

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 Gastrointestinaalse Endoskoopia Ühing
1.2 Taotleja postiaadress	L. Puusepa tn 8, Tartu, Tartumaa 50406
1.3 Taotleja telefoninumber	[REDACTED]
1.4 Taotleja e-posti aadress	endoskoopia@gmail.com
1.5 Kaastaotleja	
1.6 Kaastaotleja e-posti aadress	
1.7 Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi	Hendrik Laja
1.8 Kontaktisiku telefoninumber	[REDACTED]
1.9 Kontaktisiku e-posti aadress	[REDACTED]
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>	Uue teenuse taotlus
2.2 Tervishoiuteenuse nimetus	Endoskoopiline submukoosne dissektsioon
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)	

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

<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 muutmisest (nt. teenuse osutajate ringi laiendamine, teenuse kirjelduse muutmine) ³ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kindlustatud isiku omaosaluse määra, haigekassa poolt kindlustatud isikult ülevõetava tasu maksmise kohustuse piirmäära muutmine ⁴ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse nimetuse muutmine ⁵ <input type="checkbox"/> Tervishoiuteenuse väljaarvamine loetelust ⁶ <input type="checkbox"/> Üldkulude ühikuhindade muutmine vastavalt määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ § 36 lõikele 2 ⁷
<p>2.4 Taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus</p> <p><i>Esitada lühidalt taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus, mida taotletakse ja millistel põhjustel.</i></p> <p>Lisada endoskoopiline submukoosne dissektsioon (ESD) tervishoiuteenuste loetellu seedetrakti healoomuliste ja varaste maliigsete kasvajate endoskoopiliseks raviks.</p>

3. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus	
<p>3.1 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus (ehk sõnaline sihtgrupi kirjeldus)</p> <p><i>Esitada üksnes teenuse need näidustused, mille korral soovitakse teenust loetellu lisada, ravimikomponendi osas ravimiteenust täiendada, tehnoloogia osas tervishoiuteenust täiendada või teenuse sihtgruppi laiendada.</i></p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Söögitoru lamerakulised vähid, mis ei haara visuaalsel hinnangul ilmselgelt submukoosat - Barretti söögitoru korral nähtavate lesioonide eemaldamiseks, mida ei ole võimalik eemaldada EMR-iga (mukosektoomiaga) - Mao pindmiste neoplaasiate (madala või raske astme düsplaasia, väga madala lümfisõlmede metastaaside riskiga adenokartsinoom) endoskoopiline eemaldamine - Käärsoole ja pärasoole neoplaasiate eemaldamine, mille visuaalsel hinnangul esineb submukoosne pindmise invasiooni risk või mis pole mukosektoomia abil eemaldatavad
3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus	<i>C15, C16, C18, D12, D13.0, D13.1</i>

² Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 6

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“

RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)	
3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või tervises seisundi iseloomustus	
<i>Kirjeldada haiguse või tervises seisundi levimust, elulemust, sümptomaatikat jm asjasse puutuvat taustainfot.</i>	
<p>Seedetrakti endoskoopia laialdane levik võimaldab seedetrakti varaste neoplaasiate paremat avastamist. Kuigi need lesioonid on tavaliselt prekantseroossed saab sügavamalt invasiooni välistada vaid pärast endoskoopilist eemaldamist. Endoskoopiline reseksioon on piisav ravi seedetrakti varaste vähkide osas, millel ei esine submukoosa invasiooni (või see on vähene) ja teisi histoloogilisi riskifaktoreid. Säästmaks patsiente tarbetust operatsioonist on vajalik kinnitada nii endoskoopiliselt kui histoloogiliselt reseksiooni täielikkus. Paljusid seedetrakti pindmisi neoplaasiaid on võimalik resetseerida EMR-i (endoscopic mucosal resection) ehk mukosektoomia tehnika abil linguga, kuid EMR ei sobi suuremate kui >20 mm või submukoossasse süstimisel mitte kerivate (<i>non-lifting</i>) lesioonide ühes osas eemaldamiseks. Nende piirangute tõttu on arendatud 2000ndatel endoskoopiline submukoossne disseksioon (ESD), mis võimaldab ühes tükis eemaldada ka suuremaid lesioone.</p>	

4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhisus	
4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus	
<i>Selgitada lühidalt taotluse aluseks olevate kliiniliste uuringute jm teaduspõhiste kirjandusallikate otsimising 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).</i>	
<p>Uuringuid otsiti PubMed-ist. Otsingu märksõnad olid “((endoscopic) AND submucosal) AND dissection”. Ajaline piirang oli 5 viimast aastat. Kokku saadud 2409 inglise keelset vastet. Valikusse jäetud valitud Euroopa ravijuhised, mis sisaldavad ülevaadet olulisematest uuringutest ning protseduuri tehniline kirjeldus.</p> <p>ESGE 2015a ravijuhise koostamise otsingus kasutati Medline andmebaasi ja vähemalt järgnevaid märksõnasid: „ESD“ ja „neoplasia“. Hinnatavad artiklid valiti pealkirja või abstrakti alusel.</p>	
4.2 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel	
4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes	All pool on toodud kokkuvõtte ESGE 2015a ravijuhises käsitletud uuringutest ^[1] .
<i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloormustus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Söögitoru varane lamerakuline vähk: 970 patsienti 2. Barreti söögitorust lähtunud adenokartsinoomi korral: 346 patsienti 3. Uuringud, mis haarasid söögitoru varast lamerakulist vähki ja adenokartsinoomi: 678 patsienti 4. Mao pindmised kasvaja (metanalüüside andmed): 1734/1495/1916 patsienti 5. Jämesoole pindmised kasvaja: 2841/200/185/1000/ patsienti

4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Endoskoopiline submukoosne dissektsioon
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	
4.2.4 Uuringu pikkus	Erinev
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	Endoskoopiliselt ühes osas (<i>en bloc</i>) eemaldatud lesioonid
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Uuringutes <i>en bloc</i> resektsiooni õnnestumine: 6. Söögitoru varane lamerakuline vähk: 99% (83,3 – 100%) 7. Barreti söögitorust lähtunud adenokartsinoomi korral: 97,1% (81,2 – 100%) 8. Uuringutes, mis haarasid söögitoru varast lamerakulist vähki ja adenokartsinoomi: 93,9% (81,2 – 100%) 9. Mao pindmised kasvajakud (metanalüüside admed): 92% 10. Jämesoole pindmised kasvajakud: 64 – 96%. Vt. täpsemalt tabelid.
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	R0 resektsioon, kuratiivne resektsioon, lokaalne retsidiiv, suremus, tüsistused, protseduur kestvus.
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	Vt. tabelid

Table 1 Outcomes of ESD for esophageal superficial lesions.

Tumor type (Number of studies) First author, year	Lesions included, n	En bloc resection rate		Complete R0 resection rate		Curative resection rate		Local recurrence rate		Mortality, ESD-related		Procedure-related bleeding rate		Procedure-related perforation rate		Mean operation time	
		Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N*	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	ESD-related	ESD-related	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Range, min Studies, n/N			
<i>Squamous cell carcinoma</i> (15 studies) 970																	
Kanzaki 2013 [8]		963/970	719/868	528/698	3/850	0%	40/970	37/970					24-160				
Toyonaga 2013 [9]		99%	82.8%	75.6%	0.3%		4.1%	3.8%					9/15				
Kawahara 2013 [10]		(83.3% - 100%)	(78% - 100%)	(69% - 100%)	(0% - 2.6%)		(0% - 22.8%)	(0% - 4%)									
Fujinami 2014 [11]		15/15	14/15	10/15	14/15		15/15	15/15									
Yamashina 2012 [12]																	
Yamashita 2011 [13]																	
Mokizuki 2011 [14]																	
Takahashi 2010 [15]																	
Repci 2010 [16]																	
Chaves 2010 [17]																	
Teoh 2010 [18]																	
Nonaka 2010 [19]																	
Ono 2009 [20]																	
Fujishiro 2006 [21]																	
Oyama 2005 [22]																	
<i>Adenocarcinoma arising in Barrett esophagus or esophagogastric junction</i> (6 studies) 346																	
Hoteya 2013 [23]		336/346	265/336	246/336	0%	0%	4/346	8/346					(70-145)				
Neuhaus 2012 [24]		97.1%	78.8%	73.2%	6/6	6/6	1.1%	2.3%					5/6				
Hirasawa 2010 [25]		(81% - 100%)	(38.5% - 97%)	(64.5% - 86%)			(0% - 2.7%)	(0% - 4%)									
Yoshinaga 2008 [26]		5/6	6/6	6/6			6/6	6/6									
Kakushima 2006 [27]																	
Chevaux 2015 [28]																	
<i>Squamous cell carcinoma (superficial) + adenocarcinoma</i> (10 studies) 678																	

Table 1 (Continuation)

Tumor type (Number of studies) First author, year	Lesions included, n	En bloc resection		Complete RO resection rate		Curative resection rate		Local recurrence rate		Mortality, ESD-related		Procedure-related bleeding rate		Procedure-related perforation rate		Mean operation time	
		Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N*	rate Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	ESD-related Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Lesions, n/N Overall % (Range, %) Studies, n/N	Mean operation time Range, min Studies, n/N					
Higuchi 2013 [29]		637/678	589/678	86.8%	82.6%	4/359	7/678	3/678	0%	1%	0.4%	0.4%	(67-142)				
Araentes 2013 [30]		93.9%	86.8%	82.6%	82.6%	1.1%	1%	0.4%	0%	0.4%	0.4%	0.4%	8/10				
Isomoto 2013 [31]		(81.2%-100%)	(50%-100%)	(50%-97%)	(50%-97%)	(0%-8%)	(0%-3.2%)	(0%-4%)	0%	(0%-3.2%)	(0%-4%)	(0%-4%)					
Sato 2013 [32]		10/10	10/10	10/10	10/10	8/10	10/10	10/10		10/10	10/10	10/10					
Chaves 2013 [33]																	
Lee 2012 [34]																	
Kikuchi 2012 [35]																	
Ishii 2010 [36]																	
Ishihara 2008 [37]																	
Probst 2015 [38]																	
Tumor not specified (4 studies)	44																
Linghu 2013 [39]		41/44	38/44	86.3%	82.8%	0%	5/44	9/185	0%	11.3%	4.8%	4.8%	77-150				
Farhat 2011 [40]		93.1%	86.3%	(77.8%-100%)	(77%-100%)	3/4	11.3%	4.8%	0%	(0%-18.5%)	(0%-10.7%)	(0%-10.7%)	2/4				
Coda 2010 [41]		(88.9%-100%)	(77.8%-100%)	(77%-100%)	(77%-100%)		(1 case of bleeding+perforation)										
Motohashi 2009 [42]		4/4	4/4	4/4	3/4		4/4										
Submucosal tumor (3 studies)	185																
Li 2012 [43]		173/185	163/173	94.2%	94.5%	0%	0%	9/185	0%	3/3	4.8%	4.8%	45-73				
Gong 2012 [44]		93.5%	94.2%	(94.4%-100%)	(94.4%-100%)	3/3	3/3	4.8%	0%	3/3	4.8%	4.8%	3/3				
Shi 2011 [45]		(83.3%-94.4%)	(94.4%-100%)	(94.4%-100%)	(94.4%-100%)												
Total (38 studies)	2223	2150/2223	1774/2099	84.5%	79.6%	7/1560	53/2045	59/2179	0%	2.5%	2.7%	2.7%	24-160				
Excluding submucosal tumors	2046	1965/2038	1611/1926	83.6%	78%	7/1375	53/1860	50/1994	0%	2.8%	2.5%	2.5%	27/38				
		(81%-100%)	(38.5%-100%)	(81%-100%)	(38.5%-100%)	(0%-8%)	(0%-22.8%)	(0%-10.7%)	0%	38/38	38/38	38/38					

*n/N, number of studies reporting outcome/number of studies considering each type of tumor

Table 2 Outcomes of endoscopic submucosal dissection (ESD) for gastric superficial lesions (meta-analysis data).

Meta-analysis First author, year (number of studies)	Lesions included, n	En bloc resection rate Lesions, n/N (%)	Complete R0 resection rate Lesions, n/N (%)	Curative resection rate Lesions, n/N (%)	Local recurrence rate Lesions, n/N (%)	Mortality, ESD-related	Procedure-related bleeding Lesions, n/N (%)	Procedure-related perforation Lesions, n/N (%)	Mean operation time, range from studies, min
Park 2011 [119] (12 studies)	1734	1055/1150 (92%)	1287/1401 (92%)	774/973 (80%)	13/1592 (<1%)	0	116/1642 (7%)	80/1762 (5%)	33–84
Lian 2012 [118] (9 studies)	1495	1328/1437 (92%)	1227/1495 (82%)*		11/1438 (<1%)	0	82/876 (9%)	62/1438 (4%)	34–116
Facciorusso 2014 [131] (10 studies)	1916	1328/1437 (92%)	1227/1495 (82%)*		12/1859 (<1%)	0	62/1438 (4%)	62/1438 (4%)	34–116

* Considered by author to be histologically complete resection (did not differentiate between complete R0 and curative resection)

Table 3 Outcomes of endoscopic submucosal dissection (ESD) for colorectal superficial lesions.

Study First author, year	Lesions included, n	Location (colon or rectum)	En bloc resection rate, n/N (%)	Complete R0 resec- tion rate R0 n/N (%)	Local recur- rence rate, n/N (%)	Mortality, ESD- related	Procedure- related bleeding, n/N (%)	Procedure- related perfora- tion, n/N (%)	Mean operation time, min
Repici 2012 [190] (systematic review)	2841	Both	2727/2841 (96)	2500/2841 (88%)	1/1397 (<0.1%)	0	47/2841 (2%)	135/2841 (4%)	
Hisabe 2012 [192]	200	Both	172/200 (86%)	-	-	-	2/200 (1%)	14/200 (7%)	109
Takeuchi 2012 [193]	185	Both	172/185 (93%)	140/185 (76%)	6/185 (3%)	-	4/185 (2%)	3/185 (<2%)	-
Lee 2013 [194]	1000	Both	973/1000 (97%)	911/1000 (91%)	3/722 (<1%)	-	4/1000 (<1%)	53/1000 (5%)	-
Repici 2013 [195]	40	Rectum	36/40 (90%)	32/40 (80%)	1/40 (2%)	-	2/40 (5%)	1/40 (2%)	86
Rahmi 2014 [196]	45	Rectum	29/45 (64%)	24/45 (53%)	3/45 (7%)	-	6/45 (13%)	8/45 (18%)	110

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 $< 1/10$)	Verejooks, perforatsioon.
Rasked kõrvaltoimed	
Võimalikud tüsistused	Söögitoru või jämesoole striktuur, kui eemaldatud kasvaja haaras suure osa sooleseina tsirkumferentsist.
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, oksendamise 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>	
Protseduuriaegne verejooks ja perforatsioon on tavaliselt endoskoopiliselt ravitavad. Harvematel juhtudel võib olla vajalik erakorraline operatsioon. Vajalik võib olla verekomponentide ülekande ja AB-ravi. Söögitorus ja jämesooles võib tekkida striktuur, kui eemaldatud kasvaja haaras suure osa sooleseina tsirkumferentsist. Striktuuri raviks kasutatakse endoskoopilist balloondilatatsiooni ja kui see ei ole efektiivne, siis kirurgilist ravi.	
4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas	
<i>Kirjeldada publitseeritud ravi tulemusi maailmapraktikas, <u>kui puuduvad</u> tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi tulemuslikkuse ja ohutuse kohta avaldatud <u>kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel.</u></i>	
ESD on tunnustatud meetod antud näidustustel Euroopas ja maailmas laiemalt ning käsitletud erinevates ravijuhistes.	
Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2015 Sep;47(9):829-54. doi: 10.1055/s-0034-1392882. Epub 2015 Aug 28.	

5. Tõenduspõhisus võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega

5.1 Ravikindlustuse poolt rahastatav alternatiivne tõenduspõhine raviviis tervishoiuteenuste, soodusravimite või meditsiiniseadmete loetelu kaudu
Maksimaalselt palume kirjeldada 3 alternatiivi.

Alternatiivi liik Märkida, millise loetelu (tervishoiuteenused, soodusravimid, meditsiiniseadmed) kaudu on kohane alternatiiv patsiendile kättesaadav	Alternatiiv Märkida alternatiivse raviviisi teenuse kood, ravimi toimeaine nimetus või meditsiiniseadme rühma nimetus.	Lisaselgitus / märkused Vajadusel lisada siia tulpa täpsustav info
1. Kirurgiline ravi	Alternatiivse raviviisi (operatsiooni) kood sõltub lokalisatsioonist	
2.		
3.		

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	Soovitused ravijuhises		Soovituse tugevus ja soovituse aluseks oleva tõenduspõhisuse tase
		Soovitused taotletava teenuse osas		
		Soovitused alternatiivse raviviisi osas		
1. Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline.	2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Endoskoopiline <i>en bloc</i> reseksioon söögitoru pindmiste lamerakuliste vähkide raviks, millel ei ole ilmselget submukoosa haaratust (tugev soovitus, mõõdukas tõenduspõhisus). 2. Barretti söögitoru foonil tekkinud nähtavad lesioonid valitud juhtudel (üle 15 mm, halb tõusmine submukoosa süste järel, submukoosa pindmise invasiooni risk) (tugev soovitus, mõõdukas tõenduspõhisus). 3. Mao pindmiste neoplaasiate (madala või raske astme düsplaasia, väga madala lümfisõlmede metastaaside riskiga adenokartsinoom) endoskoopiline eemaldamine (tugev soovitus, mõõdukas tõenduspõhisus). 4. Käärsoole ja pärasoole neoplaasiate eemaldamine, mille visuaalsel hinnangul esineb submukoosse pindmise invasiooni risk või mis pole mukosektoomia abil eemaldatavad (tugev soovitus, mõõdukas tõenduspõhisus). 		
2. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis,	2016	<ol style="list-style-type: none"> 1. Söögitoru T1a adenokartsinoomi puhul on endoskoopiline ravi eelistatud ravivalik (II, A) 2. Söögitoru lameralikulise epiteeli raske astme düsplaasia või limaskestaga piirduva 		

treatment and follow-up		adenokartsinoomi (L0, V0, puudub haavandumine, diferentseerumine G1/G2, infiltratsiooni sügavus m1/m2) korral peaks teostama endoskoopilise reseksiooni (III, A). Eelistada tuleks ESD-d, eriti >15 mm suuruste lesioonide korral (II, B).
3. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	2016	1. Endoskoopiline reseksioon on sobiv valitud väga varaste mao pahaloomuliste kasvajate raviks (III, B). Soovitatakse ESD tehnikat.
<p>5.3 Kokkuvõtte tõendus põhinev võrreldes alternatiivsete tõendus põhiste raviviisidega <i>Esitada kokkuvõtvalt teenuse oodatavad lühi- ja pikaajalised tulemused tervisele. nt. surmajuhtumite vähenemine, haigestumisjuhtude vähenemine, elukvaliteedi paranemine, kõrvaltoimete sageduse vähenemine, tüsistuste sageduse vähenemine.</i> <i>Lisaks selgitada, kas uus teenus on samaväärne alternatiivse raviviisiga. Väites uue teenuse paremust, tuleb välja tuua, milliste tulemuste osas omab taotletav teenus eeliseid.</i></p> <p>Seedetrakti düsplaasiaga ja varaste pahaloomuliste kasvajate endoskoopiline eemaldamine võimaldab sobival näidustusel kasutamisel olla kuratiivne ja vältida invasiivsemat ja suuremahulisemalt operatsiooni, millega kaasneb tavaliselt suurem trauma, rohkem tüsistusi ja pikem haiglas ning töövõimetuselehel viibimine. Mukosektoomia (EMR) ei sobi düsplaasiaga suurte kasvajate eemaldamiseks, millel esineb pindmise pahaloomulisuse risk, sest mitmes osas eemaldamisel ei ole võimalik hinnata lõikejooni ja pindmise maliigsuse esinemisel oleks seetõttu pärast ikkagi vajalik operatsioon.</p>		

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.

Seedetrakti alaosa protseduuri korral on vajalik soole ettevalmistus nagu tavakoloskoopia korral. Seedetrakti ülaosa protseduuri korral eriettevalmistust vaja ei ole. Protseduuri on kaasatud endoskopiist (arst) ja endoskoopiakabineti personal (õde, hooldaja jt.), sedatsiooni/anesteesia vajaduse korral ka anesthesioloog. Teenust osutatakse endoskoopiakabinetis või anesteesia vajaduse korral operatsioonitoas, kui endoskoopiakabinetis puuduvad anesteesia läbiviimiseks vajalikud seadmed. Kasutatakse seedetrakti videoendoskoopi, elektrokirurgilist generaatorit, värvainega submukoosasse süstimise lahust, süstenõela, endoskoobi läbipaistvat otsa (*cap*), ESD instrumente (ESD nuga, ESD-ks mõeldud hemostaatiline tang), vajadusel klipse. Preparaadi välja toomiseks kasutatakse võõrkeha eemaldamiseks kasutatavaid instrumente (nt võrk). Üldine praktika on pärast protseduuri patsiendi jälgimine statsionaaris ühe kuni paari päeva jooksul.

<p>Protseduuri keskmine kogukestus on hinnanguliselt 3 tundi.</p>	
<p>7. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks</p>	
<p>7.1 Tervishoiuteenuse osutaja <i>Nimetada kohased teenuse osutajad (nt. piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, kohalik haigla, valikupartner, perearst)</i></p>	<p>Teenust osutatakse haiglatingimustes</p>
<p>7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? <i>Loetleda sobivad variandid.</i></p>	<p>Statsionaarselt</p>
<p>7.3 Raviarve eriala <i>Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.</i></p>	<p>Gastroenteroloogia Üldkirurgia Onkoloogia</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>ESGE “Curriculum for endoscopic submucosal dissection training in Europe. Position Statement.”^[2] dokumendis on toodud 25 protseduuri aastas.</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>Teenust osutab seedetrakti endoskoopia pädevusega eriarst, kes tavaliselt on gastroenteroloog või kirurg. Vajalikud eelnevad pädevused on seedetrakti kasvajate endoskoopilise diagnostika, EMR-i (mukosektoomia) ja protseduuri tüsistuste (verejooks, perforatsioon) endoskoopilise ravi alal. ESD vajab eriväljaõpet, mis ideaalis algab <i>ex vivo</i> mudelitel ja loommudelitel. Seadmete müüjad ei ole garanteerinud koolitust, kuid on seda võimalust osaliselt pakkunud Saksamaal <i>ex vivo</i> loommudelitel paaripäevase koolitusena. Siiski ei saa arvestada, et see on püsiv pakkumine ja koolituse kulud peaks sisalduma ka teenuse hinnas. Koolitused peaksid toimuma suure mahuga ESD keskustes (Euroopas või mujal maailmas) või <i>ex vivo</i> ja loommudelitel puhul Eestis kogenud juhendajate käe all, kes võivad olla välisekspertid.</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>Teenuse puhul on tegemist plaanilise endoskoopilise tegevusega. Vajalik on lisaks erakorralise kirurgia ja anestesioloogia ööpäevane valmisolek võimalike tüsistuste raviks. Vajalikud vahendid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seedetrakti endoskoobid - Endoskoopia püstak (sh CO2 pump, veepump; veekanaliga ESD noa korral 2 veepumpa, aspiraator, ekraanid jm). - Endoskoopiline süstenõel - Värvainega submukoosa süstelahus 	

- Läbipaistev endoskoobi ots (*cap*)
- ESD nuga
- ESD hemoostaatiline tang
- Võõrkeha eemaldamise instrument (nt võrk)

8. Teenuse osutamise kogemus Eestis	
8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud?	Jah
8.2 Aasta, millest alates teenust Eestis osutatakse	
8.3 Eestis teenust saanud isikute arv ja teenuse osutamise kordade arv aastate lõikes	
8.4 Eestis teenust osutanud raviasutused	Meile teadaolevalt: TÜK, PERH
8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud	Endoskoopiline mukosektoomia - 7570
8.6 Ravi tulemused Eestis	

9. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes			
9.1 Keskmise teenuse osutamise kordade arv ravijuhu (ühele raviarvele kodeerimise) kohta	1		
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	40	1	40
2. aasta	40	1	40
3. aasta	40	1	40
4. aasta	40	1	40
9.3 Prognoosi aluse selgitus <i>Esitatakse selgitused, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes.</i>			
Prognoos on koostatud pärimisele vastanud haiglatelt (TÜK, ITKH, Pärnu haigla) saadud info alusel ja eeldusel, et protseduuri teostatakse ka PERHis.			
9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviasutuste vahel <i>Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida konkreetsetesse raviasutustesse, st. tegu on spetsiifilise tervishoiuteenusega, mida hakkaksid osutama vähesed raviasutused.</i>			
9.4.1 Raviasutuse nimi	9.4.2 Raviarve eriala raviasutuste lõikes	9.4.3 Teenuse osutamise kordade arv raviarve erialade lõikes	

10. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusle	
10.1 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ja teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	Gastroskopia (7551) või koloskopia (7558) x 1 Endoskoopiline injektsioonravi (7576) (kui ei lisata ESD koodi sisalduvalt) Võõrkeha endoskoopiline eemaldamine (7581)
10.2 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda alternatiivse tervishoiuteenuse <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ning teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	Alternatiivne ravi on operatsioon ja tervishoiuteenuste koodid sõltuvad lokalisatsioonist ja konkreetsest operatsioonist.
10.3 Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult? <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>	Teenus võib asendada varem kirurgiliselt ravitud seedetrakti düsplastiliste ja varaste malignsete leesionide ravi, näiteks: Söögitoru resektsioon Mao ja/või kaksteistsõrmiku laparoskoopiline operatsioon – 0J2202 Mao ja/või kaksteistsõrmiku pahaloomulise kasvaja laparoskoopiline operatsioon – 0J2203 Laparoskoopiline jäme- ja/ või pärasoole resektsioon anastomoosiga – 0J2214
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?	Teenus asendab varasemat endoskoopilist mukosektoomiat või kirurgilist ravi, seega ei tohiks uusi juhte tekkida.
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> . <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>	Ettenähtavalt ei lisandu teisi tervishoiuteenuseid.
10.6 Alternatiivse raviviisiga kaasnevad	

<p>(samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u>. <i>Vastamisel lähtuda punktis 10.5 toodud selgitustest.</i></p>	
<p>10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult <u>erinevat mõju</u> töövõimetusle kestvusele võrreldes alternatiivse raviviisiga? <i>Kas töövõimetusle kestuse osas on publitseeritud andmeid teaduskirjandusest ning kas raviviiside vahel saab väita erinevust?</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>	

11. Kulud ja kulutõhusus

11.1 Taotletava tehnoloogia või ravimi maksumus

Esitada taotletavatehnikoloogia maksumus. Ravimi maksumuse info palume edastada juhul, kui ravimil puudub Eestis müügiluba ja/või müügilooahoidja esindaja. Sellisel juhul palume esitada ravimi maksumuse koos täpsustusega, millise hinnaga on tegu (ravimi maaletoomishind, hulgimüügi väljamüügihind, lõplik hind haiglaapteegile koos käibemaksuga).

Väli on kohustuslik kui taotluse eesmärgiks on „Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse“

Toodud on välja ESD noa, ESD hemostaatilise tangi (tõenäoline vajadus suuremal osast protseduuridest), endoskoobi läbipaistva otsiku (*cap*) (vajalik kõigil protseduuridel) ja veekanaliga nugaladel kasutatava lisavooliku maksumus.

ESD noa tüüp sõltub kasvaja lokalisatsioonist ja ka isiklikust eelistusest. Tavaliselt piisab ühest noast, kuid harvematel juhtudel võib sõltuvalt kasvajast olla vajalik mitme erinevat tüüpi noa kasutamine.

[Redacted content]

[REDACTED]

11.2. Tervishoiuökonomilise analüüsi kokkuvõte

Juhime tähelepanu, et vastavalt määruse⁸ §9lg4 peab ravimi müügiloa hoidja ühe kuu jooksul pärast ravimiteenusega seotud taotluse avaldamist haigekassa veebilehel esitama ravimi kasutamise farmakoökonomilise analüüsi, mis on koostatud vastavalt haigekassa veebilehel avaldatud Balti riikide juhisele ravimi farmakoökonomiliseks hindamiseks⁹, välja arvatud juhul, kui on mõjuv põhjus jätta see esitamata. Seega kui taotluse eesmärgiks on „Uue ravimiteenuse lisamine loetellu“ või „Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse“, tervishoiuökonomilist analüüsi taotlejal vaja esitada ei ole. Majandusliku analüüsi kokkuvõtte esitamine on soovituslik uue tehnoloogia lisamisel loetellu.

11.3 Rahvusvahelised kulutõhususe hinnangud taotletava teenuse (v.a ravimid) 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</i>
---	----------------------------------	---

⁸ Vabariigi Valitsuse määrus "Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kriteeriumide täpsem sisu ning kriteeriumidele vastavuse hindajad, tervishoiuteenuste loetelu hindamise tingimused ja kord, tervishoiuteenuste loetelu komisjoni moodustamine ja töökord ning arvamuse andmise kord"

⁹ Kättesaadav:

https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/balti_juhis_ravimite_farmakoökonomiliseks_hindamiseks.pdf



		<i>lisakasu. 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>
<p>11.4 Hinnang isiku omaosaluse põhjendatusele ja isikute valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult</p> <p><i>Esitatakse isiku omaosaluse vajalikkus ja maksmise võimalused. Omaosaluse vajadusel lisatakse omaosaluse %.</i></p> <p><i>Omaosaluse valmisoleku esitamisel arvestada Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikes 3 sätestatud 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.</i></p> <p>Omaosalus ei ole põhjendatud.</p>		

12. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus ning kohaldamise tingimused		
12.1 Tervishoiuteenuse väärkasutamise tõenäosus <i>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.</i>		Kui teenust kasutatakse toodud näidustustel vastavalt Euroopa ravijuhistele ei ole väärkasutamine tõenäoline.
12.2 Tervishoiuteenuse liigkasutamise tõenäosus <i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku liigkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. ravi ei lõpetata progressiooni ilmnemisel, ravi alustatakse varem, kui eelnevad ravimeetodid on ära proovitud.</i>		-
12.3 Patsiendi isikupära ja eluviisi võimalik mõju ravi tulemustele <i>Kas patsiendi sugu, vanus, eluviis vms omab mõju ravi tulemustele? Kui jah, tuua välja faktor ja tema mõju.</i>		-
12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine		-
12.5 Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused <i>Kui 12.4 on vastatud jaatavalt, palume sõnastada teenusega seotud rakendustingimused, mis aitaksid tagada tervishoiuteenuse ohutut ja optimaalset kasutust.</i>		

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 paber kandjal koopiad.

Pimentel-Nunes P et al. Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2015 Sep;47(9):829-54. doi: 10.1055/s-0034-1392882. Epub 2015 Aug 28.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26317585>

Pimentel-Nunes P et al. Curriculum for endoscopic submucosal dissection training in Europe: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Endoscopy. 2019 Oct;51(10):980-992. doi: 10.1055/a-0996-0912. Epub 2019 Aug 30.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31470448>

ASGE Technology Committee. Endoscopic mucosal resection. Technology status evaluation Report. Gastrointest Endosc. 2015 Aug;82(2):215-26. doi: 10.1016/j.gie.2015.05.001. Epub 2015 Jun 12.

https://www.asge.org/docs/default-source/education/Technology_Reviews/doc-endoscopic_submucosal_dissection.pdf?sfvrsn=a6ca4951_6

Smyth et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2016 Sep;27(suppl 5):v38-v49.

https://academic.oup.com/annonc/article/27/suppl_5/v38/1741597#35571471

Labianca et al. Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013 Oct;24 Suppl 6:vi64-72. doi: 10.1093/annonc/mdt354.

https://academic.oup.com/annonc/article/24/suppl_6/vi64/161392

Lordick et al. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2016 Sep;27(suppl 5):v50-v57.

https://academic.oup.com/annonc/article/27/suppl_5/v50/1741562

Taotluse esitamise kuupäev	27.11.2019
Taotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	<i>Karin Kull</i> <i>Allkirjastatud digitaalselt</i>
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>	