

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 (EGEÜ)
1.2 Taotleja postiaadress	Puusepa 8, Tartu
1.3 Taotleja telefoninumber	
1.4 Taotleja e-posti aadress	
1.5 Kaastaotleja	
1.6 Kaastaotleja e-posti aadress	
1.7 Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi	
1.8 Kontaktisiku telefoninumber	
1.9 Kontaktisiku e-posti aadress	

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>	Endoskoobipealse klipsi asetamine – 7598 Endoskoobipealse klipsi ankur või haarats - 2975L Endoskoobipealne klips alumise seedetrakti perforatsiooni sulgemiseks - 2978L Endoskoobipealne klips mao või duodeenumi kroonilise lesiooni/fistuli sulgemiseks - 2979L
2.2 Tervishoiuteenuse nimetus	Endoskoobipealse klipsi asetamine
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 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 checked="" 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.

- Eriala kaasajastamine (terve ühe eriala teenuste ülevaatamine)
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse (nt. teenuses olemasoleva kulukomponendi muutmine)²
- 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
- 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.

Taotluse eesmärk on uue näidustuse lisamine teenusele „endoskoobipealse klipsi asetamine“

Hetkel on näidustuseks: Verejooksu, perforatsiooniva või fistuli sulgemine.

Endoskoopiline täispaksuses resektsioon (endoscopic full-thickness resection, EFTR) on võimalik kahel erineval viisil: teostades esmalt sooleseina täispaksuses resektsiooni ning seejärel sulgedes perforatsiooniva klipsidega või endoskoobipealse klipsi asetamise teel.

Endoskoobipealse klipsi (Ovesco Endoscopy AG) süsteemi kuulub ka täispaksuses resektsiooni seade (full-thickness resection device, FTRD), mille näidustuseks on endoskoopiliselt tavameetoditel (endoskoopiline mukoosa resektsioon (EMR) või endoskoopiline submukoosa resektsioon (ESD)) täielikult mitte eemaldatavate jämesoole või seedetrakti ülaosa lesionide ravi. FTRD seadme näol on tegemist süsteemiga, mis võimaldab samaaegselt sulgeda sooleseina defekti ja seejärel reseriseerida lesioon. FTRD seadme kasutamine endoskoopia käigus on alternatiiviks kirurgilisele ravile, kui endoskoopial ei õnnestu lesiooni täielikult eemaldada.

3. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

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“

<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>	<p>Endoskoopiliselt tavameetoditel (endoskoopiline mukoosa reseksioon (EMR) või endoskoopiline submukoosa reseksioon (ESD)) täielikult mitte eemaldatavate jämesoole või seedetrakti ülaosa lesioonide endoskoopiline eemaldamine.</p>
<p>3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)</p>	
<p>3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või terviseseisundi iseloomustus</p> <p><i>Kirjeldada haiguse või terviseseisundi levimust, elulemust, sümptomaatikat jm asjasse puutuvat taustainfot.</i></p>	
<p>Endoskoopiline täispaksuses reseksioon (endoscopic full-thickness resection, EFTR) on alternatiiviks kirurgilisele ravile järgmiste seisundite korral jämesooles: submukoosasse süstimisel mitte kerkivate (non-lifting) fibroosiga lesioonide eemaldamine; keerulise anatoomilise lokalisatsiooniga (nt ussripiku aval või divertiiklis) asuva lesiooni eemaldamine; subepiteliaalsete kasvajate eemaldamine; T1 adenokartsinoomi eemaldamine jämesooles; varasemalt endoskoopiliselt mitte-täielikult eemaldatud lesiooni reseksioon.</p> <p>EFTR näidustusteks seedetrakti ülaosas on: mesenhümaalsete kasvajate reseksioon; diagnostiline EFTR biopsia; neuroendokriinkasvaja (NET) reseksioon; T1 adenokartsinoomi eemaldamine; submukoosasse süstimisel mitte kerkivate (non-lifting) fibroosiga lesioonide eemaldamine; varasemalt endoskoopiliselt mitte-täielikult eemaldatud lesiooni reseksioon.</p>	

<p>4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhisus</p>	
<p>4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus</p> <p><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>	
<p>Ovid Medline andmebaasist otsiti märksõnade: EFTR AND Ovesco; „endoscopicfull-thickness resection“ AND Ovesco abil ning saadi 49 artiklit/abstrakti.</p> <p>Taotluses kasutati 4 artikli/ülevaate andmeid.</p>	
<p>Yazan F, Abraham H, Yasir A, et al. Efficacy and Safety of Full-thickness Resection Device (FTRD) for Colorectal Lesions Endoscopic Full-thickness Resection A Systematic Review and Meta-Analysis. (J Clin Gastroenterol 2021;55:e27–e36)</p>	
<p>Kokkuvõte: FTRD seems to be effective and safe for EFTR of difficult colorectal lesions.</p>	

4.2 Tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel	
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>	Metaanalüüs 9 kohortuuringu (6 retrospektiivset, 3 prospektiivset) alusel. EFTR kasutades FTRD planeeriti 555 lesiooni eemaldamiseks 551-l patsiendil.
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Kõige sagedasem näidustus FTRD-ks – keerulise adenoomi reseksioon (68.7%); järgnevalt varase kartsinoomi reseksioon (17.5%) ning subepiteliaalse lesiooni reseksioon (10.7%)
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	ESD, kirurgiline ravi
4.2.4 Uuringu pikkus	
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	Täielik reseksioon (R0) Tehnilise edukuse määr Tüsistuste määr
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Täielik reseksioon (R0) – 82.4% Tehnilise edukuse määr - 89.25% Tüsistuste määr – 10.2% (väike (minor) verejooks 3.2%; perforatsioon 2.2%)
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	Kirurgiline ravi pärast EFTR-i 6.7% Kirurgiline ravi EFTR tüsistuste tõttu 2.2%
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	
4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus <i>Selgitada lühidalt taotluse aluseks olevate kliiniliste uuringute jm teaduspõhiste kirjandusallikate otsimise 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).</i>	
LW. Zwager, BAJ. Bastiaansen, MES. Bronzwaer et al. Endoscopic full-thickness resection (eFTR) of colorectal lesions: results from the Dutch colorectal eFTR registry. Online content viewable at: https://doi.org/10.1055/a-1176-1107	
Kokkuvõte: eFTR is an effective and relatively safe en bloc resection technique for complex colorectal lesions with the potential to avoid surgery.	
4.2 Tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja	

metaanalüüside alusel	
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>	Prospektiivne jälgimisuuring 07.2015 kuni 10.2018 20-s Hollandi haiglas, eesmärk hinnata EFTR kliinilist ja tehnilist edukust ning ohutust jämesoole lesioonide eemaldamisel. 367 EFTR-i 362-l patsiendil (63% mehed, keskmine vanus 69 a)
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Näidustused: keerulised polüübid (n=133); esmane resektsioon T1 kartsinoomi kahtlusel (n=71), korduv resektsioon varasema mitte-täieliku T1 kartsinoomi resektsiooni järgselt (n=150); subepiteliaalse lesiooni resektsioon (n=13)
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	ESD, EMR
4.2.4 Uuringu pikkus	
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	Tehnilise edukuse määr
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Tehnilise edukuse määr – 83.9% 367 protseduuri, 7-l juhul ei jõutud lesioonini (1.9%), 14-l juhul (3.9%) FTRD-süsteemi ei saanud kasutada Täielik EFTR teostati 346-l juhul (94.3%), neist 32-l juhul (9.2%) raporteeriti FTRD seadme riket, siiski 27 neist õnnestus resektsioon lõpule viia.
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	Kliiniline edukus - Täielik resektsioon (R0) Histoloogiliselt kinnitatud täispaksuses resektsiooni määr Tüsistuste määr Lesiooni taasteke (recurrence) esimesel jälgimiskoloskoopial
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	Täielik resektsioon (R0) – 285 (82.4%) Histoloogiliselt kinnitatud täispaksuses resektsiooni määr – 288 (83.2%) Tüsistuste määr – 34 (9.3%): rasked 10 (2.7%) – 7 perforatsiooni, 3 sekundaarset apenditsiiti Lesiooni taasteke (recurrence) esimesel jälgimiskoloskoopial – 6.4%
4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus <i>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</i>	

<i>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>	
B Meier, B Stritzke, A Kuellmer, et al. Efficacy and Safety of Endoscopic Full-Thickness Resection in the Colorectum: Results From the German Colonic FTRD Registry Am J Gastroenterol 2020;115:1998–2006. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000795	
Kokkuvõte: This is the largest study of colorectal EFTR using the FTRD System. The study demonstrated favorable efficacy and safety for “difficult-to-resect” colorectal lesions and confirms results of previous studies in a large “real-world” setting.	
4.2 Tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel	
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>	Registri uuring Saksamaal 09.2015 kuni 10.2019 65 keskuse andmete alusel, eesmärk hinnata EFTR kliinilist ja tehnilist edukust ning ohutust jämesoole lesioonide eemaldamisel. Analüüsiti 1178 EFTR-i andmed (60.5% mehed, keskmine vanus 69 a), 76.5% lesioonidest kogu jämesoole ulatuses, rektumis 23.5%. 54.1% lesioonidest oli varasemalt endoskoopiliselt ravitud.
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/teenuse kirjeldus	Näidustused: keerulised polüübid (n=790); esmane reseksioon T1 kartsinoomi kahtlusega (n=69), korduv reseksioon varasema mitte-täieliku T1 kartsinoomi reseksiooni järgselt (n=148); subepiteliaalse lesiooni reseksioon (n=80); diagnostiline EFTR (n=16)
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	ESD, EMR
4.2.4 Uuringu pikkus	
4.2.5 Esmase tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	Tehnilise edukuse määr Tehniline edukus (makroskoopiliselt täielik reseksioon)
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Tehnilise edukuse määr – 96% (1131/1178-st protseduurist) 4%-l (n=47) juhtudest ei viidud protseduuri lõpuni, 17-1 juhul ei jõutud lesioonini, 16-1 juhul ei saanud FTRD-süsteemi kasutada, 10-1 juhul raporteeriti FTRD seadme rike ning 4-1 juhul tekkis soole perforatsioon. Tehniline edukus (makroskoopiliselt täielik reseksioon) – 88.2% (998/1131-st protseduurist)
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	Kliiniline edukus - Täielik reseksioon (R0) Histoloogiliselt kinnitatud täispaksuses reseksiooni määr Tüsistuste määr

	Lesiooni taasteke (recurrence) esimesel jälgimiskoloskoopial
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	<p>Täielik resektsioon (R0) – 823/1029-st (80.0%) Histoloogiliselt kinnitatud täispaksuses resektsiooni määr – 970/1079-st (89.9%) Tüsistuste määr – 142 (12.1%), neist 23 (2.0%) vajasisid kirurgilist sekkumist. Verejooks raporteeriti 7.1%-l (n=84), kõik peale 1-e õnnestus ravida endoskoopiliselt. Perforatsioon tekkis 2.5%-l (n=29), neist 11 raviti endoskoopiliselt ja 18 kirurgiliselt. Põletikku/infektsiooni raporteeriti 1.3%-l (n=15: postpolüpektoomia sündroomi (n=4), apenditsiiti (n=7), divertikuliit (n=1), peritonismi nähud (n=2), klipsiga seotud haavand (n=1). Kirurgiline ravi: 96/1178-st (8.1%), 62-l juhul (5.3%) onkoloogiline kirurgiline resektsioon mittetäielikult endoskoopiliselt ravitud lesiooni tõttu. 23 patsienti (2%) vajasisid kirurgilist ravi protseduuriga seotud tüsistuste tõttu, 10 patsienti (0.8%) pärast EFTR protseduuri taastekkinud/jääk adenoomi tõttu. Lesiooni taasteke (recurrence) esimesel jälgimiskoloskoopial – 13.5% (92/683-st), neist 77.2%-l õnnestus lesioon endoskoopiliselt eemaldada, 10.9% suunati kirurgiliseks eemaldamiseks.</p>
<p>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>	
<p>K Hajifathalian, Y Ichkhanian, Q Dawodet al. Full-thickness resection device (FTRD) for treatment of upper gastrointestinal tract lesions: the first international experience. Endoscopy International Open 2020; 08: E1291–E1301</p> <p>Kokkuvõte: Our results suggest a high technical success rate and an acceptable histologically complete resection rate, with a low risk of AEs and early recurrence for FTRD resection.</p>	
4.2 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel	

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>	Rahvusvaheline mitmekeskuseline retrospektiivne uuring patsientidel, kel teostati EFTR kasutades FTRD seedetrakti ülaosa lesiooni eemaldamiseks 01.2017 kuni 02.2019. Uuringusse kaasati 56 patsienti 13-st keskusest.
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Näidustused EFTR-ks – mesenhümaalne kasvaja (sh GIST), esmane resektsioon (n=23); täispaksuses biopsia (n=10); adenokartsinoom, esmane resektsioon (n=5); NET, esmane resektsioon (n=5); NET, korduv resektsioon (n=4); adenoom, korduv resektsioon (n=4); mesenhümaalne kasvaja (sh GIST), korduv resektsioon (n=3); adenoom, esmane resektsioon (n=2).
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	EMR, ESD, submukoosne tunneliga endoskoopiline resektsioon (STER), kirurgiline ravi
4.2.4 Uuringu pikkus	
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	Tehniline edukus (täielik <i>en bloc</i> resektsioon) Täielik histoloogiline resektsioon (R0)
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Tehnilise edukuse määr - 77% (43 patsienti) Täielik resektsioon (R0) – 88.0% (38 patsienti)
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	Tüsistuste määr (vahetud ja hilistüsistused) Protseduuri aeg Jääkkoe olemasolu või taasteke kontrollkoloskoopial
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	Tüsistuste määr – 21% (12 patsienti), neist kerged 12%, mõõduka raskusega 9% Vahetud tüsistused 9-l patsiendil (16%) vahetu väike verejooks 4-l juhul (7%), vahetu suur verejooks 4-l juhul (7%). Hilistüsistused: 3-l patsiendil hilisverejooks. Kõik raviti kas konservatiivselt või endoskoopiliselt. Protseduuri aeg: keskmine, vahemik – 42 (18-90) min Kontrollkoloskoopial jääkkude või retsidiiv: 3% (1/31-st), raviti endoskoopiliselt

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 tõenduspõhisuse 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 $< 1/10$)	

Masked kõrvaltoimed	
Võimalikud tüsistused	
<p>4.3.2 Kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi</p> <p><i>Kirjeldada, milliseid teenuseid ja ravimeid on vajalik patsiendile osutada ning millises mahus, et ravida tekkinud kõrvaltoimeid ning tüsistusi.</i></p> <p><i>Nt: Perifeersetes 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></p>	
<p>Võimalikud tüsistused, nende esinemissagedus ning ravi on toodud punktis 4.2</p> <p>Tüsistuste ravi samuti punktis 4.2</p>	
<p>4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas</p> <p><i>Kirjeldada publitseeritud ravi tulemusi maailmapraktikas, <u>kui puuduvad</u> tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse ja ohutuse kohta avaldatud <u>kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel.</u></i></p>	

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	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. Kirurgiline ravi	Operatsiooni kood sõltub operatsiooni viisist ja lesiooni lokalisatsioonist		
2. STER	Eestis ei teostata, pädevus puudub	Söögitoru ja kardiala submukoossete lesioonide korral	
3.			
<p>5.2 Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes</p> <p><i>Kui teenus ei kajastu ravijuhistes või antud valdkonnas rahvusvahelised ravijuhised puuduvad, lisada vastav selgitus lahtrisse 5.2.3. Maksimaalselt palume kirjeldada 5 ravijuhist.</i></p>			
Ravijuhise nimi	Ravijuhise ilmumise aasta	Soovitused ravijuhises	Soovituse tugevus ja soovitus aluseks oleva
		Soovitused taotletava teenuse osas	

		<i>Soovitused alternatiivse raviviisi osas</i>	tõendus põhise tase
1. Ravijuhised puuduvad, tehnoloogia uus			
2.			
<p>5.3 Kokkuvõtte tõendus põhise 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>Jämesoole EFTR kasutades FTRD süsteemi on ennast tõestanud efektiivse ja ohutu meetodina raskete lesioonide ja varaste pahaloomuliste kasvaja ravimise. Ka seedetrakti ülaosa lesioonide ravimiseks on FTRD-i kasutamine näidanud häid tulemusi. Kui mis tahes lesiooni täielik endoskoopiline eemaldamine võimaldab sobival näidustustel olla kuratiivne ja vältida invasiivsemat ja suuremahulisemalt operatsiooni, siis on see alternatiiviks nii kirurgilisele ravile kui ka teatud juhtudel ESD-le (protseduur tehniliselt keeruline, nõuab eraldi väljaõpet).</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 ülaosa protseduuri korral on vajalik soole ettevalmistus nagu tavakoloskoopia korral. Seedetrakti ülaosa protseduuri korral eriettevalmistust vaja ei ole. Protseduuri on kaasatud endoskoopist (arst) ja endoskoopiakabineti personal (õde, hooldaja jt.), protseduur toimub enamasti sedatsioon/anesteesias. Teenust osutatakse endoskoopiakabinetis või anesteesia vajaduse korral operatsioonitoas, kui endoskoopiakabinetis puuduvad anesteesia läbiviimiseks vajalikud seadmed. Kasutatakse seedetrakti videoendoskoopi, elektrokirurgilist generaatorit, FTRD süsteemi (Ovesco Endoscopy, Tübingen, Saksamaa).

OVESCO klipsi paigaldamine toimub vastavalt tootjapoolsetele soovitudele. Tegemist on endoskoobi otsa kinnitatava seadmega (FTRD application cap). Endoskoop viiakse lesioonini, haaratsi abil tõmmatakse lesioon kätte (cap) sisse, seejärel vabastatakse FTRD klips ning teostatakse lesiooni reseksioon lingu abil FTRD klipsi pealt. Protseduuri aeg sõltub näidustusest ja situatsioonist, 30 minutit kuni 3 tundi hinnanguliselt.

Patsienti jälgitakse jälgimispalatis või statsionaaris vähemalt 1 ööpäev varase tüsistuste (verejooks, perforatsioon, infektsioon) jälgimiseks.

7. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks	
7.1 Tervishoiuteenuse osutaja <i>Nimetada kohased teenuse osutajad (nt. piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, kohalik haigla, valikupartner, perearst)</i>	Piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla
7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? <i>Loetleda sobivad variandid.</i>	statsionaarselt
7.3 Raviarve eriala <i>Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.</i>	Gastroenteroloogia Kirurgia
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>	Teenuse osutaja on kogenud gastroenteroloog või kirurg, kes valdab erinevaid endoskoopilise ravi tehnikaid (EMR, ESD, endoskoobipealse klipsi kasutamise kogemus), minimaalne kordade arv ei ole määratletud
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>	
Teenust osutab seedetrakti endoskoopia pädevusega eriarst, kes tavaliselt on gastroenteroloog või kirurg. Vajalikud eelnevad pädevused on seedetrakti leesionide endoskoopiline diagnostika, EMR-i (mukosektoomia) teostamine ja protseduuri tüsistuste (verejooks, perforatsioon) endoskoopiline ravi. Vähemalt 1 päevane teoreetiline ja praktiline tootjapoolne FTRD süsteemi koolitus, endoskoopiaalane väljaõpe, EMR tehnika valdamine, endoskoobipealse klipsi paigaldamise kogemus Vajalik FTRD süsteemi koolitus tootja poolt (koolituse garanteerib seadme müüja).	
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>	
Teenuse puhul on tegemist plaanilise endoskoopilise tegevusega. Vajalik on lisaks erakorralise kirurgia ja anestesioloogia ööpäevane valmisolek võimalike tüsistuste raviks. Teenuse osutamine on juba võimalik.	

--

8. Teenuse osutamise kogemus Eestis	
8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud?	Jah
8.2 Aasta, millest alates teenust Eestis osutatakse	2017 “Endoskoobipealse klipsi asetamine“, kood 7598
8.3 Eestis teenust saanud isikute arv ja teenuse osutamise kordade arv aastate lõikes	2017-2021 TÜK-is koodid: 7598 koos koodiga 2978L kasutatud 10-l juhul, 10 patsienti Teiste raviasutuste osas info puudub.
8.4 Eestis teenust osutanud raviasutused	
8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud	7558, 7598, 2978L, 2975L
8.6 Ravi tulemused Eestis	10-st juhust TÜK-is 2017-2021: 4-l juhul T1 adenokartsinoomi reseksioon, 4-l juhul adenoomi retsidiivi reseksioon, 2-l juhul fistuli/perforatsiooniava sulgemine (ei õnnestunud). 1-l juhul FTRD seadme rike.

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 kord	
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			arvutustehe: 9.1*9.2.2 * 9.2.3
2. aasta			
3. aasta			
4. aasta			
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>			
TÜK-is 2017-2021 FTRD süsteemi kasutatud 8-l patsiendil. Teiste haiglate kohta info puudub. Uue näidustuse lisamisel patsientide arv kasvab, eeldada võiks, et vajadus võiks olla kliinikumis 5-10 patsienti aastas. Praegu on FTRD süsteemi kasutamist piiranud vastava näidustuse puudumine.			
9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviasutuste vahel <i>Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida konkreetsetesse raviasutustesse.</i>			

<i>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
<i>Nt.</i> <i>Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla</i>	<i>Hematoloogia</i>	<i>20</i>
<i>Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla</i>	<i>Onkoloogia</i>	<i>30</i>
<i>Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum</i>	<i>Hematoloogia</i>	<i>25</i>

10. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusele	
10.1 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda <u>samal</u> raviarvel kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ja teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	7551, 7558, 7598, 2978L, 2976L, 2979L, 2977L – või uus kood FTRD süsteemi jaoks
10.2 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda alternatiivse tervishoiuteenuse <u>samal</u> raviarvel 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 võimaldab teatud juhtudel vältida kirurgilist ravi seedetrakti erinevate lesioonide ja varaste maliignsete lesioonide ravi, näiteks: Söögitoru reseksioon Mao ja/või kaksteistsõrmiku laparoskoopiline operatsioon – 0J2202 Mao ja/või kaksteistsõrmiku pahaloolumulise kasvaja laparoskoopiline operatsioon – 0J2203 Laparoskoopiline jäme- ja/ või pärasoole reseksioon anastomoosiga – 0J2214
10.4 Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega? <i>Kas teenuse kasutusse võtmine tähendab uute ravijuhtude lisandumist või mitte? Kui jah, siis mitu ravijuhtu lisandub?</i>	Teenus täiendab varasemat endoskoopilist ravi (EMR, ESD) või väldib kirurgilist ravi, seega uusi ravijuhte ei lisandu.
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</i>	Puuduvad

<p>jälgimisel: kuidas kasutatakse (ravimite puhul annustamisskeem), ravi kestus/kuuride arv, ravi alustamise ja lõpetamise kriteeriumid.</p> <p>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.</p>	
<p>10.6 Alternatiivse raviviisiga <u>kaasnevad</u> (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u>.</p> <p>Vastamisel lähtuda punktis 10.5 toodud selgitustest.</p>	Puuduvad
<p>10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult <u>erinevat mõju</u> töövõimetuslehel taotletava teenuse korral töövõimetuslehel taotletava teenuse korral töövõimetuslehel taotletava teenuse korral?</p> <p>Kas töövõimetuslehel taotletava teenuse korral töövõimetuslehel taotletava teenuse korral töövõimetuslehel taotletava teenuse korral?</p>	Töövõimetuslehel taotletava teenuse korral töövõimetuslehel taotletava teenuse korral töövõimetuslehel taotletava teenuse korral.
<p>10.8 Kui jah, siis mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel taotletava teenuse korral ning mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel taotletava teenuse korral?</p>	EFTR järgselt jälgimine statsionaaris 1 ööpäeva jooksul peale protseduuri.

11. Kulud ja kulutõhusus

11.1 Taotletava tehnoloogia või ravimi maksumus

Esitada taotletavate tehnoloogia maksumus. Ravimi maksumuse info palume edastada juhul, kui ravimil puudub Eestis müügiluba ja/või müügiloahoidja 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“

Ovesco FTRD süsteemi hind

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

⁸ Vabariigi Valitsuse määrus⁸ 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 Kätesaadav:

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

<i>ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse“, tervishoiuökonomilist analüüsi taotlejal vaja esitada ei ole. Majandusliku analüüsi kokkuvõtte esitamine on soovituslik uue tehnoloogia lisamisel loetellu.</i>		
11.3 Rahvusvahelised kulutõhususe hinnangud taotletava teenuse (v.a ravimid) näidustuse lõikes <i>Maksimaalselt palume kajastada 6 hinnangut.</i>		
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>
11.4 Hinnang isiku omaosaluse põhjendatusele ja isikute valmisolekule tasuta ise teenuse eest osaliselt või täielikult <i>Esitatakse isiku omaosaluse vajalikkus ja maksmise võimalused. Omaosaluse vajadusel lisatakse omaosaluse %.</i> <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>		
Omaosalus ei ole põhjendatud.		

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 vastava koolituse saanud arsti poolt, 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.

Harry R. Aslanian et al. ASGE guideline for endoscopic full-thickness resection and submucosal tunnel endoscopic resection. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 2019; 4, 343-50.

VH Bhagat, et al. A review of endoscopic full-thickness resection, submucosal tunnelling endoscopic resection and endoscopic submucosal dissection for resection of subepithelial lesions. J Clin Gastroenterol 2021;55:309-315.

Taotluse esitamise kuupäev	29.11.2021
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>	