

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS KOOS TÄITMISJUHISTEGA

Juhime tähelepanu, et haigekassa avalikustab taotlused kodulehel. Konfidentsiaalne informatsioon, mis avalikustamisele ei kuulu, palume tähistada taotluse tekstis märkega „konfidentsiaalne“.

1. Taotluse algataja	
1.1 Organisatsiooni nimi (taotleja) <i>Tervishoiuteenuste loetelu muutmise ettepaneku (edaspidi taotlus) esitava organisatsiooni (edaspidi taotleja) nimi¹. Kui taotlus esitatakse mitme erialaühenduse poolt, märgitakse taotluse punktis 1.1 taotluse algatanud erialaühenduse nimi ning seejärel kaasatud erialaühenduse ehk kaastaotleja nimi punktis 1.6.</i>	Eesti Naha- ja Suguhaiguste Arstide Selts
1.2 Taotleja postiaadress	Raja 31, 50417 Tartu
1.3 Taotleja telefoninumber	617 2961
1.4 Taotleja e-posti aadress	annika.volke@ut.ee
1.5 Kaastaotleja	--
1.6 Kaastaotleja e-posti aadress	--
1.7 Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi	Annika Volke
1.8 Kontaktisiku telefoninumber	
1.9 Kontaktisiku e-posti aadress	annika.volke@ut.ee

2. Taotletav tervishoiuteenus	
2.1. Tervishoiuteenuse kood tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse korral <i>Kui muudatus ei ole seotud loetelus kehtestatud konkreetse teenusega või on tegemist uue teenuse lisamise ettepanekuga, siis teenuse koodi ei esitata.</i>	--
2.2 Tervishoiuteenuse nimetus	Digitaalne dermatoskoopia
2.3. Taotluse eesmärk <i>Märkida rist ühe, kõige kohasema taotluse eesmärgi juurde. Risti lisamiseks vajutada sobilikul ruudul parempoolsele hiireklahvile ning avanenud menüüst valida „Properties“ – „Default value“ – „Checked“</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse lisamine loetellu <input type="checkbox"/> Uue ravimiteenuse lisamine loetellu <input type="checkbox"/> Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse <input type="checkbox"/> Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse <input type="checkbox"/> Olemasolevas tervishoiuteenuses sihtgrupi muutmine (sh. laiendamine või piiramine) <input type="checkbox"/> Eriala kaasajastamine (terve ühe eriala teenuste ülevaatamine) <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse (nt. teenuses olemasoleva kulukomponendi muutmine) ² <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kohaldamise tingimuste muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või uue tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse ega teenuse sihtgrupi	

¹ Vastavalt Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikele 5 võib taotluse esitada tervishoiuteenuste osutajate ühendus, erialaühendus või haigekassa.

² Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 6

- muutmisest (nt. teenuse osutajate ringi laiendamine, teenuse kirjelduse muutmine)³
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kindlustatud isiku omaosaluse määra, haigekassa poolt kindlustatud isikult ülevõetava tasu maksmise kohustuse piirmäära muutmine⁴
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse nimetuse muutmine⁵
- Tervishoiuteenuse väljaarvamine loetelust⁶
- Üldkulude ühikuhindade muutmine vastavalt määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ § 36 lõikele 2⁷

2.4 Taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus

Esitada lühidalt taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus, mida taotletakse ja millistel põhjustel.

Digitaalse dermatoskoopia lisamine tervishoiuteenuste loetellu võimaldab nahamelanoomi varasemat avastamist kahandades samal ajal healoomuliste moodustiste eemaldamise vajadust.

Eesmärgiks on vähendada esmaselt hilisstaadiumis diagnoositud nahamelanoomide arvu, millega kaasneb melanoomist tingitud haigestumuse ja suremuse vähenemine ning ravikulude kokkuhoid.

3. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

3.1 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus (ehk sõnaline sihtgrupi kirjeldus)

Esitada üksnes teenuse need näidustused, mille korral soovitakse teenust loetellu lisada, ravimikomponendi osas ravimiteenust täiendada, tehnoloogia osas tervishoiuteenust täiendada või teenuse sihtgruppi laiendada.

NB! *Kui erinevate näidustuste aluseks on erinev kliiniline tõendusmaterjal, palume iga näidustuse osas eraldi taotlus esitada, välja arvatud juhul, kui teenust osutatakse küll erinevatel näidustustel, kuid ravitulemus ja võrdlusravi erinevate näidustuste lõikes on sama ning teenuse osutamises ei ole olulisi erisusi.*

Digitaalne dermatoskoopia on näidustatud suure melanoomi riskiga patsientidel; st neil, kellel esineb:

1) palju (>50) pigmentneevuseid (D22), millest mitmed on kliiniliselt atüüpilised ja/või on patsiendilt varasemalt eemaldatud neevused osutunud korduvalt histoloogiliselt düsplastilisteks (nn düsplastiliste neevuste sündroom) [1];

2) anamneesis melanoom (C43) või perekonna anamneesis melanoom esimese või teise astme sugulasel [1];

3) keskmise suurusega või gigantne kaasasündinud pigmentneevus (eeldatav diameeter täiskasvanuna ≥20 cm) [2,3];

4) üksik kahtlane pigmentlesioon, millel puuduvad dermatoskoopiliselt melanoomi kriteeriumid [4,5].*

**anamnestiliselt muutunud, kuid kliiniliselt/dermatoskoopiliselt vähese atüüpiaga või kliiniliselt/dermatoskoopiliselt mõõduka atüüpiaga, kuid anamnestiliselt muutunud ei ole*

3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)

³ Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2 ja 12 ning kui on kohaldatav, siis ka 7 ja 8

⁴ Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2, 5.1, 11.4 ja 12.

⁵ Vajalik on täita taotluse punktid 1-2

⁶ Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 5.1

⁷ Vajalik on täita taotluse punktid 1 ja 2 ning seejärel esitada kuluandmed meetodika määruse lisades 12 ja 13 toodud vormidel: „Tervishoiuteenuse osutaja kulud ressursside kaupa“ ja „Tervishoiuteenuse osutaja osutatud teenuste hulgad“

3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või tervise seisundi iseloomustus

Kirjeldada haiguse või tervise seisundi levimust, elulemust, sümptomaatikat jm asjasse puutuvat taustainfot.

Naha melanoom on potentsiaalselt fataalne pahaloomuline kasvaja, mille peamiseks elulemust mõjutavaks teguriks on primaarse tuumori paksus. Metastaseerunud melanoomi korral tervistav ravi puudub. Ainus melanoomi prognoosi parandav tegur, mille puhul sekkumine üldse on võimalik, on selle varajane avastamine ja kirurgiline eemaldamine [6].

Eesti vähiregistri andmetel diagnoositi Eestis 2014. aastal 220 naha melanoomi esmasjuhtu ning naha melanoomi haigestumine on Eesti 15-44-aastaste elanike hulgas ajavahemikul 1980-2009 oluliselt suurenenud [7,8]. Seejuures on Eesti melanoomihaigete elulemusnäitajad Euroopa keskmisest halvemad [9].

Kolm metaanalüüsi on tõestanud, et kogenud arsti poolt teostatuna parandab dermatoskoopia melanoomi diagnoosimise täpsust [10-12]. Samas võivad teatud juhtudel, nt väga varases staadiumis melanoomi või nn tundemärkideta melanoomi (inglise keeles „featureless melanoma“) korral melanoomispetsiifilised kriteeriumid puududa isegi dermatoskoopiliselt [13,14]. Teiseks tekitab diagnostilisi raskusi nn düsplastiliste neevuste sündroom, mille korral esineb patsiendil korraga mitmeid kliiniliselt ja dermatoskoopiliselt atüüpilisi neevuseid, mistõttu on keeruline otsustada, kas ja millist lesiooni on vaja eemaldada.

Kirjeldatud olukordades on abiks digitaalne dermatoskoopia, mis kujutab endast mitteinvasiivset meetodit pigmenteeritud nahalesioonide jälgimiseks. Spetsiaalne kaamera on ühendatud arvutiga, mille abil saab pildistada, salvestada ja võrrelda dünaamikas dermatoskoopilisi fotosid kahtlastest pigmentlesioonidest. Digitaaldermatoskoopiline jälgimine põhineb printsiibil, et healoomulised moodustised on stabiilsed, kuid melanoom muutub aja jooksul. Seega on võimalik varem avastada muutusi, mis võivad viidata melanoomile ning samas aitab vältida asjatuid healoomuliste neevuste eemaldamisi.

Digitaalne dermatoskoopia on vajalik eelkõige suure melanoomi riskiga patsientide efektiivsemaks jälgimiseks.

4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhisus

4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus

Selgitada lühidalt taotluse aluseks olevate kliiniliste uuringute jm teaduspõhiste kirjandusallikate otsimis- ning valikukriteeriume: millistest andmebaasidest otsiti, milliste märksõnade ning täpsustavate kriteeriumidega. Nt. uuringuid otsiti PubMed-ist (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Otsingu märksõnad olid „diabetes in pregnancy“, valikukriteeriumiks oli insuliinravi enne rasedust ning täistekstina kättesaadavad inglisekeelsed artiklid, mis on avaldatud alates 1. jaanuarist 2000. Otsingu tulemusel leiti 10 uuringut, millest on kajastatud taotluses 3 uuringu tulemused, kuna teiste uuringute valimi maht oli väike (vähem kui 20 isikut).

Uuringuid otsiti PubMed-ist (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Otsingu märksõnadeks olid „digital dermatoscopy“ AND „melanoma“, mis pidid sisalduma artikli pealkirjas või kokkuvõttes. Otsingut kitsendati täistekstina kättesaadavatele inglisekeelsetele artiklitele, mille tulemusel leiti 64 artiklit, millest alljärgnevalt on kajastatud kolm: üks metaanalüüs ja kaks hiljem avaldatud uuringut. Välja jäeti uuringud, kus digitaaldermatoskoopilisi muutusi hinnati arvutiprogrammi abil.

4.2 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel	
Uuring I	<i>Salerni G, et al., 2013 [15]</i>
4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i>	<i>Metaanalüüs hõlmas 14 uuringut kokku 5787 patsiendi ja 52 739 pigmentlesiooniga.</i>
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	<i>pigmentlesioonide jälgimine digitaalse dermatoskoopia abil</i>
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	
4.2.4 Uuringu pikkus	<i>3-96 kuud, mediaan 30 kuud</i>
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	<i>jälgimist vajavate lesioonide arv, et avastada 1 melanoom (number needed to monitor, NNM)</i>
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	<i>348</i>
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	<i>1) eemaldamist vajavate lesioonide arv; 2) soodsa prognoosiga (in situ ja õhukeste) melanoomide osakaal; 3) jälgimisperioodi pikkuse seos melanoomide avastamisega</i>
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	<i>1) eemaldati <1 lesiooni patsiendi kohta; 2) kõigist diagnoositud melanoomidest oli in situ melanoomide ja õhukeste melanoomide proportsioon oluliselt suurem kui populatsioonis eeldatav; 3) iga jälgitud lisakuu kohta avastati 1 melanoom</i>
Uuring II	<i>Moloney FJ, et al., 2014 [16]</i>
4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i>	<i>Prospektiivne vaatlusuuring hõlmas 311 äärmiselt suure melanoomi riskiga patsienti.</i>
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	<i>kõigi nahamoodustiste jälgimine kogu keha fotograferimise ja digitaalse dermatoskoopia abil</i>
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	--
4.2.4 Uuringu pikkus	<i>2,4-4,2 aastat (mediaan 3,5 aastat)</i>
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	<i>eksideeritud hea- ja pahaloostuliste moodustiste suhe (benign to malignant ratio)</i>

4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	1,6:1 kõikide lesoonide puhul ja 4,4:1 melanotsütaarsete lesoonide puhul
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	1) uute esmaste melanoomide kumulatiivne risk 2 ja 3 aasta jooksul; 2) jälgimisel avastatud uute melanoomide paksus
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	1) 2 aasta kumulatiivne risk oli 12,7% ja see vähenes 3. aasta jooksul poole võrra ; 2) jälgimisel avastatud melanoomide mediaanpaksus oli in situ
Uuring III	Tromme I, et al., 2012 [17]
4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i>	Pragmaatiline prospektiivne vaatlusuuring hõlmas 46 dermatoveneroloogi ja 1865 eksideeritud lesiooni.
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	dermatoloogi konsultatsioon vajadusel ligipääsuga digitaalsele dermatoskoopiale
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	dermatoloogi konsultatsioon ilma ligipääsuta digitaalsele dermatoskoopiale
4.2.4 Uuringu pikkus	1 aasta
4.2.5 Esmase tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	melanoomide ja mittemelanoomsete moodustiste suhe (melanoma/ nonmelanoma ratio) kõigi eksideeritud melanotsütaarsete lesoonide hulgas
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Digitaalse dermatoskoopia kättesaadavuse puhul oli suhe 1:2,4 vers 1:10,7 ilma digidermatoskoopiata ($p < 0,001$).
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	1) melanoomi diagnoosimise spetsiifilisus sõltuvalt digidermatoskoopia ja dermatoskoopia kättesaadavusest; 2) jälgimisel avastatud uute melanoomide paksus
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	1) digidermatoskoopia kättesaadavuse puhul oli melanoomi diagnoosimise spetsiifilisus oluliselt suurem kui ilma selleta ($p < 0,001$); 2) digidermatoskoopilisel jälgimisel avastatud melanoomidest oli in situ $>1/3$ vers $1/5$ ($p = 0,03$) ning invasiivsete melanoomide paksus 0,32 mm vers 0,84 mm

Kui soovite kirjeldada mitut erinevat kliinilist uuringut, siis palume kopeerida väljad 4.2.1-4.2.8. Maksimaalselt palume kajastada kuni 5 teaduslikku uuringut.

4.3 Tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi ohutuse kohta	
4.3.1. Kõrvaltoimete ja tüsistuste iseloomustus	
Kõrvaltoime/ tüsistuse esinemissagedus	Kõrvaltoime/ tüsistuse nimetus
Väga sage ($\geq 1/10$)	--
Sage ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$)	--
Rasked kõrvaltoimed	--

Võimalikud tüsistused	--
4.3.2 Kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi <i>Kirjeldada, milliseid teenuseid ja ravimeid on vajalik patsiendile osutada ning millises mahus, et ravida tekkinud kõrvaltoimeid ning tüsistusi.</i> <i>Nt: Perifeersete dopamiinergiliste toimete põhjustatud kõrvaltoimeid (iiveldus, oksendamine ja ortostaatiline hüpotensioon) saab kontrolli all hoida domperidooni manustamisega kuni tolerantsuse tekkimiseni 3-6 nädala jooksul pärast subkutaanse apomorfiinravi alustamist, mille järel võib domperidooni manustamise lõpetada.</i>	
<i>Digitaalsel dermatoskoopiaal puuduvad kõrvaltoimed ja tüsistused.</i>	
4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas <i>Kirjeldada publitseeritud ravi tulemusi maailmapraktikas, <u>kui puuduvad</u> tervishoiuteenuse tõendus põhise <u>andmed</u> ravi tulemuslikkuse ja ohutuse kohta avaldatud kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel.</i>	
--	

5. Tõendus põhine võrreldes alternatiivsete tõendus põhiste raviviisidega		
5.1 Ravikindlustuse poolt rahastatav alternatiivne tõendus põhine raviviis tervishoiuteenuste, soodusravimite või meditsiiniseadmete loetelu kaudu <i>Maksimaalselt palume kirjeldada 3 alternatiivi.</i>		
Alternatiivi liik	Alternatiiv	Lisaselgitus / märkused
<i>Märkida, millise loetelu (tervishoiuteenused, soodusravimid, meditsiiniseadmed) kaudu on kohane alternatiiv patsiendile kättesaadav</i>	<i>Märkida alternatiivse raviviisi teenuse kood, ravimi toimeaine nimetus või meditsiiniseadme rühma nimetus.</i>	<i>Vajadusel lisada siia tulpa täpsustav info</i>
1. Pigmentmoodustiste hindamine n-ö palja silmaga	3002 ja 3004	<i>Puuduseks on madal sensitiivsus ja spetsiifilisus, eriti melanoomi varases faasis.</i>
2. Pigmentmoodustiste ekstsissioon koos histoloogiliste uuringutega	<i>Melanoomikahtlaste kollete ekstsissiooni korral lisanduvad raviarvele:</i> <ul style="list-style-type: none"> - kirurgi esmane ja kordusvisiit (3002 ja 3004); - operatsioon – iga eemaldatud lesiooni kohta: 7114, 0Q2101, 0Q2102 või 0Q2103 - histoloogilised uuringud (66801 või 66823, 66804 v 66805) iga lesiooni kohta <i>Lisaks sellele tuleb mõnikord teha nahaplastikat (7126) ning arvestama peab ka operatsiooni võimalike tüsistuste raviga seotud kulud.</i>	<i>Patsiendil võib esineda korraka rohkelt kliiniliselt ja dermatoskoopiliselt atüüpilisi neevuseid, mistõttu on keeruline otsustada, kas ja millist lesiooni eemaldada.</i> <i>Igast lõikusest jääb nahale rohkem või vähem moonutatav arm.</i> <i>Armi repigmenteerumisel pole enam võimalik kliiniliselt ega dermatoskoopiliselt hinnata, kas tegu on pigmentneevuse või melanoomiga.</i>

5.2 Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes

Kui teenus ei kajastu ravijuhistes või antud valdkonnas rahvusvahelised ravijuhised puuduvad, lisada vastav selgitus lahtrisse 5.2.3. Maksimaalselt palume kirjeldada 5 ravijuhist.

Ravijuhise nimi	Ravijuhise ilmumise aasta	Soovitud ravijuhises	Soovituse tugevus ja soovitude aluseks oleva tõendus põhise tase
		<i>Soovitud taotletava teenuse osas</i>	
		<i>Soovitud alternatiivse raviviisi osas</i>	
1. <i>Diagnosis and treatment of melanoma. European consensus-based interdisciplinary guideline [18]</i>	2016	<i>In high risk patients, mainly in the case of patients with atypical mole syndrome, the detection of changes in the lesions or newly appearing lesions by follow-up examination with digital dermoscopy and total-body photography is also helpful.</i>	
2. <i>Malignant melanoma S3-guideline "diagnosis, therapy and follow-up of melanoma" [19]</i>	2013	<i>During the course of observation, sequential digital dermoscopy can improve early recognition of melanomas that lack specific dermoscopic criteria of malignancy.</i>	<i>Soovituse tugevus B, tõendus põhise 2b</i>
		<i>For the diagnosis of pigmented skin lesions, dermatologists shall offer dermoscopy and be trained in the field of dermoscopy.</i>	<i>Soovituse tugevus A, tõendus põhise 1b</i>

5.3 Kokkuvõtte tõendus põhiseusest võrreldes alternatiivsete tõendus põhiste raviviisidega

Esitada kokkuvõtvalt teenuse oodatavad lühi- ja pikaajalised tulemused tervisele. nt. surmajuhtumite vähenemine, haigestumise juhtude vähenemine, elukvaliteedi paranemine, kõrvaltoimete sageduse vähenemine, tüsistuste sageduse vähenemine.

Lisaks selgitada, kas uus teenus on samaväärne alternatiivse raviviisiga. Väites uue teenuse paremust, tuleb välja tuua, milliste tulemuste osas omab taotletav teenus eeliseid.

Digitaalne dermatoskoopia võimaldab nahamelanoomi diagnoosida varasemas faasis kui n-ö palja silmaga nahka hinnates ning suurendab eemaldamisele suunatud lesionides pahaloomuliste moodustiste leidmise tõenäosust (paranevad nii diagnostiline sensitiivsus kui spetsiifilisus).

Digidermatoskoopia on oma efektiivsust tõestanud suure melanoomi riskiga patsientidel ja spetsiifiliste melanoomi tunnusteta pigmentlesioonide jälgimisel.

Nahamelanoomi algkolde paksus ekstsioonil on peamine haiguse prognoosi määrav tegur. Seega on eeldatav, et digidermatoskoopia rakendamine parandab pikapeale melanoomi elulemust rahvastikus.

Melanoomi varane avastamine on oluline ka seetõttu, et algkolde paksusest sõltub kirurgilise sekkumise ulatus ja sellest tulenev haigestumine koos kuludega – in situ melanoomi puhul eemaldatakse kolle 5 mm marginaaliga kuni nahaaluskoeni, paksemate algkollete puhul aga 1-2 cm marginaaliga kuni lihasfastsiani [18]. Paksemate melanoomide puhul suurendab ravikuludid veel vahimees-lümfisõlme biopsia ja positiivse leiu puhul sageli tehtav kogu regiooni lümfisõlmede eemaldamine.

Melanoomi varase avastamise puhul on kaugmetastaaside tõenäosus oluliselt väiksem, mis veelgi vähendab hilisema haigestumisega seotud kirurgilisi ja medikamentoosseid kulusi.

6. Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus

6.1 Teenuse osutamise kirjeldus

Kirjeldada tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud tegevused (sh. ettevalmistavad tegevused), nende esinemise järjekorras, kaasatud personal ja nende rollid, teenuse osutamise koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba) ning kasutatavad seadmed ja tarvikud. Võimalusel lisada ka tegevuste sooritamise keskmised ajad. Ravimiteenuste korral kirjeldada raviskeem: ravi pikkus, patsiendil kasutatavate annuste suurus.

Digitaalset dermatoskoopiat saab läbi viia kas arstikabinetis või protseduuritoas, kus on tagatud nii hea valgustus kui ka vajadusel pimendavad aknakatted ning patsiendi privaatsus.

Pärast anamneesi kogumist melanoomi riskitegurite osas vaatleb arst kõiki patsiendil olevaid pigmentneevuseid nii kliiniliselt kui tavalise dermatoskoobiga*, hinnates neis pigmendi mustrit, värvust, sümmeetriat ja veresooni ning valib selle alusel välja lesioonid, mis vajavad digitaaltermoskoopilist jäädvustamist.

Seejärel teostatakse patsiendist arvutiga ühendatud kaamera abil makroülevõtted kehaosade kaupa (kehatüvi ning jalad eest- ja tagantvaates, käed külgsuunas). Siis tehakse valitud pigmentlesioonidest digitaaltermoskoopilised ülevõtted, mis salvestatakse vastava programmi abil, märkides ühtlasi ära vastava moodustise asukohta (võimalusel ka makrofotol).

Kui patsient tuleb kordusuuringule, siis tehakse jälgimisalustest neevustest uued digitaaltermoskoopilised ülevõtted ning arst võrdleb pilte arvutiekraanil avastamaks võimalikke muutusi. Seejärel vaatleb arst tavalise dermatoskoobiga ka teisi patsiendil olevaid neevuseid, et avastada uusi kahtlaseid pigmentlesioone ning vajadusel teeb neist digitaaltermoskoopilised ülevõtted.

Atüüpiliste neevuste sündroomi, suure kongenitaalneevuse või melanoomi korral (perekonna)anamneesis vajab patsient regulaarset (vähemalt 1x aastas) ja pikaajalist digitaaltermoskoopilist jälgimist. Üksiku kahtlase pigmentlesiooni korral rakendatakse lühiajalist digitaaltermoskoopilist jälgimist intervalliga 3 kuud.

Dermatoskoopia ajakulu sõltub patsiendil olevate nahamoodustiste arvust, digitaalse dermatoskoopia ajakulu aga pildistatavate neevuste arvust. Uuringutes on digitaaltermoskoopiliselt jälgitavate lesioonide arv patsiendi kohta keskmiselt 12 ja ajakulu ühe patsiendi kohta umbes 30 minutit, kuigi atüüpiliste neevuste sündroomiga patsiendi puhul, kellel on >100 neevuse, võib kuluda 60 minutit või rohkemgi [15]. Lisaks tuleb arvestada ka dokumenteerimisele kuluva ajaga.

*Dermatoskoop on väike laetava akuga luubitaoline ese, mis võimaldab 10x suurenduse abil visualiseerida naha pindmistes kihtides olevaid struktuure, mida palja silmaga näha ei ole.

7. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks

7.1 Tervishoiuteenuse osutaja

Nimetada kohased teenuse osutajad (nt. piirkondlik haigla, keskhäigla, üldhaigla, kohalik haigla, valikupartner, perearst)

Digidermoskoopiat võivad teostada kõik spetsiaalset aparatuuri omavad ja dermatoveneroloogilist eriarstiabi osutavad tervishoiuteenuse osutajad.

7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse

ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? Loetleda sobivad variandid.

Digitaalse dermatoskoopia osutamine toimub dermatoveneroloogi poolt peamiselt ambulatoorselt.

Kui patsient on hospitaliseeritud mõne nahahaiguse tõttu statsionaari või päevaravile ning läbivaatuse käigus selgub, et ta vajab digidermoskoopiat, siis tuleb seda ka võimaldada.

<p>7.3 Raviarve eriala <i>Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.</i></p>	<p><i>Dermatoveneroloogia</i></p>
<p>7.4 Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks <i>Esitada teenuse minimaalne osutamise kordade arv, mille puhul oleks tagatud teenuse osutamise kvaliteedi säilimine. Lisada selgitused/põhjendused, mille alusel on teenuse minimaalne maht hinnatud.</i></p>	<p><i>Üldiselt aktsepteeritakse, et dermatoloog, kes on vähemalt 2 aastat dermatoskoopiat praktiseerinud, omab piisavalt pädevust dermatoskoopia alal [20]. Summaarsest mahust on võib-olla isegi olulisem kasutamise regulaarsus.</i></p>
<p>7.5 Personali (täiendava) väljaõppe vajadus <i>Kirjeldada, millise kvalifikatsiooniga spetsialist (arst vajadusel eriala täpsusega, õde, füsioterapeut vm) teenust osutab ning kas personal vajab teenuse osutamiseks väljaõpet (sh. täiendavat koolitust teatud intervalli tagant). Väljaõppe vajadusel selgitada, kes koolitab, kus väljaõppe läbiviimine toimuks ning kes tasuks koolituskulud (kas koolituse garanteerib seadme müüja või teenuse osutaja ja kulu on arvestatud teenuste hindadesse jm).</i></p>	
<p><i>Digitaalset dermatoskoopiat viib läbi vastava koolituse saanud arst, kelleks Eesti tingimustes on reeglina dermatoveneroloog.</i> <i>Dermatoskoopiaalaseks väljaõppeks ja täiendusteks on mitmeid võimalusi, alates vastavatest õpikutest ja e-kursustest kuni interaktiivsete seminaride ja kursusteni. Ka Eesti Naha- ja Suguhaiguste Arstide Selts on korraldanud dermatoskoopiaalaseid täiendkoolitusi. Lisaks korraldatakse dermatoskoopiaalseid seminare paljude rahvusvaheliste nahahaiguste pühendatud konverentside raames.</i></p>	
<p>7.6 Teenuseosutaja valmisolek <i>Kirjeldada, milline peaks olema tervishoiuteenuse osutaja töökorraldus, vajalikud meditsiiniseadmed, täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu ning kas on põhjendatud ööpäevaringne valmisolek, et oleks tagatud soovitud tulemus. Anda hinnang, kas teenuseosutaja on valmis koheselt teenust osutama või on vajalikud täiendavad investeeringud, koolitused, ruumide loomine vms.</i></p>	
<p><i>Soovitud tulemuse saavutamiseks peab tervishoiuteenuse osutaja tagama adekvaatsete töövahendite (töökorras dermatoskoobid ja digitaalse dermatoskoopia süsteemid) olemasolu ning võimaldama ja soosima arstide dermatoskoopiaalaseid täiendkoolitusi.</i></p>	

<p>8. Teenuse osutamise kogemus Eestis</p>	
<p>8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud?</p>	<p><i>Jah</i></p>
<p>8.2 Aasta, millest alates teenust Eestis osutatakse</p>	<p><i>2008</i></p>
<p>8.3 Eestis teenust saanud isikute arv ja teenuse osutamise kordade arv aastate lõikes</p>	<p><i>2014. a teostati Tartu Ülikooli kliinikumis 708 ja Põhja-Eesti regionaalhaiglas 563 digitaalse dermatoskoopia protseduuri.</i></p>
<p>8.4 Eestis teenust osutanud raviasutused</p>	<p><i>Põhja-Eesti regionaalhaigla, Ida-Tallinna keskhaigla, Tartu Ülikooli kliinikum</i></p>
<p>8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud</p>	<p><i>--</i></p>
<p>8.6 Ravi tulemused Eestis</p>	<p><i>Vt p. 9.3.</i></p>

<p>9. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes</p>	
<p>9.1 Keskmise teenuse osutamise kordade arv ravijuhu (ühele raviarvele kodeerimise) kohta</p>	<p><i>2x aastas</i></p>

9.2 Tervishoiuteenust vajavate isikute arv ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes			
9.2.1 Aasta	9.2.2 Isikute arv arvestades nii lisanduvaid isikuid kui ravi järgmisel aastal jätkavaid isikuid	9.2.3 Ravijuhtude arv 1 isiku kohta aastas arvestades asjaolu, et kõik patsiendid ei pruugi lisanduda teenusele aasta algusest	9.2.4 Teenuse osutamise kordade arv aastas kokku
1. aasta	900	1	1800
2. aasta	945	1	1890
3. aasta	1000	1	2000
4. aasta	1040	1	2080
9.3 Prognoosi aluse selgitus			
Esitatakse selgitused, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes.			
<p>Suure melanoomi riskiga patsientide hulk Eesti populatsioonis pole teada, sest seda pole sihipäraselt uuritud ning nendel seisunditel puudub ka RHK-10 klassifikatsioonis oma koht (kood). Kuna seni pole ei dermatoskoopiat ega digitaalset dermatoskoopiat tervishoiuteenuste loetelus olnud, on seda vajavate inimeste arvu prognoos hinnanguline (aga pigem maksimumi lähedane), arvestades järgnevat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2014. a teostati Tartu Ülikooli kliinikumis 708 ja Põhja-Eesti regionaalhaiglas 563 digitaalse dermatoskoopia protseduuri. 2. Seni on patsiendid pidanud uuringu eest ise maksma ja saanud seda teha ilma dermatoveneroloogi suunamiseta. Seega pole teada, kui suur hulk patsiente on pöördunud „igaks juhuks“ ja kui paljud seetõttu, et dermatoveneroloog on hinnanud neid suure riski rühma kuuluvaks. 3. Ilmselt teatud hulk suure riski rühma kuuluvatest patsientidest ei ole digitaalse dermatoskoopia protseduuril käinud selle kõrge hinna tõttu. 			
9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviasutuste vahel			
Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida <u>konkreetsetesse raviasutustesse</u> , st. tegu on spetsiifilise tervishoiuteenusega, mida hakkaksid osutama vähesed raviasutused.			
9.4.1 Raviasutuse nimi	9.4.2 Raviarve eriala raviasutuste lõikes	9.4.3 Teenuse osutamise kordade arv raviarve erialade lõikes	
Põhja-Eesti regionaalhaigla	Dermatoveneroloogia	600	
Ida-Tallina keskhaigla	Dermatoveneroloogia	600	
Tartu Ülikooli kliinikum	Dermatoveneroloogia	600	

10. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusele	
10.1 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule Loetleda <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ja teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.	Samale raviarvele teisi teenuseid ei lisandu. Esimesele digitaalse dermatoskoopia uuringule eelneb dermatoveneroloogi esmane vastuvõtt (3002), mille käigus sünnibki otsus, kas patsient vajab digitaalset dermatoskoopiat.

<p>10.2 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule</p> <p><i>Loetleda alternatiivse tervishoiuteenuse <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ning teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i></p>	<p><i>Melanoomikahtlaste kollete ekstsiooni korral lisanduvad raviarvele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - kirurgi esmane ja kordusvisiit (3002 ja 3004); - operatsioon – iga eemaldatud lesiooni kohta: 7114, 0Q2101, 0Q2102 või 0Q2103 - histoloogilised uuringud (66801 või 66823, 66804 v 66805) iga lesiooni kohta <p><i>Lisaks sellele tuleb mõnikord teha nahaplastikat (7126) ning arvestama peab ka operatsiooni võimalike tüsistuste raviga seotud kulusid.</i></p>
<p>10.3 Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult?</p> <p><i>Kui jah, siis loetleda nende teenuste koodid ning selgitada, kui suures osakaalus asendab uus teenus hetkel loetelus olevaid teenuseid (tuua välja asendamine teenuse osutamise kordades).</i></p>	<p><i>Digitaalne dermatoskoopia asendab suuresti ekstsiooniga seotud teenuseid (kirurgi visiidid, operatsioon, histoloogilised uuringud).</i></p>
<p>10.4 Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega? Kas teenuse kasutusse võtmine tähendab uute ravijuhtude lisandumist või mitte? Kui jah, siis mitu ravijuhtu lisandub?</p>	<p><i>Ei ole oodata uute ravijuhte lisandumist, sest ka täna käivad need patsiendid oma pigmentmoodustisi regulaarselt kontrollimas.</i></p>
<p>10.5 Taotletava tervishoiuteenusega kaasnevad samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal.</u></p> <p><i>Kirjeldatakse täiendavad teenused, ravimid ja/või meditsiiniseadmed, mis on vajalikud kas teenuse määramisel, teostamisel, edasisel jälgimisel: kuidas kasutatakse (ravimite puhul annustamisskeem), ravi kestus/kuuride arv, ravi alustamise ja lõpetamise kriteeriumid. Diagnostilise protseduuri puhul esitatakse andmed juhul, kui protseduuri teostamise järel muutub isiku edasises ravis ja/või jälgimisel kasutatavate tervishoiuteenuste ja ravimite kasutus. Juhul kui muutust ei toimu, esitada sellekohane selgitus.</i></p>	<p><i>Muutuste korral, mis võivad viidata melanoomile, teostatakse ambulatoorselt nahamoodustise kirurgiline eemaldamine (või naha puurbiopsia, kood 7006) koos histoloogiliste uuringutega.</i></p>
<p>10.6 Alternatiivse raviviisiga kaasnevad (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal.</u></p> <p><i>Vastamisel lähtuda punktis 10.5 toodud selgitustest.</i></p>	<p><i>Ilma digitaalse dermatoskoopiata toimub patsiendi käsitus samade tervishoiuteenuste abil, kuid kuna diagnostiline täpsus on halvem, siis tehakse rohkem tarbetuid healoomuliste nahamoodustiste eemaldamisi ning pahaloormuliste nahakasvajate diagnoos võib hilineda.</i></p>
<p>10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult erinevat mõju töövõimetuse kestvusele võrreldes alternatiivse raviviisiga?</p> <p><i>Kas töövõimetuse kestuse osas on publitseeritud andmeid teaduskirjandusest ning kas raviviiside vahel saab väita erinevust?</i></p>	<p><i>Jah.</i></p>

<p>10.8 Kui jah, siis mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel taotletava teenuse korral ning mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel alternatiivse raviviisi korral?</p>	<p><i>Digidermatoskoopia ei suurenda töövõimetuslehel viibimise riski võrreldes tavalise arstivisiidiga.</i></p> <p><i>Tulenevalt digidermatoskoopia mitteinvasiivsest loomusest on selle puhul töövõimetuslehel viibimise risk kindlasti väiksem kui kirurgilise sekkumise korral.</i></p>
--	---

11. Kulud ja kulutõhusus

11.1 Taotletava ravimi või tehnoloogia maksumus
Esitada ravimi või tehnoloogia maksumus koos täpsustusega, millise hinnaga on tegu (ravimi maaletoomishind, hulgimüügi väljamüügihind, lõplik hind haiglaapteegile koos käibemaksuga). Väli on kohustuslik kui taotluse eesmärgiks on „Uue ravimiteenuse lisamine loetellu“, „Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse“ või „Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse“

Digitaalse dermatoskoopia süsteemi MoleMax HD soetusmaksumus (ilma käibemaksuta) on 38 000 eurot.

11.2. Tervishoiuökonomilise analüüsi kokkuvõte
Kui taotluse eesmärgiks on „Uue ravimiteenuse lisamine loetellu“ või „Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse“, palume esitada koostöös ravimi müügi- ja looahojajaga kokkuvõtte ravimi majanduslikust analüüsist, mis on koostatud vastavalt Sotsiaalministeeriumi veebilehel avaldatud Balti riikide juhisele ravimi farmakoökonomiliseks hindamiseks⁸, välja arvatud juhul, kui selle mitteestimeerimiseks esineb mõjuv põhjus. Majandusliku analüüsi kokkuvõtte esitamine on soovituslik ka uue tehnoloogia lisamisel loetellu.

Sihipärasel kasutamisel võimaldab digitaalne dermatoskoopia vähendada tervishoiukulusid, mis seostuvad melanoomi avastamisega.

11.3 Rahvusvahelised kulutõhususe hinnangud taotletava teenuse näidustuse lõikes
Maksimaalselt palume kajastada 6 hinnangut.

11.3.1 Kulutõhususe hinnangu koostanud asutuse nimi	11.3.2 Hinnangu avaldamise aasta	11.3.3 Lühikokkuvõtte kulutõhususest <i>Kas raviviis on hinnatud kulutõhusaks? Palume välja tuua, milline on taotletavast teenusest saadav lisakas. Näiteks mitu täiendavat eluaastat (life year gained, LYG) või kvaliteedile kohandatud eluaastat (quality adjusted life year, QALY) võidetakse taotletava teenusega või kui palju tüsistusi või meditsiinilise probleemi taasteket võimaldab uus teenus ära hoida. Milline on täiendkulu tõhususe määr (ICER) võidetud tervisetulemi kohta?</i>
<i>Department of Dermatology, Centre du Cancer, Cliniques Universitaires St Luc, Université catholique de Louvain, Brüssel, Belgia [21]</i>	<i>2014</i>	<i>Võrreldes dermatoloogi konsultatsiooniga (koos dermatoskoopiaga) vähendas digitaalse dermatoskoopia võimalus kulusid 1 eemaldatud melanoomi kohta 548 euro võrra (kulud vastavalt 1613 eurot ja 1052 eurot, p < 0,05).</i>

⁸ https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Ravimid/balti_juhis_ravimite_farmakoökonomiliseks_hindamiseks.pdf

11.4 Hinnang isiku omaosaluse põhjendatusele ja isikute valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult

Esitatakse isiku omaosaluse vajalikkus ja maksmise võimalused. Omaosaluse vajadusel lisatakse omaosaluse %.
Omaosaluse valmisoleku esitamisel arvestada Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikes 3 sätestatut ning selgitada: 1) kas teenuse osutamisega taotletav eesmärk on saavutatav teiste, odavamate meetoditega, mis ei ole seotud oluliselt suuremate riskidega ega halvenda muul viisil oluliselt kindlustatud isiku olukorda;
2) kas teenus on suunatud pigem elukvaliteedi parandamisele kui haiguse ravimisele või kergendamisele;
3) kas kindlustatud isikud on üldjuhul valmis ise teenuse eest tasuma ning millest nende otsus sõltub.

Odavamad sama efektiivset alternatiivmeetodit ei ole.

Kuna digitaalne dermatoskoopia võimaldab melanoomi diagnoosida varases faasis, aitab see parandada patsientide elulemust ning vähendab haigestumust.

Suure melanoomi riskiga patsientide omaosalus digitaalse dermatoskoopia teenuse eest tasumisel ei ole õiglane, kuna enamik riskiteguritest ei ole mõjutatavad.

12. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus ning kohaldamise tingimused

12.1 Tervishoiuteenuse väärkasutamise tõenäosus

Esitatakse andmed teenuse võimaliku väärkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. risk, et tervishoiuteenust kasutatakse valel patsiendil, mitte piisavat erialast kompetentsi omava tervishoiutöötaja või tugispetsialisti poolt.

Sihtrühma (suure melanoomi riskiga patsiendid) silmas pidades on väär- ja liigkasutamine ebatõenäolised.

12.2 Tervishoiuteenuse liigkasutamise tõenäosus

Esitatakse andmed teenuse võimaliku liigkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. ravi ei lõpetata progressiooni ilmlemisel, ravi alustatakse varem, kui eelnevad ravimeetodid on ära proovitud.

Vt p. 12.1.

12.3 Patsiendi isikupära ja eluviisi võimalik mõju ravi tulemustele

Kas patsiendi sugu, vanus, eluviis vms omab mõju ravi tulemustele? Kui jah, tuua välja faktor ja tema mõju.

Probleemiks võib saada patsiendi halb soostumus: kui patsient ei tule õigeaegselt kordusuuringule, siis ei täida uuring oma eesmärki.

12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine

Jah.

12.5 Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused

Kui 12.4 on vastatud jaatavalt, palume sõnastada teenusega seotud rakendustingimused, mis aitaksid tagada tervishoiuteenuse ohutut ja optimaalset kasutust.

Kuna digitaalne dermatoskoopia on ressursimahukas, siis on otstarbekas piirata selle osutamist punktis 3.1. nimetatud näidustustega.

Digitaalse dermatoskoopia optimaalse kasutamise tagamiseks oleks mõistlik rakendada dermatoveneroloogi poolt uuringule suunamise nõuet. Dermatoveneroloog otsustab digitaalse dermatoskoopia vajaduse lähtuvalt patsiendi riskiteguritest ja kliinilisest leiust.

Teenuse väärkasutamise ennetamiseks on vajalik teenuse osutajate hulka piirata dermatoskoopia koolituse läbinud arstidega, kelleks Eesti tingimustes on peamiselt dermatoveneroloogid.

Digitaalne dermatoskoopia on patsiendile ohutu.

13. Kasutatud kirjandus

Kasutatud kirjandusallikate viide esitatakse järgmiselt:

Esimene autor. Artikli nimetus. Väljaandja (artikli puhul ajakirja, -lehe nimi; raamatu puhul kirjastuse nimi), ilmumise aasta, kuu ning ajakirja puhul selle number, lehekülgede numbrid.

Nt: Pouwer F et al. Association between symptoms of depression and glycaemic control may be unstable across gender. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 2001, Jul;18(7), 595-598.

Võimalusel esitatakse lisaks veebilink. Kui elektroonilisi viiteid ei ole võimalik esitada, esitatakse taotlusega koos viidatud materjalidest elektroonsed või paberandjal koopiad.

1. Haenssle HA, et al. Selection of patients for long-term surveillance with digital dermoscopy by assessment of melanoma risk factors. *Arch Dermatol*. 2010 Mar; 146(3): 257-264. <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209739>
2. Viana AC, et al. Giant congenital melanocytic nevus. *An Bras Dermatol*. 2013 Nov-Dec; 88(6): 863-878. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3900335/>
3. Vourc'h-Jourdain M, et al. Large congenital melanocytic nevi: therapeutic management and melanoma risk: a systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2013 Mar;68(3):493-8.e1-14. [http://www.jaad.org/article/S0190-9622\(12\)01044-4/abstract](http://www.jaad.org/article/S0190-9622(12)01044-4/abstract)
4. Menzies SW, et al. Short-term digital surface microscopic monitoring of atypical or changing melanocytic lesions. *Arch Dermatol*. 2001 Dec; 137(12): 1583-1589. <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=478615>
5. Altamura D, et al. Assessment of the optimal interval for and sensitivity of short-term sequential digital dermoscopy monitoring for the diagnosis of melanoma. *Arch Dermatol*. 2008 Apr; 144(4): 502-506. <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=419637>
6. Mervic L. Prognostic factors in patients with localized primary cutaneous melanoma. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat*. 2012;21(2):27-31. <http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/thejournalhub/10.15570/archive/acta-apa-12-2/1.pdf>
7. Eesti vähiregister. Tervisestatistika ja -uuringute andmebaas <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/Haigestumus/04Pahaloomulised%20kasvajad/04Pahaloomulised%20kasvajad.asp>
8. Kuusk G, et al. Naha pahaloomulistesse kasvajatesse haigestumus 15-44aastaste Eesti noorte hulgas ajavahemikul 1980–2009. *Eesti Arst* 2014 Aug; 93(7): 386-390. <http://eestiartst.ee/naha-pahaloomulistesse-kasvajatesse-haigestumus-15-44aastaste-eesti-noorte-hulgas-ajavahemikul-1980-2009/>
9. Padrik P, et al. Kliinilise auditi „Naha melanoomi diagnostika ja ravi 2012. aastal esmashaigestunud patsientidel“ kokkuvõte. *Eesti Arst* 2014 Sept; 93(8): 445-447. <http://eestiartst.ee/kliinilise-auditi-naha-melanoomi-diagnostika-ja-ravi-2012-aastal-esmashaigestunud-patsientidel-kokkuvote/>
10. Bafounta M, et al. Is Dermoscopy (Epiluminescence Microscopy) Useful for the Diagnosis of Melanoma?: Results of a Meta-analysis Using Techniques Adapted to the Evaluation of Diagnostic Tests. *Arch Dermatol*. 2001 Oct; 137(10): 1343-1350. <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=478511>
11. Kittler H, et al. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol*. 2002 Mar; 3(3): 159-165. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204502006794>
12. Vestergaard ME, et al. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. *Br J Dermatol*. 2008 Sep; 159(3): 669-676. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365->

2133.2008.08713.x/abstract;jsessionid=2D28CF186743E3DF3E163652EF905DEF.d03t03

13. Skvara H, et al. Limitations of dermoscopy in the recognition of melanoma. *Arch Dermatol.* 2005 Feb; 141(2): 155-160. <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=392759>
14. Tschandl P, et al. Melanomas versus nevi in high risk patients under long term monitoring with digital dermatoscopy: Do melanomas and nevi already differ at baseline? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016 Nov 29. doi: 10.1111/jdv.14065. [Epub ahead of print] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.14065/abstract>
15. Salerni G, et al. Meta-analysis of digital dermoscopy follow-up of melanocytic skin lesions: a study on behalf of the International Dermoscopy Society. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013 Jul; 27(7): 805-814. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.12032/full>
16. Moloney FJ, et al. .Detection of primary melanoma in individuals at extreme high risk: a prospective 5-year follow-up study. *JAMA Dermatol.* 2014 Aug; 150(8):819-27. <http://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/1883732>
17. Tromme I, et al. Availability of digital dermoscopy in daily practice dramatically reduces the number of excised melanocytic lesions: results from an observational study. *Br J Dermatol.* 2012 Oct;167(4):778-8 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2133.2012.11042.x/abstract;jsessionid=FE3C7202D31607378C2C0A7A452D92C2.f03t01>
18. Garbe C, et al. Diagnosis and treatment of melanoma. European consensus-based interdisciplinary guideline--Update 2016. *Eur J Cancer.* 2016 Aug;63:201-17. [http://www.ejancer.com/article/S0959-8049\(16\)32136-0/abstract](http://www.ejancer.com/article/S0959-8049(16)32136-0/abstract)
19. Pflugfelder A, et al. Malignant melanoma S3-guideline "diagnosis, therapy and follow-up of melanoma". *J Dtsch Dermatol Ges* 2013 Aug;11 Suppl 6:1-116. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ddg.12113_suppl/pdf.
20. Rajpara SM, et al.. Systematic review of dermoscopy and digital dermoscopy/ artificial intelligence for the diagnosis of melanoma. *Br J Dermatol* 2009 Sep; 161(3): 591-604. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2133.2009.09093.x/abstract>
21. Tromme I, et al. Selective use of sequential digital dermoscopy imaging allows a cost reduction in the melanoma detection process: a belgian study of patients with a single or a small number of atypical nevi. *PLoS One.* 2014 Oct 14;9(10):e109339. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0109339>

Taotluse esitamise kuupäev	31. detsember 2016
Taotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	Annika Volke (allkirjastatud digitaalselt)
Kaastaotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Kui taotlus esitatakse mitme erialaühenduse poolt, tuleb taotlus allkirjastada ka kaastaotleja poolt. Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	--