumine PAC's i ja web 1000 süsteemides. Kuna ortopeedia eriala väga sõltuv radioloogilistest uuringutest, tõstaks see ortopeedia tööaja efektiivsust.

9. Muid probleeme

9.1 Kõrgtehnoloogiliste uuringute ületähtsustamine ortopeedilises diagnostikas.

9.2 Loodavate taastusravi voodite eraldi finantseerimise vajadus (muidu kasutatakse aktiivravi finantse selle katmiseks). Taastusravi diagnoosipõhine rahastamine

9.3 Ortopeedia eriala kõrge kuluefektiivsus. – päevakirurgia suur osakaal erialas, mille on põhjustanud elanikkonna aktiivse eluviisi arenemine ning seoses sellega on tõusnud ortopeedilise raviteenuse vajadus aktiivse eluviisiga elanikkonna seas. Momendil on Eestis ortopeedia eriala alatähtsustatud, seda eriti võrreldes teiste Euroopa Liidu riikidega.

9.4 Ortopeediliste haiguste ja vigastuste statistika: M, S T koodide suhtearv. Esinemissagedus on suurem kui see on kaetud HK finantsressursiga, seetõttu pikad ootejärjekorrad teenuse kättesaadavusel.

- Plaanilises ortopeedilises kirurgias on tõestatud puusaliigese endoproteesi operatsiooni kõige kõrgem kulu efektiivsuses - Kristi Tael, PhD Student, (sup) Aare Märtsen, Raul-Allan Kiivet, Ravikvaliteedi hindamine eriarstiabis: puusa- ja põlveliigese endoproteesimine, University of Tartu

- Cost-Effectiveness Analysis of the Most Common Orthopaedic Surgery Procedures: Knee Arthroscopy and Knee Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. James H. Lubowitz, M.D., and David Appleby, M.P.H. Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery Volume 27, Issue 10, Pages 1317-1322, October 2011

9.5 Probleemiks noorte erialaarstide ja muu ortopeedilise meditsiinipersonali migratsioon teistesse EU riikidesse, seoses madalate Eesti tötasudega. Palga tõstmiseks ressursside leidmiseks vähendada HK kohustusi (töövõimetuse kompensatsioon viia SM pädevusse) või suurendada riigipoolseid makseid. Näiteks karbikulude katmine riigieelarvest.

9.6 Üha suurema ja suurema kulude suurenemine ortopeedia rea alt hooldusravile.

9.7 Vajalik kõikide suurte kulukate ravimeetodite viimine HK keskostuteenuste nimekirja: seljakirurgia (pole veel seal).

9.8 Riiklikult eelisarendatavate projektide rahastamine peab toimuma riigi poolt finantseeritud (transplantatsiooni plaan).