

## Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

09.06.2021

Algus kell 14.00, lõpp kell 15.40

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Ann Paal (Eesti Puuetega Inimeste Koda)  
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)  
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)  
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)  
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)  
Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)  
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)  
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)  
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)

Puudusid: Kaidi Usin (Terviseamet)  
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)  
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)

Kutsutud: Marili Pokrovski (Eesti Haigekassa)  
Jana Urtson (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Kadri Popilenkov (Eesti Haigekassa)

### Päevakord:

#### 1. Taotluste arutelu

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1400	Silma eesmise segmendi topograafiline uuring
1402	Silma siserõhu mõõtmine
1408	Silma optiline biomeetria ja kunstläätsede tugevuse kalkulatsioon
1410	Pisarakihi osmolaarsuse mõõtmine
1412	Silma eesmise segmendi struktuuri uuringud
1413	Nägemistaju testid
1415	Pahhümeetria
1447	Negatiivse rõhuga kinnine süsteem (vaakumteraapia – VAC-süsteem)

#### 2. Muud teemad

## 1. Taotluste arutelu

### Taotlus nr 1400 – Silma eesmise segmendi topograafiline uuring

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 04.03.2020.

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Oftalmoloogide Selts

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärk on lisada loetellu uus teenus silma eesmise segmendi topograafiliseks uuringuks. Kaasaegsete silma eesmise osa kirurgiliste manipulatsioonide korrektseks rakendamiseks ja soovitud raviefekti saamiseks on preoperatiivselt antud uuringu teostamine vajalik.

Meditsiinilised näidustused:

- silma sarvkesta ja läätse optilise kvaliteedi mõõtmine;
- kõrgemate aberratsioonide eristamine tavalisematest refraktiivsetest vigadest;
- refraktiivsetele (sarvkesta ja läätse) operatsioonidele eelnev diagnostika ja operatsiooniplaani koostamine;
- refraktiivsete operatsioonide ravitulemuse hindamine ja dünaamika jälgimine.

#### **Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Eksperti arvates on taotlus põhjendatud ja asjakohaselt koostatud. Eesmise segmendi topograafiline uuring võimaldab uurida sarvkesta ja läätse haigusseisundeid ja ka anotoomilisi iseärasusi, mis põhjustavad valguskiire valesuunalist levimist silmapõhja. Sagedasemad ehituslikud eripärad on refraktsioonihäired (müopia, hüperopia, astigmatism), haigustest keratokoonus, katarakt. Topograafiline uuring on vajalik operatsioonieelses (sarvkesta laserlõikused, katarakti lõikus) diagnostikas, samuti võimaldab postoperatiivselt jälgida silma optilist kvaliteeti (nt sarvkesta sutureeritud pinget, kunstlääte orientatsiooni silmas). Topograafiline uuring on eelduseks *premium*-läätsedega lõikustele, et valida võimalikult sobiv kunstlääts. Teenus on patsiendile ohutu, väär- ja liigkasutamine ei ole tõenäolised.

#### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Kulutõhusust ei hinnatud. Kuluarvestuse alusel on taotletava teenuse piirhind 13,06 eurot, taotleja ettepanek on koostada teenuse kirjeldus ühe silma kohta. Kuna taotluses on välja toodud, et enamasti teostatakse topograafiline uuring mõlemale silmale, siis tõstatub küsimus, kas teenus võiks olla kirjeldatud kahe silma kohta, arvestades, et uuringu ettevalmistus, tulemuste analüüsimine ning selgitamine patsiendile oleks ühine aeg. Hetkel kirjeldatu alusel kajastuks see osa teenusest topelt, kui kodeerida teenus mõlema silma kohta eraldi. Samuti on taotluses esile toodud, et teenusega koos kodeeritakse raviarvele arsti esmane või korduv vastuvõtt. Kirjelduse alusel on teenuse aja sisse arvestatud ka tulemuste interpreteerimine ja selgitamine patsiendile. Need tegevused peaks kuuluma vastuvõtu aja sisse. Kui teenus kodeeritakse koos vastuvõtuga, siis oleks vastavat aega kirjeldatud topelt. Seetõttu oleks korrektne, et kui teenusele kodeeritakse alati juurde arsti vastuvõtt, siis tulemuste interpreteerimise ja patsiendile selgitamise aeg arvestatakse uuringu kirjeldusest välja ja uuringu teenus sisaldaks ainult uuringu läbiviimise aega. Kui tulemuste interpreteerimine ja selgitamine patsiendile jäävad uuringu kirjelduse sisse, siis ei ole korrektne arsti vastuvõttu juurde kodeerida. Eelnevaid argumente arvesse võttes, võiks hinnata, et teenuse hind on madalam, kui hetkel kirjeldatud.

Hinnanguline teenuse osutamise kordade arv aastas kokku 14 000–18 800. Võttes arvesse vähenevaid kulusid, on teenuse lisandumisel lisakulu ravikindlustuse eelarvele 109 374–172 082 eurot aastas.

#### **Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)**

Teenus oli arutusel 2020. aasta märtsikuus (vt tõenduse ülevaade). Tegemist on tänapäevase kornea seisundi hindamise tehnoloogiaga, mille valiidsuse hinnangud ebapiisavad. Tõendus on

nõrk/mõõdukas, kuid tuleb arvestada, et paremat tõendust tõenäoliselt ei tule. Eelmisel arutelul pööras komisjon tähelepanu, et erialaseltsiga tuleks kokku leppida, millistel juhtudel võiks rahastamine olla üle võetud haigekassa poolt. Lisaks tehti ettepanek, et erinevaid teenuseid võiks grupeerida. Tehnika areneb pidevalt ja igale seadmele eraldi teenuse loomine muudab TTL-i liiga detailseks.

Tänaseks on esitatud lisaandmed, kus diagnooside loetelu oli laiendatud. Kui esmalt taotleti H26-28 (katarakt ja muud läätse haigusseisundid), siis nüüd lisaks H16-19 (skleera ja kornea haigusseisundid), H25 (seniilkatarakt), H40 (glaukoom), H52 (Refraktsiooni- ja akommodatsioonihäired), Q12-13 (läätse ja silma eesstruktuuride kaasasündinud väärendid), Z96.1 (intraokulaarne läätis). Refraktsioonkirurgiat haigekassa ei finantseeri, mistõttu vastava operatsiooniga seotud uuringud haigekassa rahastamisele ei kuuluks, aga kui TTO-l on leping, tuleks rahastada kõik uuringud ja diagnoosikoodidega piiramine ei ole õigustatud.

Ekspert toetab. Eesmise segmendi topograafiline uuring võimaldab uurida sarvkesta ja läätse haigusseisundeid ja ka anatoomilisi iseärasusi, mis põhjustavad valguskiire valesuunalist levimist silmapõhja. Sagedasemad ehituslikud eripärad on refraktsioonihäired (müopia, hüperopia, astigmatism), haigustest keratokoonus, katarakt. Topograafiline uuring on vajalik operatsioonieelses (sarvkesta laserlõikused, katarakti lõikus) diagnostikas, samuti võimaldab postoperatiivselt jälgida silma optilist kvaliteeti (nt sarvkesta sutuuride pinget, kunstläätse orientatsiooni silmas). Topograafiline uuring on eelduseks premium-läätsedega lõikustele, et valida võimalikult sobiv kunstlääts. Teenus on patsiendile ohutu, vää- ja liigkasutamine ei ole tõenäolised. Lisaks toob ekspert näidustustena ka muud koodid, mis suures osas erinevad taotluses toodud H26-8-st: Z94.7 Sarvkesta siirik, H11.0; D31.1; C69.1 Erinevate hea- ja halvaloomuliste (nt pterüügium, limbaalne dermoidtsüst) kasvajaliste moodustiste jälgimine, H25 – H28 Läätse haigusseisundid, H53 Nägemishäired, H57 Pupilli funktsiooni häired. Ekspert nõustub, et tõendus on piiratud, kuid tegemist on standarduuringuga.

KTH:- teenuse piirhind 13 eurot, 4700 patsienti aastas, 2x2 juhtu aastas, kokku 18 000 korda, kuni 250 000 eurot aastas. Kulutõhusust ei hinnatud.

Kokkuvõttes laialdaselt kasutatav piiratud tõendusega uuring. Võiks kombineerida teiste analoogsete teenustega.

## **Diskussioon**

Tõstatus küsimus lisakulu tekkimise kohta ravikindlustuse eelarvele, kui uue teenuse hind on olemasoleva teenuse hinnast väiksem. Haigekassa selgitas, et esiteks tuleneb see sellest, et taotluse alusel on uus teenus ühe silma kohta ja kuna seda enamasti tehakse siiski kahele silmale, siis kodeeritakse seda kaks korda. Lisaks on uue teenuse prognoos suurem kui praegune kasutus.

Tekkis arutelu, kas igale oftalmoloogia uuringule peaks olema eraldi teenusekood või võiks osa tegevusi olla käsitletud vastuvõtu osana. Samas leiti, et kuna taotletavat teenust osutatakse juba praegu ja seejuures kasutatakse teisi loetelus olevaid koode, siis ei ole see korrektne ning lisaks ei saa sel juhul tekkida ka suurt lisakulu uue teenuse lisamisel. Täiendavalt toodi välja aspekt, et uue teenuse lisamisel on võimalik saada korrektset statistikat, mida tegelikult on patsiendile osutatud. Pannes seadmete maksumuse vastuvõtu hinna sisse võib kaduda ka motivatsioon seadmeid soetada.

Lisaks leiti, et antud teenuse puhul on oluline määrata diagnooside piirang vältimaks teenuse võimalikku ülekodeerimist. Antud teenus on väga spetsiifiline sarvkesta uuring, mida tehakse suuremates referentskeskustes. Osutades seda teenust mõnes väiksemas kliinikus on oht, et kogemuse puuduse tõttu ei osata uuringutulemusi tõlgendada, mistõttu saadetakse patsient ikkagi suuremasse raviasutusse ja teenust osutatakse korduvalt. Seega on oluline paika panna rakendustingimused teenuse liig-/väärkasutamise vältimiseks.

Lisaks toodi välja, et hetkel on silmauuringute teenusekirjeldustes ressursside kasutus üleprognoositud, mistõttu tuleks erialaseltsiga teenuste ressursikirjeldused uuesti läbi rääkida. Läbiv küsimus oli, kas oftalmoloogia uuringuid käsitleda ühe või kahe silma kohta ning leiti, et üldjuhul on tegemist siiski paarisuuringutega ning teenus peaks hõlmama mõlema silma uurimist. Lisaks toodi välja ettepanek ühendada kõik fotografeerimise/visualiseerimise teenused ühe teenuskoodi alla olenemata sellest,

millist silma osa uuritakse. Sellise teenuste konsolideerimise kaudu saaks loetelu detailsust vähendada. Komisjon teigi ettepaneku, et erialaseltsiga tuleks läbi arutada, millised teenused saaks konsolideerida ning milline peaks olema nende ressursikirjeldus ja hind.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab loetellu lisamist eraldi teenusena, kuid teeb ettepaneku võimalusel koondada sarnased teenused ühe teenuskoodi alla. Komisjon jätab teenuse rakendustingimused ja hinna haigekassa ja erialaseltsi vahelise arutelu teemaks. Komisjoni seisukoht on, et teenus peaks sisaldama mõlema silma uuringut.

### **Taotlus nr 1402 – Silma siserõhu mõõtmine**

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 04.03.2020.

### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Oftalmoloogide Selts

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärk on loetellu uue teenuse lisamine silma siserõhu mõõtmiseks. Silma siserõhu mõõtmiseks on vajalik eraldi aparatuuri olemasolu ja iga mõõtmisega kaasneb kulu, mis ei kajastu eriarsti esmase ega kordusvisiidi teenuse hinnas. Uus teenus hõlmab kõiki Eestis tänapäeval kasutatavad silma siserõhu mõõtmise meetodeid: aplanatsioon tonomeetria, mittekontakt tonomeetria ja rebound tonomeetria.

### **Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Teenus on kasutusel igapäevases oftalmoloogilises praktikas ning selle osutamine nõuab vastava aparatuuri olemasolu, väljaõpet, samuti õe ja arsti omavahelist koostööd. Glaukoom on maailmas juhtival kohal pimesuse põhjustajana. Haiguse progresseerudes tekib pöördumatu nägemisteravuse langus ja vaateväljade ahenemine. Glaukoomi tekke riskifaktoritest on silma siserõhk ainus muudetav suurus. Seetõttu on korrektne ja õigeaegne nimetatud väärtuse määramine oluline.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Kulutõhusust ei hinnatud. Kuluarvestuse alusel on taotletava teenuse piirhind 11,36 eurot, taotleja ettepanek on koostada teenuse kirjeldus ühe silma kohta. Kuna taotluses on välja toodud, et enamasti teostatakse silma siserõhu mõõtmine mõlemale silmale, siis tõstatub küsimus, kas teenus võiks olla kirjeldatud kahe silma kohta, arvestades, et uuringu ettevalmistus, tulemuste analüüsimine ning selgitamine patsiendile oleks ühine aeg. Hetkel kirjeldatu alusel kajastuks see osa teenusest topelt, kui kodeerida teenus mõlema silma kohta eraldi. Samuti on taotluses esile toodud, et teenusega koos kodeeritakse raviarvele arsti esmane või korduv vastuvõtt. Kirjelduse alusel on teenuse aja sisse arvestatud ka tulemuste interpreteerimine ja selgitamine patsiendile. Need tegevused peaks kuuluma vastuvõtu aja sisse. Kui teenus kodeeritakse koos vastuvõtuga, siis oleks vastavat aega kirjeldatud topelt. Seetõttu oleks korrektne, et kui teenusele kodeeritakse alati juurde arsti vastuvõtt, siis tulemuste interpreteerimise ja patsiendile selgitamise aeg arvestatakse uuringu kirjeldusest välja ja uuringu teenus sisaldaks ainult uuringu läbiviimise aega. Kui tulemuste interpreteerimine ja selgitamine patsiendile jäävad uuringu kirjelduse sisse, siis ei ole korrektne arsti vastuvõttu juurde kodeerida. Võttes arvesse silmarõhu mõõtmise tavapraktikat tõstatub küsimus, kas rõhu mõõtmise viivad alati läbi arst ja õde koos või toimub rõhu mõõtmine enamasti ühe personali liikme poolt. Eelnevaid argumente arvesse võttes, võiks hinnata, et teenuse hind on madalam, kui hetkel kirjeldatud.

Hinnanguline teenuse osutamise kordade arv aastas kokku on 410 000. Uue teenuse lisakulu on 4,7 miljonit eurot aastas.

### **Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)**

Teenus oli arutusel märtsis 2020 (vt tõendus). Tegemist on tavapraktikas rutiinselt kasutatava diagnostilise meetodiga, mille tõenduse tase väga madal. Kasutatakse glaukoomi, vigastuste ja põletike korral. Ravijuhised annavad tugeva soovitusel glaukoomi käsitluses vaatamata nõrgale tõendusele. Taotluse alusel ei sisaldu vajalik aparatuur vastuvõtu hinnas. Eelmisel arutelul kaaluti, kas vajaliku aparatuuri maksumus võiks olla arvestatud silmaarsti vastuvõtu hinna sisse. Kuna erinevaid uuringuid silmaarsti vastuvõtul on palju, tõstus küsimus, kas silmaarstidel peaks TTLs olema erialapõhine vastuvõtu kood. Paluti ekspertarvamust, sh küsiti, kas oleks mõistlik teenus liita silmaarsti vastuvõtuga või peaks see olema eraldi teenusena. Lisaks paluti täpsustada, mitmel protsendil vastuvõttudest kaasneb silma siserõhu mõõtmine. Koostada eelarvemõju hinnang, arvestades kui lisanduks eraldi teenusena. Kulutõhususe hinnangu koostamine ei ole vajalik.

Ekspert toetab, toob välja kaks RCTd, kus hinnati silma siserõhu langetamise efektiivsust ja koos vajadusega siserõhku regulaarselt hinnata nii suurenenud kui vähenenud siserõhu korral. Lisatud ka kaks ühekeskusest avatud võrdlusuuringut, kus hinnati erinevate tonomeetrite korrelatsiooni. Samuti toodi uuesti ära Euroopa Glaukoomi ravijuhis, kus mõõtmiseks kasutusel Goldmanni aplanatsioonomeetrit, mis on referentsstandard: 1 (tugev soovitus), D (very low quality evidence), lisaks dynamic contour, non-contact, ocular response analyzer, Ocuton S, pneumo, rebound, toco-pen, transpalpebral (kõik kas 1D või 2C). Siserõhku mõõdetakse 60% vastuvõtule pöördujatest ehk 200 000 juhul aastas.

KTH: kulu 11,4 eurot, 410 000 korda aastas, kokku 4,7 miljonit eurot aastas. Kulutõhusust ei hinnatud. Kokkuvõttes standarduuring, mille tõendus piiratud, aga kasutatakse 60% vastuvõttudest.

### **Diskussioon**

Arutleti, et tänapäeval on suund pigem sinna, et kõigile esmastele patsientidele teostatakse silma siserõhu mõõtmist ning seda tehakse korraga mõlemale silmale. Olenevalt vastuvõtule pöördumise põhjusest võidakse silmasisest rõhku mõõta mitu korda ühe vastuvõtu jooksul, mistõttu ei ole mõistlik selle kordades kodeerimine ühe vastuvõtu kohta. Võrdlusena võib tuua kardioloogi juures vererõhu mõõtmise, kus samuti ei kodeerita teenust eraldi juurde. Eelnevalt tulenevalt leidis komisjon, et antud teenust tuleks käsitleda vastuvõtu osana ning kulu peaks sisalduma vastuvõtu hinnas. Lisaks toodi välja, et Goldmann'i meetodil mõõtmist peetakse kuldstandardiks silma siserõhu mõõtmisel, teised meetodid on mõeldud pigem kiireks skriininguks.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon ei toeta loetellu lisamist eraldi teenusena ja teeb ettepaneku teenust käsitleda vastuvõtu osana.

### **Taotlus nr 1408 – Silma optiline biomeetria ja kunstläätse tugevuse kalkulatsioon**

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 04.03.2020.

### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Oftalmoloogide Selts

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärk on lisada loetellu uus teenus – silma optiline biomeetria ja kunstläätse tugevuse kalkulatsioon. Analüüsitud biomeetrilisi väljundandmeid kasutatakse erinevate silmasiseste refraktiivsete operatsioonide planeerimisel ning läbiviimisel. Käesoleval ajal kasutatakse biomeetriliste andmete mõõtmise ja analüüsi kodeerimiseks silma ultrahelikoodi (6004). Kuna ultraheli võimaldab teostada biomeetria andmete osalist mõõtmist (puudub keratomeetria võimalus) ja andmetöötlust, on kontaktmeetod ajamahukam kui planeeritav uus teenus. Igapäevaselt on kliinikutes kasutusel mittekontaktsete optiliste biomeetrid, mis ei põhine ultrahelilaine mõõtmisprintsipiil.

Meditsiinilised näidustused:

- läätsse haigusseisundid;
- kunstläätsse haigusseisundid;

- afaakiline haigusseisund;
- eesmise segmendi muud haigusseisundid;
- refraktsioonihäired.

### **Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Optilise biomeetria näidustused on läätsse haigusseisundid, kunstläätsse haigusseisundid, afaakilised seisundid, eesmise segmendi haigusseisundid, silma refraktsioonihäired. Uuring on kataraktioperatsiooni või muu läätsse või kunstläätssega seotud operatsiooni lahutamatu osa. Samuti on biomeetria vajalik silma soonkesta kasvajate kiiritusravi planeerimisel. Tulemuslikkus: erinevate andmete põhjal optilise biomeetria kasutamine parandas oluliselt katarakti operatsiooni refraktiivset tulemust ( $\pm 0.5D$  61.2% patsientidest vs 42.3% ultraheli uuringu grupiga, ja  $\pm 1.0D$  87.4% biomeetria grupp vs 77.5% ultraheli grupp). Optiline biomeetria on ohutu mittekontaktne uurimismeetod.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Kulutõhusust ei hinnatud. Kuluarvestuse alusel on taotletava teenuse piirhind 17,37 eurot. Kuna taotluses ei ole eraldi välja toodud, et kirjeldus on ühe silma uuringu kohta, siis on arvestatud, et uuring on kahe silma kohta. Taotluses on esile toodud, et teenusega koos kodeeritakse raviarvele arsti esmane või korduv vastuvõtt. Kirjelduse alusel on teenuse aja sisse arvestatud ka tulemuste interpreteerimine ja selgitamine patsiendile. Need tegevused peaks kuuluma vastuvõtu aja sisse. Kui teenus kodeeritakse koos vastuvõtuga, siis oleks vastavat aega kirjeldatud topelt. Seetõttu oleks korrektne, et kui teenusele kodeeritakse alati juurde arsti vastuvõtt, siis tulemuste interpreteerimise ja patsiendile selgitamise aeg arvestatakse uuringu kirjeldusest välja ja uuringu teenus sisaldaks ainult uuringu läbiviimise aega. Kui tulemuste interpreteerimine ja selgitamine patsiendile jäävad uuringu kirjelduse sisse, siis ei ole korrektne arsti vastuvõttu juurde kodeerida.

Uue teenuse prognoos on 27 116 teenuse korda aastas. Võttes arvesse vähenevaid kulusid, tekib uue teenuse lisandumisel sääst ravikindlustuse eelarvele 85 414 eurot aastas.

### **Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)**

Taotlus oli arutusel märtsis 2020 (vt tõenduse ülevaade). Silma optiline biomeetria (OB) on protsess, kus hinnatakse erinevaid silma karakteristikuid (aksiaalne pikkus, keratomeetria ja eeskambri sügavus) enne kunstläätsse implanteerimist katarakti korral, võimaldab määrata kunstläätsse tugevuse. Kataraktikirurgias kasutusel viimase 20 aasta jooksul, kuldne standard kunstläätsse tugevuse määramiseks. Optilised biomeetrid on kliinikutes kasutusel, kuid täna kodeeritakse teenus silma ultraheli (UH) (6004) alla. UH biomeetria (kasutusel varem) katab osa optilise biomeetria funktsioone (silma eeskambri pikkuse või läätsse tugevuse hindamine), kuid ei võimalda näit keratomeetriat (kornea välispinna kumeruse hindamine).

Uuringutest selgus, et OB ja UH biomeetria tulemused kataraktihaigetel korreleerusid (tõendus mõõdukas-nõrk). Ameerika Oftalmoloogia Assotsiatsiooni 2017. aasta katarakti ravijuhistes tugev soovitus nõrga tõenduse baasil: biomeetria ja intraokulaarse läätsse tugevuse hindamine on esmase tähtsusega sobiva läätsse valikul ja postoperatiivse refraktsiooni saavutamisel (3 (juhuseerid – nõrk tõendus), tugev soovitus), kasutatakse nii UH kui optilist biomeetriat.

Eelmisel arutelul leiti, et uuringute alusel on esitatud uuringute tulemused statistiliselt olulised, kuid kliiniliselt ebaolulised. Tõstatas küsimus, kas peab olema eraldi teenus või on võimalik koondada sarnaste uuringutega üheks teenuseks. Kasutuse prognoos 5600 aastas, st kõik lepingujärgsed kataraktihaiged. Kasutuse prognoos sõltub lepingu mahust. Uusi ravijuhte teenuse tõttu ei lisandu, kuna asendab ultraheli koodi.

Ekspert toetab. Optiline biomeetria on tähtsaim uuring, mis tehakse enne katarakti operatsiooni. Täna standardmeetod. Samuti on näidustusteks keratokoonus, sarvkesta hägused, silma afaakilised seisundid, kunstläätsse haigusseisundid, refraktsioonihäired. Optiline biomeetria uuring asendab teenust 6004 (silma ultraheliuuring) ainult osaliselt, ca 95% juhtudest. Teenusel 6004 on aga teisi, katarakti operatsiooniga mitteseonduvaid näidustusi. Ekspert toob ära ka lisauuringu:

1. Nemeth, et al 2003 prospektiivne avatud võrdlusuuring (n=255 silma), kus hinnati erinevate instrumentide (IOL Master optiline biomeetria by Carl Zeiss ja võrdluseks ultraheli Alcon) diagnostilist

täpsust ja kasutatavust silma aksiaalpikkuse ja eeskambri sügavuse hindamiseks läätse valikul. Mõõtmise õnnestus >80% juhtudest, IOL näitas suuremat aksiaalpikkust ja eeskambri sügavust. Järeldati, et läätse tugevuse hindamine OB abil on kerge ja täpne. Tõendus nõrk-mõõdukas.

KTH: kulu 17,4 eurot. Seni kodeeritud 6004 Silma ultraheli, kui see väheneb, on eelarvemõju 85 000 eurot. Kulutõhusust ei hinnatud.

Kokkuvõttes mõõduka-nõrga tõendusega standardmeetod enne kataraktikirurgiat, lisanduvad ka muud näidustused ca 5% kasutusest (silma soonkesta kasvajate kiiritusravi planeerimine). Kasutuse prognoos 5600 aastas, st kõik lepingujärgsed kataraktihaiged. Prognoos sõltub lepingu mahust. Uusi ravijuhte teenuse tõttu ei lisandu, kuna asendab ultraheli koodi (6004). Soovitakse eraldiseisvat teenust.

### **Diskussioon**

Komisjon tõdes, et kuna tegemist on olulise uuringuga, mille lisamisel tekib sääst ravikindlustuse eelarvele, võiks selle loetellu lisamist toetada. Toodi välja, et ressursikulu teenuses on ülehinnatud. Komisjon teeb ettepaneku selles osas erialaseltsiga läbi rääkida.

Tõstatus küsimus, kuna tegemist on kunstläätse paigaldamisele minevale patsiendile osutatava standarduuringuga, siis kas see võiks olla arvestatud operatsiooni hinna sisse. Ühelt poolt toodi välja, et kuna taotletava teenuse osutamine ei pruugi toimuda samal ajal ja samas ravisutuses, kus viiakse läbi operatsioon, siis ei saa uuringu kulu sisaldada operatsiooni hinnas. Teiselt poolt toodi välja, et mõõtmise ja otsuse, milline lääts patsiendile panna, teeb opereeriv kirurg, mistõttu toimub uuring üldjuhul ikkagi selles ravisutuses, kus toimub ka operatsioon, seega ei tohiks kujuneda probleemiks uuringu lisamine operatsiooni maksumusse. Samas arutati ka seda, et teenuse kasutamise potentsiaal on laiem.

Lisaks oli arutlusel, kas taotletavat teenust oleks võimalik liita mõne loetelus olemasoleva teenusega ja jõuti järeldusele, et kui, siis ainult ultraheliga, kuid toodi välja, et tegemist on siiski väga spetsiifilise diagnostikaga.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab teenuse loetellu lisamist, kuid teeb ettepaneku konsulteerida erialaseltsiga, kas teenust oleks võimalik liita mõne teise teenusega või arvestada teenuse kulu operatsiooni hinna sisse. Komisjoni seisukoht on, et üks teenuse kord sisaldab mõlema silma uuringut.

### **Taotlus nr 1410 – Pisarakihi osmolaarsuse mõõtmine**

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 04.03.2020.

### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Oftalmoloogide Selts

*Taotluse sisu:* Taotlus eesmärgiks on lisada teenuste nimekirja uus teenus – pisarakihi osmolaarsuse mõõtmine. Teadusuuringud ja diagnostika/ravi juhendeid nimetavad pisarakihi osmolaarsust kõige paremaks kuiva silma diagnoosimise ja klassifitseerimise testiks. Teenus on näidustatud kuiva silma sündroomi diagnoosimiseks ja haiguse kulu ning raviefekti jälgimiseks. Taotluse koostamise aluseks on oftalmoloogia eriala teenuste nimekirja kaasajastamine.

### **Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Pisarakihi osmolaarsuse mõõtmise meditsiiniliseks näidustuseks on taotluses märgitud kuiva silma sündroom, selle diagnoosimine, haiguse kulu ja raviefekti jälgimine. Pisarakihi osmolaarsuse mõõtmine kuiva silma sündroomiga patsientidel ei ole hetkel Eestis rutiinselt kasutusel. See nõuab spetsiaalset seadet ja ühekordseid kiipe, mis teeb testi üsna kulukaks.

Kuiva silma sündroomi sümptomid ja kliiniline pilt ei pruugi olla omavahel vastavuses, mistõttu on olnud vajadus objektiivselt mõõdetava näitaja järele. On pakutud, et pisarakihi osmolaarsusest võiks saada kuiva silma sündroomi diagnostika nn. kuldne standard.

Olemasolevate andmete põhjal ei soovitata siiski kuiva silma sündroomi diagnoosimisel, raskuse määramisel ja raviefekti hindamisel lähtuda ainult pisarakihi osmolaarsusest, vaid kasutada samaaegselt ka teisi nn. klassikalisi kuiva silma diagnostilisi meetodeid (*Ocular Surface Disease Index* küsimustik, *Schirmer*'i test, *Tear Break-Up Time*, silmapinna värvumine, Meibomi näärmete hindamine jt). Uuemad kuiva silma diagnostikas kasutatavad meetodid, nagu ka pisarakihi osmolaarsuse mõõtmine, vajavad täiendavaid kliinilisi uuringuid tõestamiseks nende tugevust eraldi või koos teiste testidega.

Taotluses ära toodud *Tear Film and Ocular Surface Society Dry Eye Workshop*-i poolt koostatud kuiva silma sündroomi diagnostika juhendis ei ole pisarakihi osmolaarsust vaja tingimata mõõta. *American Society of Cataract and Refractive Surgery* diagnostika juhendis soovitatakse preoperatiivselt kuiva silma sündroomi või muu silma pinna patoloogia kahtlusel määrata nii pisarakihi osmolaarsus kui põletikumarker MMP-9, et vältida postoperatiivseid komplikatsioone.

Pisarakihi osmolaarsuse mõõtmine on lihtne protseduur, mida vastava väljaõppe saamisel on võimeline teostama ka õde.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Lemp et al 2011 on uuringus võrreldi erinevaid kuiva silma sündroomi diagnoosimise meetodeid, sh osmolaarsuse mõõtmine ja *Schirmer*'i test. Uuringu tulemusel oli osmolaarsuse mõõtmise sensitiivsus sarnane *Schirmer*'i testiga (72,8% vs 79,5%) ning spetsiifilisus parem (92,0% vs 50,7%). Võrreldes nende kahe testi hindu, siis osmolaarsuse mõõtmisel on ühe silma uurimiseks vajaliku seadmete ja materjali kulu 9,63 eurot ja *Schirmer*'i testi materjali kulu 0,29 eurot.

Kuluarvestuse alusel on taotletava teenuse piirhind 20,98 eurot, taotleja ettepanek on koostada teenuse kirjeldus ühe silma kohta. Kuna taotluses on välja toodud, et enamasti teostatakse uuring mõlemale silmale, siis tõstatub küsimus, kas teenus võiks olla kirjeldatud kahe silma kohta, arvestades, et uuringu ettevalmistus, tulemuste analüüsimine ning selgitamine patsiendile oleks ühine aeg. Hetkel kirjeldatu alusel kajastuks see osa teenusest topelt, kui kodeerida teenus mõlema silma kohta eraldi. Meditsiinilise tõendus põhise hinnangus on välja toodud, et pisarakihi osmolaarsuse mõõtmine on lihtne protseduur, mida vastava väljaõppe saamisel on võimeline teostama ka õde, tõstatades küsimuse, kas teenust peavad läbi viima arst ja õde koos. Eelnevaid argumente arvesse võttes, võiks hinnata, et teenuse hind on madalam, kui hetkel kirjeldatud.

Hinnanguline teenuse osutamise kordade arv aastas kokku 550–1210. Võttes arvesse vähenevaid kulusid, on teenuse lisandumisel lisakulu ravikindlustuse eelarvele 10 191–24 038 eurot aastas.

### **Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)**

Teenus oli arutlusel märtsis 2020 (vt tõendus). Kasutatakse kuiva silma diagnoosimiseks ja raviefekti jälgimiseks. Kuiva silma sündroomiga haigetel on pisarakihi ebapiisav ja silmavedeliku osmolaarsus suureneb. Pisarate hüperosmolaarsus võib tekitada sarvkesta põletikku, mis omakorda vähendab pisarate produktsiooni. Seega on tegemist patogeneetiliselt olulise kuiva silma sündroomi põhjusega. Osmolaarsuse hindamiseks on ühekordne test, tegemist ambulatoorse meetodiga. Osmolaarsuse hindamiseks puudub standardtest, uuringutes on taotletava meetodi valiidsust hinnatud võrdlusele komposiitindeksiga, tõenduse tase nõrk-mõõdukas: prospektiivsetes uuringutes sensitiivsus 70%, korrelatsioon teiste meetoditega 0,5, metanalüüsis sensitiivsus 59%. Uuringute metoodikat raske hinnata. 2017. aasta TFOS DEWS II ravijuhis (*Tear Film & Ocular Surface Society Dry Eye Workshop*, rahvusvaheline konsensusdokument) toob meetodi teiste seas ära, tõenduse ega soovitusetaset ei hinnata. Eelmisel arutelul leiti, et meetod ei ole sensitiivne ega spetsiifiline. Tõstatus küsimus, kas peab olema eraldi teenusena.

Ekspert on suhteliselt kriitiline ja toob välja, et erinevate uuringute andmetel osmolaarsuse tulemused varieeruvad, meetodi valiidsus on madal (sensitiivsus 59% metanalüüsil), suur osa uuringutest sh TFOS DEWS ravijuhised on mõjutatud TearLabi tootjafirma poolt. Toob välja ka uue uuringu *Nature Scientific Reports* ajakirjas:

1. Tashabajev, et al 2020 osmolaarsuse hindamise kasulikkus kuiva silma sündroomi diagnoosimisel (n=757 patsienti, 1514 silma kuiva silma sündroomiga, 29 kontrolli), kus võrreldi erinevaid meetodeid (*Ocular Surface Disease Index* questionnaire, *Tear film break-up time*, *Ocular Protection Index*, *Ocular Surface Staining*, *Schirmer I test*, *Meibomian gland functionality*). Selgus, et osmolaarsuse hindamisel (cut-off >308 mOsmol/l) ei esinenud erinevust kuiva silma rühma ja tervete kontrollide vahel. Järeldati,



et pisarate osmolaarsuse hindamine TearLabi osmomeetriga ei ole kasutatav kuiva silma diagnoosimisel võtmeindikaatorina.

Olemasolevate andmete põhjal ei soovita ekspert kuiva silma sündroomi diagnoosimisel, raskuse määramisel ja raviefekti hindamisel lähtuda ainult pisarakihi osmolaarsusest, vaid kasutada samaaegselt ka teisi nn. klassikalisi kuiva silma diagnostilisi meetodeid (Ocular Surface Disease Index küsimustik, Schirmeri test, Tear Break-Up Time, silmapinna värvumine, Meibomi näärmete hindamine jt). Uuemad kuiva silma diagnostikas kasutatavad meetodid, nagu pisarakihi osmolaarsuse mõõtmine, vajavad täiendavaid kliinilisi uuringuid tõestamiseks nende tugevust eraldi või koos teiste testidega. Taotluses ära toodud Tear Film and Ocular Surface Society Dry Eye Workshop-i poolt koostatud kuiva silma sündroomi diagnostika juhendis ei ole pisarakihi osmolaarsust vaja tingimata mõõta. American Society of Cataract and Refractive Surgery diagnostika juhendis soovitatakse preoperatiivselt kuiva silma sündroomi või muu silma pinna patoloogia kahtlusel määrata nii pisarakihi osmolaarsus kui põletikumarker MMP-9, et vältida postoperatiivseid komplikatsioone.

Taotleja kirjutab haiguse iseloomustuses, et sõltuvalt uuritavast populatsioonist on kuiva silma sündroomi esinemissagedus 5-50% ning kuiva silma sündroomi sümptomeid esineb kuni 75% inimestest. Seega patsientide hulk, kellel pisarakihi osmolaarsuse mõõtmine oleks näidustatud, on üsna suur. Kuna pisarakihi osmolaarsust määratakse nii kuiva silma sündroomi diagnoosimisel kui ka raviefekti hindamisel, siis oleks ühel patsiendil näidustatud korduvad mõõtmised. Taotleja toob välja, et 2018. aastal oli kuiva silma sündroomi diagnoosina H04.1 ära toodud 2131 isikul. Võimalik, et need on ainult patsiendid, kellel esineb raskekujulisem kuiva silma sündroom. Taotleja poolt on märgitud osmomeetri hinnaks umbes 1000 eurot, seega on seda võimelised soetama nii kliinikud kui väiksemad vastuvõtjad. Teenuse kättesaadavuse paranedes kasvaks ilmselt aasta-aastalt ka teenust saavate patsientide hulk. Kui uuringut rahastatakse, peaks see olema iseseisev uuring, teiste teenustega siduda ei saa.

KTH: kulu 21eurot, 550 patsienti, 1,1 juhtu inimese kohta, kui 2 silma, siis 1200 juhtu, patsientide arv suureneb, lisakulu 25 000 eurot aastas. Kulutõhusust ei hinnatud.

Kokkuvõttes madala valiidsusega suhteliselt kallis meetod. Täna tavapraktikas ei kasutata.

## **Diskussioon**

Toodi välja, et silma kuivuse diagnoosiga patsiente on kindlasti rohkem, kui taotluses on välja toodud. Samal ajal on diagnoosimiseks olemas odavamaid ja sama tulemuslikke meetodeid ning ravi uuringu läbiviimise meetodist tulenevalt oluliselt ei muutu. Seetõttu tehti ettepanek jääda meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu andnud eksperdiga samale arvamusele ehk teenuse loetellu lisamise taotlust mitte toetada.

## **Komisjoni arvamus**

Komisjon ei toeta taotluse rahuldamist.

## **Taotlus nr 1412 – Silma eesmise segmendi struktuuri uuringud**

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 04.03.2020.

## **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Oftalmoloogide Selts

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärgiks on lisada loetellu uus teenus – silma eesmise segmendi struktuuri uuringud. Teenus hõlmaks mitteinvasiivseid silma eesmise segmendi uurimismeetodeid konfokaalne mikroskoopia ja spekuarne mikroskoopia. Konfokaalset mikroskoopiat ning spekuarset mikroskoopiat kasutatakse erinevate silma eesmise segmendi kudede, eelkõige sarvkesta ning vähemal määral ka konjunktiiviga haiguste diagnostikas ning jälgimises. Kõige sagedamini kasutatakse neid uuringuid düstroofiate ja infektsioonide diagnostikas. Lisaks on vastavad meetodid kasutusel ka silmaoperatsioonide planeerimisel ning postoperatiivsel jälgimisel.

### **Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Uus teenus omab Eesti ja maailmakogemusele tuginedes usaldusväärset ohutut diagnostilist väärtust mainitud näidustuste diagnostikas. Samaväärsed ja odavamad alternatiivsed tehnilised lahendused silma eesmise segmendi diagnostikaks puuduvad. Nii konfokaalne kui ka spekuarne mikroskoopia on ravijuhistes kajastatud vastavate näidustuste diagnostikas. Tervishoiuteenuse ohutuks ja optimaalseks kasutamiseks ei ole vaja sätestada kohaldamise tingimusi.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Kulutõhusust ei hinnatud. Kuluarvestuse alusel on taotletava teenuse piirhind 35,30 eurot. Kuna taotluses ei ole eraldi välja toodud, et kirjeldus on ühe silma uuringu kohta, siis on arvestatud, et uuring on kahe silma kohta. Kuna taotluses ei ole välja toodud, millises osakaalus spekuarset ja konfokaalset mikroskoopi teenuse osutamisel kasutatakse, on hetkel teenuse hinna arvutamisel arvestatud 50% osakaalu mõlema seadme kohta. Samas võttes arvesse, et taotluse esitajale teadaolevalt on konfokaalne mikroskoop hetkel kasutuses ainult Tartu Ülikooli Kliinikumis, siis võiks selle osakaal olla väiksem ja spekuarset mikroskoobi osakaal suurem. Arvestades, et spekuarset mikroskoobi hind on odavam kui konfokaalsel, siis osakaalude muutmisel muutub teenuse hind odavamaks. Osakaalud on vajalik täpsustada erialaseltsiga nüüdisajastamise raames. Samuti on teenuse hinna arvutamisel arvestatud ühekordsete materjalide puhul osakaalu 50%, kuna vajalikud ühekordsed materjalid (TomoCap, silmatilgad/-geel) lisanduvad ainult konfokaalse mikroskoobi kasutamise korral. Osakaal on arvestatud sarnaselt seadme kasutamise osakaaluga ning on samuti vajalik üle täpsustada nüüdisajastamise raames. Eelnevaid argumente arvesse võttes, võiks hinnata, et teenuse hind on madalam kui hetkel kirjeldatud. Hinnanguline teenuse osutamise kordade arv aastas 1500–2250. Võttes arvesse vähenevaid kulusid, on teenuse lisandumisel lisakulu ravikindlustuse eelarvele 21 463–47 937 eurot aastas.

### **Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)**

Teenus oli arutusel 2020. aasta märtsis (vt tõendus). Kasutatakse sarvkesta haiguste (düstroofiad ja infektsioonid) diagnostikas ja jälgimisel, silmaoperatsioonide plaanimisel ja jälgimisel. Võimaldavad uurida muutusi kornea endoteeli raku tasemel in vivo. Teenused on kasutusel 10 aastat (TÜK), kuid ei ole eraldi kodeeritud. Kodeeritakse silma eesosa optilise koherentse tomograafia alla (7269). Jälgimisuuringutes sensitiivsus akantamööbkeratiidi diagnoosimisel (võrreldes külviga) 88-100%, spetsiifilisus madalam (78-91%), täpsus (interobserver ja test-retest reliability) 0,6-0,8 (mõõdukas). Ravijuhised toovad meetodi ära ilma tõenduse ja soovitus hinnanguteta.

Ekspert toetab: Taotluses esitatud väited spekuarset ja konfokaalse mikroskoopia kasutamise kohta on korrektsed ja asjakohased. Uus teenus omab Eesti ja maailmakogemusele tuginedes usaldusväärset diagnostilist väärtust mainitud näidustuste diagnostikas. Samaväärsed ja odavamad alternatiivsed tehnilised lahendused silma eesmise segmendi diagnostikaks puuduvad. Nii konfokaalne kui ka spekuarne mikroskoopia on ravijuhistes kajastatud vastavate näidustuste diagnostikas. Tervishoiuteenuse ohutuks ja optimaalseks kasutamiseks ei ole vaja sätestada kohaldamise tingimusi.

KTH: kulu 35 eurot, 2200 korda aastas, hetkel kodeeritakse Silma eesosa optiline koherentne tomograafia (kood 7269, 22,28 eurot), kui see väheneb, siis lisakulu 48 000 eurot aastas. Kulutõhusust ei hinnatud.

Kokkuvõttes tavapraktikas teise koodi all kasutatav mõõduka tõendusega piiratud valiidsusega teenus, millel on roll sarvkesta haiguste (düstroofiad ja infektsioonid) diagnostikas ja jälgimisel, silmaoperatsioonide plaanimisel ja jälgimisel.

### **Diskussioon**

Arutleti, et kuna tegemist on samuti ühe visualiseerimise meetodiga, siis võiks kaaluda koondamist teiste sarnaste teenustega ühe teenuskoodi alla. Lisaks toodi seda toetava aspektina välja, et konfokaalset mikroskoopiati tehakse vaid referentshaiglates keerulise diagnoosiga patsientidel. Olulise punktina märgiti lisaks, et ka antud teenuse puhul teostatakse uuring võrdlevast aspektist mõlemale silmale ja teenust tuleks käsitleda mõlema silma kohta kokku. Arutleti, et kuigi tõendus on pigem

nõrk/mõõdukas, siis väikesest eelarvemõjust tulenevalt võiks siiski teenuse loetellu lisamist toetada ning võimalusel teiste sarnaste teenustega kokku liita.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab loetellu lisamist eraldi teenusena, kuid võimalusel koondada visualiseerivate uuringute alla. Komisjoni seisukoht on, et üks teenuse kord sisaldab mõlema silma uuringut.

### **Taotlus nr 1413 – Nägemistaju testid**

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 04.03.2020.

### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Oftalmoloogide Selts

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärgiks on lisada loetellu uus teenus – nägemistaju testid. Teenus hõlmab mitteinvasiivseid nägemistaju uurimis- ja hindamismeetodeid – värvi-, kontrasti- ja ruumitaju uurimist. Meditsiinilised näidustused:

- värvitaju häirete diagnostika;
- kontrastitajuhäirete põhjuste diagnostika (nägemisnärv kahjustused, võrkkesta haigused, läätse haigusseisundid);
- erinevate binokulaarse nägemishäirete (strabism, amblüopia, stereonägemine) diagnostika.

### **Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Taotletavad teenused on vajalikud laste nägemise skriinimiseks ja varajase amblüopia ja strabismi diagnoosimiseks. Samuti glaukoomi, AMD ja nägemisnärv patoloogiate kahjustuse sügavuse hindamisel ning ravi efektiivsuse jälgimisel. Kõik taotletavad teenused on ohutud, kuna pole invasiivsed ja tüsistused puuduvad. Teenuste osutamiseks vajalike vahendite soetamine ei ole kulukas ning teenuse osutamiseks vajalik väljaõpe ei ole ajamahukas.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Kulutõhusust ei hinnatud. Kuluarvestuse alusel on taotletava teenuse piirhind 11,39 eurot. Taotluses on esile toodud, et teenusega koos kodeeritakse raviarvele arsti esmane või korduv vastuvõtt. Kirjelduse alusel on teenuse aja sisse arvestatud ka tulemuste interpreteerimine ja selgitamine patsiendile. Need tegevused peaks kuuluma vastuvõtu aja sisse. Kui teenus kodeeritakse koos vastuvõtuga, siis oleks vastavat aega kirjeldatud topelt. Seetõttu oleks korrektne, et kui teenusele kodeeritakse alati juurde arsti vastuvõtt, siis tulemuste interpreteerimise ja patsiendile selgitamise aeg arvestatakse uuringu kirjeldusest välja ja uuringu teenus sisaldaks ainult uuringu läbiviimise aega. Kui tulemuste interpreteerimine ja selgitamine patsiendile jäävad uuringu kirjelduse sisse, siis ei ole korrektne arsti vastuvõttu juurde kodeerida.

Hinnanguline teenuse osutamise kordade arv aastas 7252–7800. Võttes arvesse vähenevaid kulusid, võiks teenuse lisandumisel lisakulu ravikindlustuse eelarvele olla vahemikus 17 261–77 747 eurot aastas.

### **Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)**

Teenus oli arutusel märtsis 2020 (vt tõendus). Näidustuseks värvitaju häirete diagnostika, kontrastitaju häirete põhjuste diagnostika, nägemisnärv kahjustused, võrkkesta haigused (diabeetiline retinopaatia), läätse haigusseisundid (katarakt), glaukoom, erinevate binokulaarse nägemishäirete (strabism, amblüopia, stereonägemine) diagnostika. Kasutusel >15 aasta, piirkondlike haiglate silmaarstid, ITK, SA TÜK, IVKH, erakliinikud. Seni kodeeritud astigmatiliste või prismaprillide määramise (7251) ja silmade refraktsiooni uurimise autorefraktomeetri abil (7267) alla. Andmeid uuringute ja ravijuhendite kohta ei toodud.

Ekspert lisab näidustele strabismi operatsiooni järgse nägemisfunktsiooni hindamise ning enneaegsete laste nägemistaju jälgimise ning täiskasvanud patsientide osas võrkkesta irdumise tõttu operatiivse ravi läbinud patsientide nägemistaju hindamise peale operatsiooni. Taotletavad teenused on tõestanud oma olulisust juba pikaajalise kliinilise kasutamise erinevate silmahaiguste diagnoosimisel ja ravitulemuste hindamisel (amblüopia, strabism, glaukoom, AMD). Lisaks on kõik nimetatud uuringud olulised ka neurooftalmoloogiliste patsientide käsitlemisel nii haiguste diagnoosimisel (nt. optikusneuriit, scleros multiplex) kui ka ravimite kõrvaltoimete hindamisel.

Ekspert toob ära ka uuringud:

1. Ancona, et al 2014 stereotestide (4 testi) läbilõikeline ühekeskuseline võrdlusuuring strabismi diagnoosimiseks (n=143, sh strabismiga ja terved kontrollid). Langi stereotesti sensitiivsus strabismile 89% ja spetsiifilisus 95%, aga statistilist erinevust testide vahel ei olnud. Järeldati, et Langi test sobib strabismi skriininguks. Tõendus nõrk.

2. Vemala et al 2012 ARVO annual meeting abstract: varane värvitaju kao diagnoosimine vanusest sõltuva makulopaatia korral Color Assessment and Diagnosis (CAD) testi abil (n=40, läbilõikeline uuring). Kuigi patsiendid olid asümptoomsed, oli värvitaju langenud (22% kerge, 42% keskmine, 10% raske ja 42% väga raske langus – kokku 116%). Järeldati, et maakula degeneratsioonil värvitaju väheneb. Tõendus väga madal.

3. Koefoed, et al 2014 kontrastitaju võrdlusuuring noortel tervetel täiskasvanutel referentsväärtuste määramise eesmärgil (n=180). Testide referentsväärtused kattusid.

Ravijuhiste kohta: ametlikes ravijuhistes ei ole eraldi välja toodud antud teenuseid, kuid kliinilise praktika alusel on kõik kolm teenust rutiinselt kasutatavad ja soovitatavad. Laste amblüopia ravi ja jälgimise osas ei ole maailmas ühtseid ravijuhiseid, kuid kõik soovituslikud juhised peavad ravi efektiivsuse hindamisel oluliseks binokulaarse nägemise hindamist, kuna ainult nägemisteravuse hindamine ei anna meile adekvaatset pilti silmade koostöö paranemisest.

Ekspert lisab, et ruumi-, värvi- ja kontrastitaju uuringud on rutiinne osa vastuvõtust. Ruumitaju testid on vajalikud rutiinsed uuringud 3- ning 6-aastaste laste profülaktilise oftalmoloogilise kontrolli osana. Taotletavad teenused on vajalikud laste nägemise skriinimiseks ja varajase amblüopia ja strabismi diagnoosimiseks. Samuti glaukoomi, AMD ja nägemisnärvipatoloogiate kahjustuse sügavuse hindamisel ning ravi efektiivsuse jälgimisel.

Ekspert lisab, et taotletavad teenused on juba rutiinselt kliinilises praktikas kasutatavad uuringud, mida varasemalt pole olnud võimalik korrektselt nimetusega kodeerida. Tegemist võiks olla eraldiseisva teenusega, kuna kõik kolm uuringut (värvinägemise ja kontrastitundlikkuse uurimine ning stereonägemise hindamine) on ajamahukad ja nõuavad vastavate vahendite olemasolu. Taotletava teenuse (nägemistaju testid) alla on praeguse taotluse kohaselt koondatud 3 väga erinevat uuringut, seega on võimatu antud uuringuid koondada veel suurema ühise nimetaja alla.

KTH: kulu 11,4 eurot, 7800 korda aastas, kokku 89 000 eurot aastas. Kulutõhusust ei hinnatud.

Kokkuvõttes on uuringute alusel raske hinnata värvitaju ja kontrastitaju hindamise valiidsust ja täpsust. Ravijuhiseid ei ole. Tõendus väga madal.

## **Diskussioon**

Toodi välja, et taotletava teenuse tõendus on väga nõrk ning ravijuhendites teenus ei kajastu. Lisaks toodi välja, et täiskasvanud patsiendid suunatakse nimetatud testide tegemiseks optometristi vastuvõtule ehk silmaarsti vastuvõtu käigus neid üldjuhul ei tee. Laste puhul sõltub palju sellest, kui koostöövalmis laps on, mistõttu alati ei olegi võimalik testi läbi viia. Sellest tõstatus küsimus, kas ka katse testi läbi viia kodeeritaks raviarvele teenuse osutamiseks. Eelnevast tulenevalt leiab komisjon, et teenust oleks mõistlik käsitleda vastuvõtu osana.

## **Komisjoni arvamus**

Komisjon ei toeta loetellu lisamist eraldi teenusena ja teeb ettepaneku teenust käsitleda vastuvõtu osana.

## Taotlus nr 1415 – Pahhümeetria

Taotlus on olnud varasemalt arutelul 04.03.2020.

### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Oftalmoloogide Selts

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärk on lisada loetellu uus teenus – kornea pahhümeetria ehk sarvkesta paksuse mõõtmine käsipahhümeetriaga ultraheli meetodil. Sarvkesta paksuse mõõtmine on oluline keratokoonuse progresseerumise jälgimisel. Glaukoomi diagnostikas annab pahhümeetria võimaluse hinnata tõelist silma siserõhu väärtust glaukoomi varajaseks avastamiseks.

### **Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Taotletavaks teenuseks on märgitud pahhümeetria – täpsemalt taotletakse teenuse koodi ühele konkreetsele pahhümeetria meetodile ehk käsipahhümeetriale ultraheli meetodil. Pahhümeetriaga mõõdetakse silma sarvkesta paksust ning see on oftalmoloogias rutiinne uuring. Sarvkesta paksus on eelkõige oluline, et korrigeerida mõõdetud silmarõhku. Normist õhem sarvkest on oluline riskifaktor glaukoomi tekkimisel ja progresseerumisel.

Pahhümeetriat on võimalik teostada erinevate seadmetega. Käsipahhümeetria asemel võib kasutada ka nn optilisi seadmeid (nt silma eesmise osa OCT), kuid need seadmed on oluliselt kallimad. Teenus on oluline ambulatoorsetes vastuvõttudes, kus pahhümeetriat pole võimalik muude meetoditega teostada. Kui patsiendi sarvkesta paksus on teada, võimaldab see otsustada paremini silmarõhku alandava ravi mittealustamise, alustamise või muutmise üle ja vähendab patsientide saatmist lisauuringuteks kõrgemasse ravietappi.

Kui ravitakse kõiki okulaarse hüpertensiooniga patsiente, ei ole teenus kulutõhus. Kui ravitakse ainult neid okulaarse hüpertensiooniga patsiente, kellel esinevad riskifaktorid, mis soodustavad glaukoomi teket, näiteks normist õhem sarvkest, on ravi kulutõhus.

Teenuse näidustused on okulaarne hüpertensioon, glaukoomi kahtlus, glaukoom (RHK-10 jaotised H40, H42), erinevad sarvkesta patoloogiad (RHK-10 jaotis H18) ja mõned RHK-10 jaotise H52 alla kuuluvad patoloogiad, müopia ehk lühinägevus (H52.1) ja astigmatism (H52.2).

Euroopa Glaukoomi Ühingu glaukoomi ravijuhise järgi on normist õhem sarvkest üks viiest kõige olulisemast riskifaktorist glaukoomi tekkel ja progresseerumisel.

Käsipahhümeetria ultraheli meetodil on kiire ja ohutu uuring, tüsistuste teke on vähetõenäoline. Uuringu läbiviimine ei vaja erilist väljaõpet, uuringut võib teostada ka õde.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Kulutõhusust ei hinnatud. Kuluarvestuse alusel on taotletava teenuse piirhind 14,62 eurot. Kuna taotluses on välja toodud, et enamasti teostatakse pahhümeetria mõlemale silmale, tõstatub küsimus, kas teenus võiks olla kirjeldatud kahe silma kohta, arvestades, et uuringu ettevalmistus, tulemuste analüüsimine ning selgitamine patsiendile oleks ühine aeg. Hetkel kirjeldatu alusel kajastuks see osa teenusest topelt, kui kodeerida teenus mõlema silma kohta eraldi. Samuti on taotluses esile toodud, et teenusega koos kodeeritakse raviarvele arsti esmane või korduv vastuvõtt. Kirjelduse alusel on teenuse aja sisse arvestatud ka tulemuste interpreteerimine ja selgitamine patsiendile. Need tegevused peaks kuuluma vastuvõtu aja sisse. Kui teenus kodeeritakse koos vastuvõtuga, siis oleks vastavat aega kirjeldatud topelt. Seetõttu oleks korrektne, et kui teenusele kodeeritakse alati juurde arsti vastuvõtt, siis tulemuste interpreteerimise ja patsiendile selgitamise aeg arvestatakse uuringu kirjeldusest välja ja uuringu teenus sisaldaks ainult uuringu läbiviimise aega. Kui tulemuste interpreteerimine ja selgitamine patsiendile jäävad uuringu kirjelduse sisse, siis ei ole korrektne arsti vastuvõttu juurde kodeerida. Oftalmoloogia vastuvõtukabineti ruumi kirjelduses on sees nii keratomeeter kui ka autorefraktomeeter, mida saab vajadusel kasutada samuti sarvkesta paksuse mõõtmiseks. Mistõttu tõstatub küsimus, kas eraldi ultraheli pahhümeetria ressursi kirjeldamine teenuses on põhjendatud, vaid võiks hinnata, et selle kulud on kaetud ruumi kirjeldusega. Meditsiinilise tõendus põhise hinnangus on esile toodud, et uuringut võib teostada ka õde. Mistõttu tõstatub küsimus, kas uuringu läbiviimisel on vaja arvestada nii

arsti kui ka õe ressursi. Eelnevaid argumente arvesse võttes, võiks hinnata, et teenuse hind on madalam, kui hetkel kirjeldatud.

Hinnanguline teenuse kasutuskordade arv aastas on 4000. Uue teenuse lisakulu on 58 488 eurot aastas. Seni on selle asemel kodeerinud arvele teenust „Silma ultraheliuuring“ (kood 6004, hind 20,52 eurot) või „Silma eesosa optiline koherentne tomograafia“ (kood 7269, hind 22,28 eurot) või „Silmade refraktsiooni uurimine autorefraktomeetri abil“ (kood 7267, hind 9,01 eurot). Seega võib uue teenuse lisamisel arvestada väheneva kuluna seniste juhtude kodeerimist. Ei ole teada, millises osakaalus on seni teenust kodeeritud eelnimetatud teenustega, mistõttu ei ole võimalik täpset lisakulu eelarvele välja tuua.

### **Olemasoleva tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)**

Teenus oli arutusel märtsis 2020 (vt tõendus). Tegemist on rutiinse protseduuriga glaukoomi ja keratokoonuse diagnostikas ja silma siserõhu (IOP) väärtuste hindamisel. Uuringud pärinevad 2000. aastate esimesest poolest ja UH pahhümeetriat kasutatakse võrdlusuuringutes kuldse standardina. Tõendus nõrk. Eelmisel arutelul tõstatus küsimus, kas peab olema eraldi teenusena. Komisjon tõi välja, et juhul, kui kõik tegevused oleksid eraldi kodeeritavad, ei jääks tegevusi enam vastuvõtu hindu.

MTH: teenuse koodi taotletakse käsipahhümeetriale ultraheli meetodil. Pahhümeetriaga mõõdetakse silma sarvkesta paksust ning see on rutiinne uuring. Sarvkesta paksus on eelkõige oluline, et korrigeerida mõõdetud silmarõhu näitu. Normist õhem sarvkest on oluline riskifaktor glaukoomi tekkimisel ja progresseerumisel.

Näidustuseks on okulaarne hüpertensioon, glaukoomi kahtlus, glaukoom (RHK-10 jaotised H40, H42), erinevad sarvkesta patoloogiad (RHK-10 jaotis H18), müopia (H52.1) ja astigmatism (H52.2). Euroopa Glaukoomi Ühingu ravijuhise järgi on normist õhem sarvkest üks viiest kõige olulisemast riskifaktorist glaukoomi tekkel ja progresseerumisel. Käsipahhümeetria ultraheli meetodil on kiire ja ohutu, tüsistuste teke on vähetõenäoline. Uuringu läbiviimine ei vaja erilist väljaõpet, uuringut võib teostada ka õde. Teenus on oluline ambulatoorsetes vastuvõttudes, kus pahhümeetriat pole võimalik muude meetoditega teostada.

Ekspert soovib eraldiseisvat teenust, kuna sarvkesta paksust on võimalik mõõta erinevate seadmetega ja seda ei ole võimalik kombineerida teiste teenustega. Seda ei ole vaja mõõta kõikidel patsientidel. Ka okulaarse hüpertensiooniga, glaukoomi kahtlusega ja glaukoomiga patsientidel ei ole vaja sarvkesta paksust mõõta igal vastuvõtul.

Ekspert hindab pahhümeetria vajadust 7400 patsiendile, kellest umbes pooltel kasutatakse käsipahhümeetriat (3700). Uus teenus asendab teenust 6004 hindaja hinnangul vaid osaliselt. Kui ravitakse kõiki okulaarse hüpertensiooniga patsiente, ei ole see meetod kulutõhus. Kui ravitakse ainult neid, kellel esinevad riskifaktorid, mis soodustavad glaukoomi teket, näiteks normist õhem sarvkest, on ravi kulutõhus.

KTH: hind 15 eurot, 4000 korda aastas, lisakulu 60 000 eurot. Samas on seni kodeeritud olemasolevaid teenuseid (kood 6004, 7269, 7267), nii et lisanduv kulu on ilmselt väiksem.. Kuna ei ole teada, millises osakaalus eelnimetatud teenuseid on kodeeritud, ei ole võimalik täpset eelarvemõju välja tuua. Kulutõhusust ei hinnatud.

### **Diskussioon**

Arutleti, et glaukoomihaigetele, kelle puhul sarvkesta paksuse mõõtmine on kõige olulisem, tehakse ka mitmeid teisi visualiseerivad uuringuid, mis annavad muuhulgas ka sarvkesta paksuse näidu (nt autorefraktomeeter, spekulaarne mikroskoopia). Lisaks toodi välja, et taotletavat uuringut ei ole vaja tihti korrata, kuna sarvkesta paksus on üldjuhul stabiilne ja seda ei ole vaja näiteks iga silmarõhu mõõtmise korral uuesti üle mõõta.

Tõstatus küsimus, et kui oftalmoloogi vastuvõtukabineti ruumikirjelduses on olemas nii keratomeeter kui ka autorefraktomeeter, mida saab vajadusel kasutada samuti sarvkesta paksuse mõõtmiseks, siis kas ei võiks seda teenust käsitleda vastuvõtu käigus tehtava rutiinse tegevusena, mitte eraldiseisva teenusena. Seejuures tekkis arutelu, kas ei teki topelt rahastamise ohtu, kui seade on nii vastuvõtukabineti hinnas kui ka teenuse hinnas eraldi seadme kuluna. Haigekassa selgitas, et antud

teenuse kirjeldusse on sisse arvestatud oftalmoloogi vastuvõtukabineti maksumus, mis sisaldab ka vastava seadme kulu, mistõttu teenusesse eraldi seadme kulu juurde ei arvestataks.

Lisaks toodi välja, kui ekspert toetab taotletavat meetodit ambulatoorses vastuvõtus ja teised läbiviidud uuringud jäävad ka dokumenteeritult näha, siis kuritarvitamist pigem ette ei näeks. Kuna teenuse lisamisega seotud lisakulu ei ole suur, siis pigem muuta teenus ausalt kodeeritavaks. Seejuures tehti ettepanek lisada teenusele rakendustingimus, et kui tehakse uuringuid, mis annavad samuti välja sarvkesta paksuse näidu, siis ei tohi pähkumetriat teenust eraldi juurde kodeerida.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab teenuse lisamist loetellu, kuid vajalik on rakendustingimus, mis välistaks teenuse kodeerimise koos selliste teenustega, mis samuti mõõdavad sarvkesta paksust. Rakendustingimuse täpne sisu ja sõnastus jääb haigekassa ning erialaseltsi vaheliseks aruteluks. Komisjoni seisukoht on, et üks teenuse kord sisaldab mõlema silma uuringut.

### **Taotlus nr 1447 – Negatiivse rõhuga kinnine süsteem (vaakumteraapia - VAC-süsteem)**

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Ortopeedia Selts

*Taotluse sisu:* Loetelu kaudu on hüvitatud haiglas kasutatav negatiivse rõhuga ravi, mis loob soodsad tingimused haavade paranemiseks: teenus koodiga 2676L „Negatiivse rõhuga kinnine süsteem (vaakumteraapia-VAC süsteem)“. Teenuse osutamisele on seatud tingimused, mille järgi võib seda rakendada traumaatiliste või infektsioonist tingitud tüsilike pehme koe defektide ja sügavate (IV astme) põletuste ravis ja need on taotleja hinnangul asjakohased. Taotluse eesmärgiks on võimaldada portatiivse VAC-süsteemi kasutamist patsiendile ka ambulatoorselt.

Taotluse alusel paigaldatakse portatiivne VAC-süsteem patsiendile arsti vastuvõtul, nii esmase pumba töötamist tagava haavaplaastri kui pumba enese paigaldamisel kui ka edaspidisel haavaplaastrite vahetamisel. Selline ambulatoorne korraldus vähendaks vajadust heas või rahuldavas üldseisundis patsienti vaakumraviks (või ka ainult süsteemi paigaldamise/vahetamiseks) hospitaliseerida ja voodikoht hõivata.

Taotleja hinnangul võiks ambulatoorse VAC-teraapia kasutamine lisanduda lisaks ortopeediale ka üldkirurgias, plastikakirurgias. Sihtgrupp, kellele VAC-süsteemi kasutamine ambulatoorses ravis on efektiivne: väikesemõõtmeline diabeetiline (RHK-10 kood E10.5), vaskulaarne (I70.2) või lamatishaavand (L89) läbimõõduga kuni 3 cm; haavand ilma luu, liigese või kehaõõneni ulatuva fistulita; operatsiooni- või traumajärgse haava sulgumisdefekt pikkuses kuni 10 cm ja laiuses kuni 2 cm (T81.3, T81.4, T81.8).

Tingimused VAC-süsteemi ambulatoorses ravis kasutamiseks on järgmised: eelnev personali koolitamine VAC-süsteemi tarniva ettevõtte esindaja poolt; patsiendi võimalus tulla teenust pakkuva arsti ambulatoorsele vastuvõtule polikliinikusse, kus on olemas sidumistuba; koostöövalmis patsient, kelle teavitamiseks ja koostöövalmiduse toetamiseks on koostatud infovoldik.

#### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Haigekassa hinnang)**

Statsionaarse ja ambulatoorse teenuse kuluerinevus tuleb sellest, et statsionaarse teenuse puhul kodeeritakse voodipäeva, ambulatoorse teenuse puhul arsti vastuvõtte. Sellest tulenevalt saab hinnata ambulatoorse teenuse puhul lisanduvat kulu keskmiselt teenuse kulu 284,55 eurot pluss arsti vastuvõtud (esmane ja 4 korduvat) 88,86 eurot, kokku 373,4 eurot ühe seadme 30 päeva kasutamise korral. Arvestades, et hetkel osutatakse teenust statsionaarselt, kus teenuse hind on 210,33 eurot ja voodipäeva teenus (kirurgia voodipäevad ja järelravi voodipäevad) on sama aja kohta 30 x 86,77 eurot ehk 2603,10 eurot ja kokku 2813,40 eurot, siis ambulatoorse teenuse puhul on ärajääv kulu 2440 eurot ravijuhu kohta. Samas jääb hetkel lahtiseks, millise intervalliga olemasolevat statsionaarset teenust kodeeritakse,

kuna 2019. a kasutusstatistika näitab väga erinevat kasutuspraktikat ja seega vajaks olemasolev statsionaarne teenus ülevaatamist ja täpsustamist.

Võttes arvesse ambulatoorse teenuse hinda ning lisanduvaid ja vähenevaid kulusid, on ärajääv kulu ravikindlustuse eelarvele 134 201 eurot aastas.

### **Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)**

Teenus oli arutelul augustis 2020 (vt tõendus). Järeldati, et tõendus efektiivsuse ja ohutuse osas võrreldes tavahaavaraviga on valdavalt nõrk. Enamuses tulemusnäitajates erinevust ei ole näidatud; võimalik, et esineb vähem haavainfektsiooni (mõõdukas tõendus, Cochrane 2020). Kasutatakse statsionaaris standardina, kuid ambulatoorseks kasutuseks vajalik defineerida sihtrühm, tagada tervishoiutöötaja järelevalve iga 48 tunni tagant, hinnata kulutõhusust (ambulatoorne ravi odavam, kuid pidev tervishoiutöötaja kontroll seotud lisakuluga). Kuluefektiivsust keeruline hinnata, kuna tõenduspõhised võrdlusandmed ebapiisavad. Kuigi haavainfektsiooni korral näidatud efektiivsust, siis kehtib see eelkõige statsionaarse ravi kohta. Ambulatoorselt soovitatakse pigem infektsioonivabade haavade korral.

Eelmisel korral oli arutlusel, et kuna taotlus on esitatud teenuse ambulatoorseks kasutamiseks kodus, on oluline esile tuua, et koduõdedel ei ole hetkel vastavat pädevust ja kogemust, et olla valmis NPWT süsteemiga patsientide käsitlemiseks. Eelnevalt on vajalik vastav väljaõpe koduõdedele ning kokkulepped, kuidas toimub koostöö NPWT süsteemiga patsiendi käsitlemisel. Lisaks toodi esile, et pearingiabi ja koduõendus ei tunneta hetkel vajadust selliseid süsteeme kasutada, sest lihtsamate haavade raviks on vahendid olemas ning keerulisemad suunatakse eriarstiabisse. Arutlusel oli, et kuna loetelus on olemas haavaravi süsteemi teenus statsionaarses ravis, siis kas oleks võimalik ambulatoorne teenus kujundada olemasolevast lähtuvalt. Sellisel juhul peaks süsteemi määramise ja edasise korralduse eest vastutama eriarst.

Toodi ka esile, et statsionaarses ravis NPWT süsteemi kasutamise kogemuse põhjal aparatuur ummistub kergesti. Seetõttu on oluline nii süsteemi kui ka haava pidev jälgimine, et ei tekiks infektsioonikoldeid. Samuti on kogemus, et 7 päeva on ühe haavasideme kasutamiseks liiga pikk aeg, haavasideme vajab sagedamat vahetamist. Seega võivad NPWT süsteemi valed käsitlemisel olla negatiivsed tagajärjed. Pöörati tähelepanu, et taotletav süsteem on ühekordne ehk saab kasutada maksimaalselt 30 päeva ühel patsiendil. See tähendab, et kaasneb suur ühekordne kulu.

Komisjon tegi eelmisel arutelul ettepaneku, et tootja koostöös seotud erialaseltsidega esitaks taotluse tervishoiuteenuste loetelu muutmiseks. Taotluses peaks olema määratletud konkreetne sihtgrupp. Samuti tuleks kirjeldada, millistel tingimustel saab NPWT süsteemi ambulatoorses ravis kasutada ehk millised on riskid ja kuidas neid maandada, sh koolitus, meditsiinilise järelevalve tagamine. Kui teenuse sihtgrupp on määratletud, siis saab selle alusel hinnata ka kulutõhususe.

Tänaseks on Ortopeedia Selts täpsustanud sihtrühma ja vajalikud tingimused:

1. Sihtgrupp ambulatoorseks raviks

- a. Väikesemõõtmeline diabeetiline (RHK-10 kood E10.5), vaskulaarne (I70.2) või lamatishaavand (L89) läbimõõduga kuni 3 cm
- b. Haavand ilma luu, liigese või kehaõõneni ulatuva fistulita
- c. Operatsiooni- või traumajärgse haava sulgumisdefekt pikkuses kuni 10 cm ja laiuses kuni 2 cm (T81.3, T81.4, T81.8)

2. Tingimused, millistel tingimustel saab NPWT süsteemi ambulatoorses ravis kasutada

- a. Eelnev personali koolitamine NPWT süsteemi tarniva ettevõtte esindaja poolt
- b. Patsiendi võimalus tulla teenust pakkuva arsti ambulatoorsele vastuvõtule polikliinikusse, kus on olemas sidumistuba
- c. Koostöövalmis patsient, kelle teavitamiseks on koostatud infovoldik

Vajadus 25-35 patsienti aastas (põletusravi, üldkirurgia, plastikakirurgia).

KTH: VAC-süsteemi tekitatav negatiivne rõhk loob soodsad tingimused haavade paranemiseks. Ambulatoorne teenus eeldab nii patsientide kui ka tervishoiutöötajate koolitamist ja ravi ohutuse tagamist. Ambulatoorne kulu väiksem kui haiglas: 285 eurot (seadme kulu) + arsti vastuvõtud 89 eurot



(1 esmane, 4 korduvat), kokku 373 eurot/30 päeva. Statsionaaris sama aja kohta 2800 eurot. Seega kulusäästev (-2440 eurot juhu kohta). Eelarve sääst 135 000 eurot aastas.

### **Diskussioon**

Arutleti, et kui teenus loetellu lisada, peaks patsiendi jälgimine jääma meditsiinipersonalile, kellel on selleks vastav pädevus. Hetkel on see pädevus olemas statsionaaris. Leiti, et kuna patsientide arv on väike, siis ei oleks mõistlik teenuse osutamise suunamine esmatasandile.

Toodi välja, et põhiküsimus on selles, kas patsiendipoolne käsitlus on adekvaatne, kui ta on vastava aparaadiga koju läinud. Kui toetada teenuse lisamist, peaks eriarst olema see, kes võtab vastutuse hinnates, kas patsient on adekvaatne aparati ambulatoorselt kasutama, ja tagades tema edasise jälgimise ja abi. Seejuures tekkis küsimus, kas on läbi mõeldud, kuidas on tagatud meditsiinipersonali koolitus seadme kasutamiseks ja seejärel ka patsiendi koolitus/nõustamine seadme koduseks kasutamiseks, mis võib ka teenuse hinda tõsta. Leiti, et oluline on selgeks teha, kes jääb patsiendi nõuhtumikorraldajaks ja ravi eest vastutajaks. Tekkis arutelu, kas patsiendi jälgimise eest võiks olla jooksvalt vastutav näiteks erioode. Haigekassa selgitas, et taotleja on välja toonud, et patsient käib vastuvõttudel eriarstiabis – nii seadet paigaldamas kui ka hiljem kontrollvisiitidel ja haavasidemeid vahetamas. Koolituse osas selgitas haigekassa, et taotluse järgi on seadmekoolitus meditsiinipersonalile tagatud seadme tootja poolt ning koolituse patsiendile teeb arst.

Arutluse käigus leiti, et teenuse näidustuste osa on muudetud väga marginaalseks, millest tulenevalt on oluline üle vaadata näidustused ja sellest tulenev kasutuse prognoos, sest eeldatavasti on diabeetiliste haavadega patsiente oluliselt rohkem kui hetkel on esitatud. Tekkis küsimus, mis põhjusel on patsientide arv hinnatud nii madalaks – kas tulenevalt sellest, et patsient peab olema väga adekvaatne, et seadet ambulatoorselt kasutada. Seejuures toodi välja, et statsionaarsete masinate efekt haava paranemisele on oluliselt tugevam kui ambulatoorsetel. Väga väikese sihtrühmaga ja vähese efektiga muutuks teenuse lisamine pigem küsitavaks.

Toodi välja varasemad erialaseltside hinnangud ja 2017. a MTH (oli käsitletav meditsiiniseadmena). Varasemad hinnangud on samuti ambulatoorset teenust toetanud eeldusel, et seadme esmane asetamine ja vahetamine toimub väljaõppinud meditsiinipersonali poolt, kes suudab hinnata nii ravi vajadust kui ka kaasnevaid ohtusid, ning et on tagatud patsiendi edasise jälgimise ja toetamise süsteem.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab teenuse loetellu lisamist ambulatoorse teenusena, kuid peab oluliseks, et paika on pandud vastutaja ning tagatud on patsiendi edasine jälgimine eriarstiabi süsteemis. Lisaks tõi komisjon välja, et haigekassa poolt on vajalik erialaseltsidega täpsustada teenuse aktuaalsus, näidustused ja kasutajate prognoos.

## **2. Muud teemad**

Haigekassa teavitas, et komisjoni praeguse koosseisu aeg hakkab lõppema ning komisjonis esindatud organisatsioonidele on saadetud kiri uue koosseisu liikmete nimetamise palvega. Lisaks tänati üksteist siiani tehtud hea koostöö eest.