

## 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“.

<b>1. Taotluse algataja</b>	
1.1 Organisatsiooni nimi (taotleja) <i>Tervishoiuteenuste loetelu muutmise ettepaneku (edaspidi taotlus) esitava organisatsiooni (edaspidi taotleja) nimi<sup>1</sup>. 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 Naistearstide Selts (ENS)
1.2 Taotleja postiaadress	Puusepa 8, Tartu, 54106
1.3 Taotleja telefoninumber	7319902
1.4 Taotleja e-posti aadress	ens@ens.ee
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	

<b>2. Taotletav tervishoiuteenus</b>	
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>	Palume EHK poolt hüvitavate tervishoiuteenuste hinnakirja lisada kaks uut koodi, kuna günekoloogias kasutatav operatsioonikood laparoskoopilise sakrokolpopeksia korral ei vasta sisult ja kuludelt uroloogia erialal teostatavale samanimelisele lõikusele ja laparoskoopilisel lateraalsuspensioonil puudub teenusekood. Lisaks on vaja koode nende lõikuste käigus kasutatavatele lisavahenditele.
2.2 Tervishoiuteenuse nimetus	1. Laparoskoopiline sakrokolpopeksia-LSC: kui tegemist mõlema tupeseina (eesseina ja tagaseina) ja emaka/emakakaelakõndi/tupekõndi osalise/täieliku allavaje korral, vajalik Y-kujuline võrk ja kinnitusvahend. 2.Laparoskoopiline lateraalne suspensioon-LLS: tupe esseina koos apikaalse allavaje korral, vajalik Ti-Loop võrk ja kinnitusvahend.

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

### 2.3. Taotluse eesmärk

Märkida rist ühe, kõige kohasema taotluse eesmärgi juurde. Risti lisamiseks vajutada sobilikul ruudul parempoolsele hiireklahvile ning avanenud menüüst valida „Properties“ – „Default value“ – „Checked“

- Uue tervishoiuteenuse lisamine loetellu
- Uue ravimiteenuse lisamine loetellu
- Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse
- Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse
- Olemasolevas tervishoiuteenuses sihtgrupi muutmine (sh. laiendamine või piiramine)
- 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)<sup>2</sup>
- 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)<sup>3</sup>
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kindlustatud isiku omaosaluse määra, haigekassa poolt kindlustatud isikult ülevõetava tasu maksmise kohustuse piirmäära muutmine<sup>4</sup>
  - ×Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse nimetuse muutmine<sup>5</sup>
- Tervishoiuteenuse väljaarvamine loetelust<sup>6</sup>
- 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<sup>7</sup>

### 2.4 Taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus

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

<sup>2</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 6

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

<sup>4</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2, 5.1, 11.4 ja 12.

<sup>5</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1-2

<sup>6</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 5.1

<sup>7</sup> 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“

1. Soovime kahe operatsiooni meetodi jaoks kasutatavate võrkude lisavahendi (võrgu)koodi (seni oleme kasutanud tupevõrgu koodi kas 2980L või 2981L; oleme kasutanud ka soolte vastu asetatava võrgukoodi 2752L). Lisavahendina vajame võrgu kinnitusvahendit (seni oleme kasutanud 2770L).

2. Kooskõlastada ja ühtlustada kõikidele haiglatele kahe meetodi operatsioonikoodid. **Laparoskoopiline sakrokolpopeksia (LSC)** on uroloogia operatsioonikood 050315 (hinnaga 482.63), mis ei vasta reaalsele hinnale. Kui günekoloogiliste operatsioonide hinnad korrigeeriti aastaks 2018, siis konkreetne tervishoiu teenus jäi muutmata, nüüd soovime korrigeerituna lisada see meie tervishoiuteenuste nimekirja.

**Laparoskoopilise lateraalse suspensiooni (LLS)** tervishoiuteenuse kood puudub, seetõttu oleme siiani kasutanud koodi 1L2207 (operatsioon emakal) - (koef. 0.4), kuna kinnitame võrgu emakale ja emakakaelale ja lisaks oleme kasutanud 1L2205 (laparoskoopiliselt assisteeritud kolpopoos), põhjendusega, et selle operatsiooni käigus vabastame ulatuslikult tupe osa põiest, seejärel kinnitame vabastatud tupele osa võrgust (kõhu poolt). Kui emakas varasemalt eemaldatud, siis me oleme kasutanud ainult koodi 1L2205 ja võrgu kinnitame ainult tupekõndile.

### 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.

1. Tupe eesseina allavaje (II ja enam aste) koos emakaga/emakakaelakõndiga/tupekõndiga (ehk apikaalse allavajega) /3,4,7,11,12,/  
2. Apikaalne allavaje /3,4,7,11, 12,/  
3. Tupe tagaseina allavaje (II ja enam aste) /2,5,6,11,16/  
4. Mittetäielik/totaalne kõikide tupeseinte allavaje koos apikaalse allavajega /2,5,6,11,15,16/

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

N81- naissuguorganite prolaps e. väljalange  
N81.0-N81.6

3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või tervises seisundi iseloomustus

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

Vaagnapõhjaorganite allavaje korral on naise elukvaliteet oluliselt langenud. Sageli kaasnevad urineerimis- ja defekatsioonihäired. Sageli tekib krooniline põiepõletik, mis omakorda põhjustab korduvaid arstivisiite ja vajab korduvaid ravikuure. Suured probleemid võivad tekkida pereelus (häiritud suguelu), naine ei saa sporti teha, aktiivselt ühiskonnaelust osa võtta ja selle tagajärjel võivad tekkida meeleoluhäired.

#### 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).*

Otsingul kasutatud märksõnad: pelvic prolapse management; mesh erosion; sacrocolpopexy; laparoscopic lateral suspension.

Otsingu aluseks olnud andmebaasid ja otsingute tulemused:

PubMed 1525 artiklit, Neist laparoskoopilise operatsiooni kohta LLS - 41, LSC – 126 uuringut.

Ovid medline LLS 34; LSC 102

Cochrane Library LLS 2, LSC 10

Cochrane database of systemic reviews LSC 19;

EMBASE LSC 16

Maher, Christopher; Feiner, Benjamin; Baessler, Kaven; Christmann-Schmid, Corina; Haya, Nir; Brown, Julie. Surgery for women with apical vaginal prolapse. [Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. 10:CD012376, 2016 Oct 01.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27696355>

##### 4.2 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel

4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes  
*Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.*

30 keskust, uuringus 3414 naist.

4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus

1.Võrreldud erinevaid operatsioonimeetodeid vaagnaorganite allavaje (i.k.pelvic organ prolapse e.POP) ravis.

4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus

Laparoskoopilised operatsioonid vs tupe kaudu operatsioonid

4.2.4 Uuringu pikkus

4 aastat

4.2.5 Esmane tulemusnäitaja  
*Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund*

Laparoskoopilise operatsiooni aeg on küll pikem, kuid väiksem voodipäevade arv, kiirem paranemine

	võrreldes vaginaalselt asetatud võrguga operatsiooniga (i.k, transvaginal mesh e.TVM)
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Peale laparoskoopilist operatsiooni on kiirem pöördumine aktiivse elustiili juurde võrreldes TVM
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	1) Kordusoperatsioone vajavad enam varasemalt tupe kaudu teostatud operatsioonid (vt. p.4.3.1 tüsistusi) 2) Stressuriinipidamatuse teke laparoskoopilise operatsiooni järgselt 3%, tupeoperatsiooni järgselt 16% 3) Düspareuuniat 9%, tupeoperatsiooni järgselt kuni 50%
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	TVM järgselt on rohkem probleeme ka edaspidi

*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	<p>1.Laparoskoopilise operatsioonijärgselt võrgu erosioon 1.3-3.8%, mis on madal risk võrreldes tupe kaudu pandud võrkude erosiooni riskiga(viimane kuni 18%)- / 8,10,13/</p> <p>2.Allavaje retsidiiv madalam laparoskoopilise operatsioonijärgselt võrreldes tupevõrguga operatsiooni( 3-5% vs.11-20%). /12,14/</p> <p>3.Kordusoperatsiooni vajadus laparoskoopia rühmas 5%, TVM rühmas 22% /16/</p> <p>4.Põievigastused/soolte vigastused üliharva kuni 1% mõlema operatsioonimeetodi puhul /MEDLINE/</p> <p>Kirjandus(vt allpool): Baines G.,et al 2019; Dällenbach P,et al 2016; Khawand , et al 2014; Maher C, et al 2016; Christopher F.et al 2011</p>
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,</i>	

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.

Kõrvalorgani vigastuse korral likvideeritakse defekt sama operatsiooni käigus; võrgu erosiooni tekkel (võrguosa väljalõikamine); operatsioonijärgse retsidiivi korral pakkuda uut operatsiooni tupe kaudu, tupepeessaari võimalus.

#### 4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas

Kirjeldada publitseeritud ravi tulemusi maailmapraktikas, kui puuduvad tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse ja ohutuse kohta avaldatud kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel.

Laparoskoopiline lateraalne suspensioon(LLS) alates 2004, siis olid üksikud operatsioonid, alates 2011a. operatsioone teostatakse üle maailma. Laparoskoopiline sakrokolpopeksia(LSC) alates 1993a. ja tänaseks peetakse seda meetodit kuldseks standardiks POP ravis.

LLS operatsioon on tehniliselt pisut lihtsam ja operatsiooniaeg on lühem, seetõttu nende operatsioonide arv on viimastel aastatel tõusutendentsiga.

### 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 <i>Märkida, millise loetelu (tervishoiuteenused, soodusravimid, meditsiiniseadmed) kaudu on kohane alternatiiv patsiendile kättesaadav</i>	Alternatiiv <i>Märkida alternatiivse raviviisi teenuse kood, ravimi toimeaine nimetus või meditsiiniseadme rühma nimetus.</i>	Lisaselgitus / märkused <i>Vajadusel lisada siia tulpa täpsustav info</i>
1.Vaagnapõhja rekonstruktsioon oma koega(eesmine/tagumine kolpóraafia, vaginaalne enterotseele korrektsioon), operatsioon tupe kaudu	LEF00, LEF03,LEF40	Kui apikaalne allavaje puudub ja tegemist tupeseinte allavajega, siis selline meetod sobib. Ka naistele, kellele on laparoskoopiline operatsioon mittesobilik( läbipõetud insult jt haigused; kõhukoopa liited, raskesti teostatav suure kehakaalu tõttu jt olukorrad).
2.Vaagnapõhja rekonstruktsioon transplantaadiga, operatsioon tupe kaudu	1L2122 koos võrkmaterjaliga; prolapsi eesmine võrk koodiga 2980L või/ja prolapsi tagumine võrk koodiga 2981L	FDA soovitusel kasutada ainult äärmisel juhul, kuldseks standardiks on laparoskoopilised operatsioonid /1/
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	Soovitud ravijuhises	Soovituse tugevus ja soovituse aluseks oleva tõendus põhise tase
		<i>Soovitud taotletava teenuse osas</i>	
		<i>Soovitud alternatiivse raviviisi osas</i>	
1. NICE(National Institute for Health and Care Excellence) <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng123">https://www.nice.org.uk/guidance/ng123</a>	2016 oktoober	Sacrocólpopexy using mesh to repair vaginal vault prolapse Interventional procedure consultation	Kuldne standard POP ravis
	2019 aprill		
2. RCOG/BSUG statement on draft NICE guidance on SUI and POP	2018 oktoober	Laparoskoopiline operatsioon soovituslik	Kuldne standard POP ravis
		FDA soovitusel tupe võrguga operatsioon väga äärmistel juhtudel	

5.3 Kokkuvõtte tõendus põhise 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.*

FDA/1/ soovitusel on tupekaudu asetatavate transplantaatide kasutamise näidustus oluliselt muutunud võrreldes varasemate aastatega. Nende kasutamisega on soovitatud olla ettevaatlik seoses hiliste tüsistuste ilmnemisega. Erinevate uuringute järgi on leitud, et tupekaudselt transplantaatide kasutamisel on oluliselt rohkem tüsistusi ja allavaje retsidiive, mis omakorda tõstab korduvate operatsioonide hulka võrreldes laparoskoopiliste operatsioonide tulemustega. Järgides FDA soovitusi on hetkel ka Eestis valikmeetodiks laparoskoopiline operatsioon ning kasutusel on kaks erinevat endoskoopilist meetodit. Laparoskoopiline sakrokolpopeksia(LSC) ja teine uuem meetod on laparoskoopiline lateraalsuspensioon (LLS). Mõlema operatsiooni puhul on vajalik kasutada transplantaati(võrk). Kuna LLS puhul on operatsiooniaeg lühem võrreldes LSC-ga, siis on üks põhjustest, miks LLS operatsioonide hulk on kiirelt tõusnud (esimesed operatsioonid tehti Eestis 2017 aastal). Nende kahe meetodi näidustused on teatud diagnooside korral erinevad. Kui on mõlema tupeseinte allavaje, siis sobib operatsiooniks pigem LSC, millega saab tupe tagaseina paremini korrigeerida. Võimalus on ka kombineerida LLS operatsiooni apikaalse allavaje korrigeerimiseks ja jätkata tupe tagaseina korrigeerimise tupe kaudu oma koega.

## 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.

**Laparoskoopiline lateraalne suspensioon (LLS):** teostus üldnarkoosis, operatsioonitoas; peale kahe operatsioonivälja pesemist steriilse vahendiga(kõht ja tupp),

1. asetab arst tupe kaudu emakamanipulaatori

2.laparoskoopiline sisenemine kõhukoopasse (kõhu kaudu).

3.põievolt vabastatakse emakakaelalt ja preparatsiooni jätkatakse mööda tuppe vabastades põis tupest, vabastatakse ka tupe küljed

4.Ti-loop võrk fikseeritakse emakaelale, emaka kehapiirkonda ja tupe eesseinale kasutades resorbeeruvate klipsidega staplerit. Lisaõmblused mitteresorbeeruva niidiga.

5. võrguhaarad tuuakse kõhu eesseinale välja kõhu peritoneumi alt selleks ettenähtud kõrgusel

6.võrk kaetakse peritoneumiga (peritonisatsioon)

Operatsiooni kestvus keskmiselt 2t.

Personal: kirurg, 2 assistenti(üks hoiab emakamanipulaatorit, teine kaamerat), operatsiooniõde ja narkoosibrigaad.

**Laparoskoopiline sakrokolpopeksia (LSC):** teostus üldnarkoosis, operatsioonitoas; peale kahe operatsioonivälja pesemist steriilse vahendiga(kõht ja tupp),

1. asetab arst tupe kaudu emaka manipulaatori

2.laparoskoopiline sisenemine kõhukoopasse (kõhu kaudu)

3. jämesoole ajutine fikseerimine kõhu külgsesinale kasutades selleks spetsiaalset nõela

4.promontooriumi vabastamine ja peritoneumi vabastamine naise paremalt küljelt kuni emakani/kaelakõndini/tupekõndini

5. tupe tagaseina vabastamine avastades vaagnapõhjalihased

6)tupe eesseina vabastamine põiest ja külgedelt

7) emaka laparoskoopiline amputatsioon(LASH) /9/ ja emakakaelakõndi kokkuõmblemine (juhul kui emakat pole, jääb see etapp ära)

8) Y-kujulise võrgu ühe haara kinnitus tupe tagaseina piirkonda, fikseerides see vaagnapõhjalihastele ja teise võrguhaara kinnitus tupe eesseinale ja emakaelakõndile/tupekõndile. Kasutame kinnitusvahendit(staplerit) ja õmblusniite.

9) võrgusaba kinnitatakse promontooriumile

10.võrk kaetakse peritoneumiga(peritonisatsioon)

Operatsiooni kestvus keskmiselt 3,5 tundi

Personal: kirurg, 2 assistenti(üks hoiab emaka manipulaatorit, teine kaamerat), operatsiooniõde ja narkoosibrigaad.

## 7. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks

### 7.1 Tervishoiuteenuse osutaja

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

SA PERH naistekliinik

SA TÜK naistekliinik

AS LTKH naistekliinik

AS ITKH naistekliinik



	AS Fertilitas
7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? <i>Loetleda sobivad variandid.</i>	Ainult statsionaari operatsiooniblokis
7.3 Raviarve eriala <i>Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.</i>	Naistearstid
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>	Konkreetselt neid mõlemaid operatsioone teostatakse patsiendile üks kord. Retsidiivi tekkel võimalus ka rakendada alternatiivmeetodit(tupe kaudu operatsioon või mittekirurgiline meetod(pessaar).
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>	
Nende operatsioonide läbiviija on naistearst, kes on õppinud välismaal või Eestisse tulnud spetsialistide käe all. Koolituse garanteerib tööandja.	
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>	
Teenust osutavates haiglates olemas tänapäevale vastav operatsioonituba/toad koos endoskoopilise püstakuga ja vajaliku instrumentariumiga, personal on väljaõppinud. Kõik eespool väljatoodud haiglad on alustanud LLS operatsioonidega ajavahemikus 2017-2018 aastal. Laparoskoopilise kolposakropeksia operatsioonidega ajavahemikus 2012-2014a.	

<b>8. Teenuse osutamise kogemus Eestis</b>	
8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud?	jah
8.2 Aasta, millest alates teenust Eestis osutatakse	LLS operatsioonid alates kevad 2017a.; LSC alates 2012a.
8.3 Eestis teenust saanud isikute arv ja teenuse osutamise kordade arv aastate lõikes	<u>LLS</u> : 2017a.-21, 2018a. -157, (kokku -178).  <u>LSC</u> : 2012a.-5; 2013a.-11; 2014a.-14; 2015a.-16; 2016a.-25; 2017a.-38; 2018a. -13,( kokku -122).
8.4 Eestis teenust osutanud raviasutused	SA PERH naistekliinik SA TÜK naistekliinik

	AS LTKH naistekliinik AS ITKH naistekliinik AS Fertilitas
8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud	<u>LSC</u> : varasemalt 50315, nüüd 1L2205, kui lisandub emaka amputatsioon(LASH), siis kood 1L2207 (0.4); lisatud võrgukood 2980L, 2981L või 2752L ja kinnitusvahend 2770L  <u>LLS</u> : operatsioon emakal 1L2207(0.4) ja 1L2205; võrgukood 12980L, 29821 või 2752L ja kinnitusvahend 2770L. Kui emakat pole, siis koodi 1L2207 ei kasutatud.
8.6 Ravi tulemused Eestis	Laparoskoopiliselt opereeritud patsiendid paranevad kiiremini ja paremini kui tupe kaudu opereeritud, operatsioonidega seotud tüsistusi on oluliselt vähem. /8,10,13/  Ravi tulemus: meie tüsistuste % on sarnane kirjanduses väljatoodudtüsistustega,vt. p..4.3.

### 9. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes

9.1 Keskmine teenuse osutamise kordade arv ravijuhu (ühele raviarvele kodeerimise) kohta	Ühe ravijuhu kohta üks operatsioon prognoos sama ka aastate lõikes		
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	370+45 (LLS+LSC)	1	415
2. aasta	415	1	415
3. aasta	415	1	415
4. aasta	415	1	415
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>			
Kuna inimkond vananeb, siis allavajede tõttu operatsioonide üldarv võib tõusta. Tupevõrkude kasutamine hetkeseisuga on peatatud. Prognoosis arvestatud mõlemad meetoded kokku			
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 Raviastutuse nimi	9.4.2 Raviarve eriala raviastutuste lõikes	9.4.3 Teenuse osutamise kordade arv raviarve erialade lõikes

<b>10. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusel</b>	
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>	Tervishoiuteenusele LLS ja LSC-le lisandub kõhusisene võrk, kinnitusvahend(stapler), kateetri paigaldus.
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>	Tupevõrkudega operatsioonil ei kasutata staplerit, lisandub tupevõrk ja kateetri paigaldus.  Vaagnapõhja rekonstruktsioon oma koega lisandub kateetri paigaldus.
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 asendamise teenuse osutamise kordades).</i>	POP ravis on eelistatum laparoskoopiline operatsioon.
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?	Ei lisandu, ära jäävad enamus tupe kaudu operatsioonid transplantaati kasutades, tupevõrke kasutame üliharva, võimalik. et enam üldse mitte.
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>	Ei ole.

<p>10.6 Alternatiivse raviviisiga kaasnevad (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed isiku kohta ühel aastal. <i>Vastamisel lähtuda punktis 10.5 toodud selgitustest.</i></p>	<p>Ei ole.</p>
<p>10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult erinevat mõju töövõimetuslehel kestvusele võrreldes alternatiivse raviviisiga? <i>Kas töövõimetuslehel kestuse osas on publitseeritud andmeid teaduskirjandusest ning kas raviviiside vahel saab väita erinevust?</i></p>	<p>Laparoskoopilise operatsiooni järgi läheb patsient kiiremini tööle tagasi. Operatsioonijärgne periood on igati paremini üleelatatav.</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>Kui ei ole rasket füüsilist tööd, siis tööle võib minna 2 nädala pärast. Raske füüsilise töö korral on oluline režiim 6 nädalat. Alternatiivse raviviisi korral võib tööle minna 4 nädala möödudes, juhul kui töö on kerge; raske füüsilise töö korral saab tööle naasta 6-8 nädala möödudes.</p>

## 11. Kulud ja kulutõhusus

### 11.1 Taotletava tehnoloogia või ravimi maksumus

*Esitada taotletavatehnikatehnikatehnikate 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, hulgi müügi väljamüügi hind, lõplik hind haiglaapteegile koos käibemaksuga).*

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

1)TiLoop võrk ■■■■■+km 20%

Artysin ■■■■■+km20%

Kinnitusvahend 2770L HK hinnaga 188.73, kõik haiglad on ostnud neid kallima hinnaga, kui hetkel kasutatud HK koodi hind on võimaldanud.

STRAP 12 , hind ■■■■■+km; Abstrack15 ,hind ■■■■■+km

### 11.2. Tervishoiuökonomilise analüüsi kokkuvõte

*Juhime tähelepanu, et vastavalt määruse<sup>8</sup> §9lg4 peab ravimi müügilooa 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*

<sup>8</sup> 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“

juhisele ravimi farmakoökonomiliseks hindamiseks<sup>9</sup>, 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 Kas raviviis on hinnatud kulutõhusaks? Palume välja tuua, milline on taotletavast teenusest saadav 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?
Ei ole tehtud Eesti haiglates		

### 11.4 Hinnang isiku omaosaluse põhjendatusele ja isikute valmisolekule tasuta 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 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.

Kuna võrgumaterjal on kallis, samuti kvaliteetne teenuse osutamine koos personaliga vajab head, kõrgetasemelist tehnikat, mis on samuti kallis, siis pole mõeldav, et Eesti inimene peaks selle eest ise maksma. Antud operatsioonid peavad olema kättesaadavad kõigile EHK kindlustatud patsientidele, kes seda vajavad.

## 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>	Tupe/emaka allavajet korrigeeritakse ainult siis kui patsiendil on kaebused ja/või allavaje põhjustab põietalitluse/defekatsiooni häireid. Operatsiooni meetodite osas on kindlad näidustused, oluline on patsiendi varasem anamnees, patsiendi vanus, seksuaalne aktiivsus ja loomulikult patsiendi üldseisund.
--	--

<sup>9</sup> Kättesaadav:

[https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/balti\\_juhis\\_ravimite\\_farmakoökonomiliseks\\_hindamiseks.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/balti_juhis_ravimite_farmakoökonomiliseks_hindamiseks.pdf)

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>	Kui patsient ei vaja operatsiooni, siis pole ka vajadust selleks. Operatsiooni vajalikkus tuleneb patsiendi kaebustest.
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>	Mõjutavad kaasuvad haigused, ülekaalulisus, kõrge vanus, komplitseeritud anamnees
12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine	On olemas kindlad operatsioonimeetodid, mis koosnevad kindlatest etappidest operatsiooni ajal. Eeltingimuseks on koolituse läbiteinud meeskond ja operatsiooniks vajaliku aparatuuri olemasolu.
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>	Neid operatsioone ei saa teostada haiglad, kus pole väljaõppinud personali, kes ei oma kogemusi suuremate günekoloogiliste operatsioonide teostamisel ja ei oma ka vastavat aparatuuri.

### 13. Kasutatud kirjandus

1. Food, Drug Administration (FDA). Surgical mesh for POP and SUI repair: FDA executive summary. <http://downloads/AdvisoryCommit>. Published 23 August 2011 Accessed 19th September 2015.
2. Pacquée S, Nawapun K, Claerhout F, Werbrouck E, Veldman J, D'hoore A, Wyndaele J, Verguts J, De Ridder D, Deprest J. Long-Term Assessment of a Prospective Cohort of Patients Undergoing Laparoscopic Sacrocolpopexy. *Obstet Gynecol*. 2019 Jul 9. doi: 10.1097/AOG.0000000000003380. [Epub ahead of print].
3. Veit-Rubin N, Dubuisson J, Constantin F, Lange S, Eperon I, Gomel V, Dubuisson JB. Uterus preservation is superior to hysterectomy when performing laparoscopic lateral suspension with mesh. *Int Urogynecol J*. 2019 Apr;30(4):557-564. doi: 10.1007/s00192-018-3678-3. Epub 2018 Jun 30.
4. Veit-Rubin et al. Patient satisfaction after laparoscopic lateral suspension with mesh for pelvic organ prolapse: outcome report of a continuous series of 417 patients. *International Urogynecology Journal*. November 2017, Volume 28, Issue 11, pp 1685–1693.
5. Coolen AWM, Bui BN, Dietz V, Wang R, van Montfoort APA, Mol BWJ, Roovers JWR, Bongers MY. The treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2017 Dec;28(12):1767-1783. doi: 10.1007/s00192-017-3493-2. Epub 2017 Oct 16.

6. Wagner L, Meurette G, Vidart A, Warembourg S, Terassa JB, Berrogain N, Ragni E, Le Normand L. Laparoscopic sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: guidelines for clinical practice *Prog Urol*. 2016 Jul;26 Suppl 1:S27-37. doi: 10.1016/S1166-7087(16)30426-2. Review. French.
7. Dubuisson JB, Veit-Rubin N, Wenger JM, Dubuisson J [Laparoscopic lateral suspension, another way to treat genital prolapse. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2017 Jan;45(1):32-36. doi: 10.1016/j.gofs.2016.12.009. Epub 2017 Jan 17. French.
8. Baines G, Price N, Jefferis H, Cartwright R, Jackson SR. Mesh-related complications of laparoscopic sacrocolpopexy. *Int Urogynecol J*. 2019 Apr 30. doi: 10.1007/s00192-019-03952-7. Epub ahead of print.
9. Saliba E, Nisolle M, Tchente C, De Landsheere L. Do we need to perform systematic supracervical hysterectomy during laparoscopic sacrocolpopexy? *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2019 Apr 16. pii: S2468-7189(19)30157-6. doi: 10.1016/j.gofs.2019.04.007. [Epub ahead of print].
10. Dällenbach P, De Oliveira SS, Marras S, Boulvain M. Incidence and risk factors for mesh erosion after laparoscopic repair of pelvic organ prolapse by lateral suspension with mesh. *Int Urogynecol J*. 2016 Sep;27(9):1347-55. doi: 10.1007/s00192-016-2974-z. Epub 2016 Feb 17.
11. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Apr 30;(4):CD004014. doi: 10.1002/14651858.CD004014.pub5.
12. Maher, Christopher; Feiner, Benjamin; Baessler, Kaven; Christmann-Schmid, Corina; Haya, Nir; Brown, Julie. Surgery for women with apical vaginal prolapse. [Review] *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10:CD012376, 2016 Oct 01
13. Khawand D, Wehbe SA, O'Hare PG 3, Arunachalam D, Vakili B. Risk factors for vaginal mesh exposure after mesh-augmented anterior repair: a retrospective cohort study. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2014;20(6):305.
14. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Marjoribanks J. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2:CD012079. Epub 2016 Feb 9.
15. Nair, R; Nikolopoulos, K I; Claydon, L S. Clinical outcomes in women undergoing laparoscopic hysteropexy: A systematic review. [Review ] *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*. 208:71-80, 2017 Jan.
16. Christopher F. Maher, MD; Benjamin Feiner, MD; Eva M. DeCuyper, MD; Cathy J. Nichlos, RN; Kacey V. Hickey, RN; Peter O'Rourke, PhD Laparoscopic sacral colpopexy versus total vaginal mesh for vaginal vault prolapse: A randomized trial; *Urogynecology*, www.AJOG.org, April 2011.

--

Taotluse esitamise kuupäev	22. juuli 2019
Taotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	<i>Ülle Kadastik (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>	