

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>	MTÜ Eesti Ämmaemandate Ühing
1.2 Taotleja postiaadress	Puusepa 8, Tartu
1.3 Taotleja telefoninumber	
1.4 Taotleja e-posti aadress	Marge.Mahla@kliinikum.ee
1.5 Kaastaotleja	
1.6 Kaastaotleja e-posti aadress	
1.7 Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi	Marge Mahla
1.8 Kontaktisiku telefoninumber	
1.9 Kontaktisiku e-posti aadress	Marge.Mahla@kliinikum.ee
2. Taotletav tervishoiuteenus	
2.1. Tervishoiuteenuse kood tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse korral <i>Kui muudatus ei ole seotud loetelus kehtestatud konkreetse teenusega või on tegemist uue teenuse lisamise ettepanekuga, siis teenuse koodi ei esitata.</i>	
2.2 Tervishoiuteenuse nimetus	Perekooli grupiteenus
2.3. Taotluse eesmärk <i>Märkida rist ühe, kõige kohasema taotluse eesmärgi juurde. Risti lisamiseks vajutada sobilikul ruudul parempoolsele hõreklahvile 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>Käesolevalt käsitleme grupiteenusena „Perekooli grupiteenust“ (antenataalne ettevalmistus), mis on mõistena sihtgrupi poolt omaks võetud ning kirjeldab selgelt teenuse sisu.</p> <p>Perekooli eesmärk on pakkuda tulevastele vanematele põhjalikku ettevalmistust, mis on oma olemuselt ennetav, kaasav, praktiline ja interaktiivne, et anda teadmisi ja oskusi, mis võimaldavad langetada positiivseid elustiili ja tervisega seotud valikuid raseduse, sünnituse, sünnitusjärgse perioodi ja sündiva lapse jaoks. Ettevalmistuse kontseptsiooni aluseks on perekeskne lähenemine, rasedus- ja sünnitusaegsete sekkumiste vähendamine, üldise toimetuleku, patsiendi ohutuse ja positiivse vanemuse toetamine.</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>	<p>Lapseootel perede terviseteadlikkuse parandamine, aktiivse osalemise soodustamine, teadlike valikute toetamine, vanemlusega seotud praktiliste oskuste arendamine ja ohutusteadlikkuse edendamine.</p> <p>Sihtgrupiks on diagnoositud rasedusega patsient koos partneriga.</p>
<p>3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)</p>	<p>Z34 – Z35</p>
<p>3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või terviseseisundi iseloomustus</p>	

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 hulga“

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

Näidustuse aluseks on diagnoositud rasedus.

Eesti Meditsiiniline Sünniregistri andmetel on rasedate arv viimase kolme aasta lõikes järgnev: 2015 – 13731, 2016 – 13686, 2017 – 13325.

90% rasedatest jõuab rasedusega arvele 12. rasedusnädalaks, 7% 16. rasedusnädalaks, väiksem osakaal rasedatest võtab end arvele raseduse jooksul.

Peresünnituste osakaal viimase kolme aasta lõikes on järgnev: 2015 – 80%, 2016 – 82%, 2017 – 82%. Oluline on märkida, et 10,8% sünnitajatest on alg- ja põhiharidusega, mistõttu antenataalne ettevalmistus hetkel kehtiva praktika tingimustes ei ole tõenäoliselt kättesaadav ning juurepääs tervise ja ohutusega seotud ning tunnustatud terviseinfole võib olla piiratud.

Teenuse kasutamise võimalus avaneb raseduse diagnoosimise järgselt ning diagnoosi (Z34-Z35) märkimisel.

4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhisus - otsingu kriteeriumid

4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus

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).

Andmeid otsiti andmebaasides PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), EbscoHost (<http://web.a.ebscohost.com/ehost/search/advanced?vid=7&sid=f14d5d57-221f-4f7e-835f-abe0884d7784%40sdc-v-sessmgr05>) kaudu CINAHL, MEDLINE, ERIC, valikukriteeriumiteks oli antenataalne haridus ja ettevalmistus ning täistekstidena kättesaadavad inglisekeelsed artiklid, mis on avaldatud alates aastast 1996. Otsingu tulemusel leiti sobivaid teadusuuringuid 25, millest on käesolevas taotluses kajastatud 16 uurimistulemusi. Teiste otsingutulemustel leitud uuringutulemused ei olnud esmasel hinnangul rakendatavad piisava valimi ning uurimistööga seotud piirangute tõttu.

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 lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.

4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus

4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus

4.2.4 Uuringu pikkus

4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	

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 $< 1/10$)	
Rasket kõrvaltoimeid	
Võimalikud tüsistused	
4.3.2 Kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi <i>Kirjeldada, milliseid teenuseid ja ravimeid on vajalik patsiendile osutada ning millises mahus, et ravida tekkinud kõrvaltoimeid ning tüsistusi.</i> <i>Nt: Perifeersete dopamiinergiliste toimete põhjustatud kõrvaltoimeid (iiveldus, oksendamine ja ortostaatiline hüpotensioon) saab kontrolli all hoida domperidooni manustamisega kuni tolerantsuse tekkimiseni 3-6 nädala jooksul pärast subkutaanse apomorfiinravi alustamist, mille järel võib domperidooni manustamise lõpetada.</i>	

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.

Perekooli grupiteenust (antenataalne ettevalmistust) on Eestis osutatud juba vähemalt eelmise sajandi 50-ndatest aastatest alates. Tasulise teenusena on seda teenust osutatud piirkonniti erinevalt, 2000 - 2010 aastast.

Antenataalne ettevalmistus on tunnustatult oluline rasedusaegse hoolduse komponent (Simkin & Enkin 1989) ja on traditsiooniliselt keskendunud sünnitusele ja sellega toimetulekule.

Antenataalsed programmid toetuvad Lamaze'i (1956), Dick-Read (1944) ja teiste teooriatele (Simkin ja Enkin 1989). Varasemate programmide läbiviijateks olid peamiselt füsioterapeudid, kes õpetasid psühhopfülaktika võtteid ilma ravimiteta sünnitusega toime tulekuks (Reiger 2001). 1970.ndate aastate lõpust arendati Austraalias ämmaemandate poolt programme, mis käsitlesid antenataalset hooldust holistiliselt, pakkusid naistele suuremat kaasatust. 1980ndatel kujunesid haiglapõhised antenataalsed kursused, mille käigus pakuti informatsiooni multiprofessionaalse meeskonna poolt.

Lapseootusaeg omab märkimisväärset ja pikaajalist mõju nii naistele, lastele kui peredele tervikuna. Sellest tulenevalt on erinevates terviseuuringutes selgunud, et eduka ning positiivse rasedus- ja sünnituskogemuse võtmeks on adekvaatne ettevalmistus, mis omakorda mõjutab positiivselt lapsevanema rolliga kohanemist ning toimetulekut (Hamilton-Dodd *et al* 1989, Lumney & Brown 1993, Stamler 1998, Koehn 2002, Spinelli *et al* 2003, Fabian *et al* 2005, Malata *et al* 2007, Deave *et al* 2008). Ettevalmistus sünnituseks on seotud emade vähenenud ärevuse ning hirmuga raseduse ja sünnituse ajal, mis võimaldab omakorda kujundada sünnituskogemus naise jaoks positiivsemaks (Lumley & Brown 1993, Koushede *et al* 2017). Positiivne sünnituskogemus on seotud isikliku kontrolli omamisega olukorra üle, tajutud toetuse, informeerituse ja valikuvabadusega võtta vastu oma tervise ja kehaga seotud otsuseid, toetava keskkonna loomise ja kujundamise võimalusega ning tugiisiku kaasamisega, kes aitab säilitada enesekindlust ning tagab toetava kommunikatsiooni. Sünnituseks ettevalmistavatel loengutel osalenud naiste puhul kirjeldatakse paremat toimetulekut sünnitusvaluga, väiksemat valuvaigistite kasutamise ning operatiivsete sünnituslõpete osakaalu (Malata *et al* 2007, Koushede *et al* 2017). Lisaks on Mete kaasuuriatega (2010) leidnud, et rinnaga toitmise teema käsitlemine mõjutab positiivselt imetamise alustamist, jätkumist ning imetamise suhtes soodsate hoiakute kujunemist nii tulevastel emadel kui isadel. Kaasaegsete trendide kohaselt peetakse oluliseks kaasata Perekoolide õppekavadesse lisaks sünnituseks ettevalmistavatele teemadele ka vanemluse ning isadusega seotud käsitlused (Symon & Lee 2003).

Kaasaegsed randomiseeritud uuringutulemused viitavad, et struktureeritud antenataalne ettevalmistus, mis keskendub sotsiaalse toetuse edendamisele, toimetulek strateegiatele ja vanemusele on suure tõenäosusega efektiivne populatsioonipõhine lähenemine, et vähendada vanemusega seotud stressi noortel vanematel (Freinberg *et al* 2008, Daley-McCoy *et al* 2015, Halford *et al* 2010).

Täna nähakse tervisedendamise põhimõtete rakendamist kriitilise osana antenataalse ettevalmistuse mahus. On selge, et ainuüksi informatsiooni edastamine ei ole ettevalmistuse eesmärk, vaid tuleb pakkuda võimalusi uute teadmiste ja oskuste omandamiseks (Nutbeam 2000). Vastutuse võtmine oma terviseiga seotud valikute eest on oluline suund ka antenataalses jälgimises, lisaks asjakohane täiskasvanu koolituse põhimõtete rakendamine. Täiskasvanud õppija omab varasemaid teadmisi ning elu- ja õppimiskogemust, mistõttu sobivad õpetamiseks peamiseks kaasavad õppemeetodid. Soovitatakse kasutada väljundipõhist lähenemist, kus lektor on peamiselt suunaja ning rõhuasetuse suund on õpetajalt õppijale (Bookfield 1996). Selline lähenemine võimaldab õppijatel kujuneda elukestvaks õppijaks, kes on võimelised kasutama teadmisi probleemide lahendamisel ja kohaneda pidevalt muutuvate elu situatsioonidega.

Siinkohal võib kaaluda mitmeid meetode. Moodulipõhise õppe eeliseks on sihtrühma vajadused, mis

on välja toodud Norling - Gustaffson jt (2011) töödes. Tulevased lapsevanemad väljendasid suurt vajadust kohtuda teiste samas olukorras inimestega, et luua teiste vanematega sotsiaalne võrgustik, mis võimaldab jagada ja võrrelda lapse saamise kogemusi ning teadmisi seoses vanemaks saamise ja imiku eest hoolitsemiseks vajalike oskuste õppimisel (Ahledén 2012.)

Eestis on sarnane/ligilähedane tervishoiuteenus kasutusel psühhiaatria erialal, kus on rakendunud grupiteraapia seanss patsiendile. (Psühhoterapia seanss ühele haigele grupis (grupis kaks kuni kaheksa haiget), teenuse kood 7602, piirhind 10,88).

Väga sarnaselt võib käsitleda perekooli grupiteenust kus sarnase diagnoosiga/probleemiga inimesed saavad infot grupis koos töötades. Väikeses grupis, tekib grupisünergia ja diskussioon ning sõprussidemed.

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.		
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
		<i>Soovitused taotletava teenuse osas</i>	
		<i>Soovitused alternatiivse raviviisi osas</i>	
1.			
2.			

5.3 Kokkuvõtte tõenduspõhisusest võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega

Esitada kokkuvõtvalt teenuse oodatavad lühi- ja pikaajalised tulemused tervisele. nt. surmajuhtumite vähenemine, haigestumisjuhtude 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.

Käesoleval ajal osutatakse teenust patsiendile tasulisena kõigis sünnitusabi osutavates haiglates ja mõnedes erakliinikutes ning üksikutes eraettevõtetes. Eraettevõtetes puudub aegajalt ka vastava väljaõppega isik ettevalmistuse läbiviimiseks, mis on kvaliteedi tagamise seisukohalt probleemkoht. Teenuse eesmärgistatud arendamine võimaldab parandada teenuse kättesaadavust ja osutamist kodukoha lähedal ning võimaldaks saada vanemaharidust ka vähekindlustatud peredel, sest kõikides tegevustes osalemine on pere eelarvele arvestatav väljaminek, mistõttu on neile teenus hetkel kättesaamatu.

Olulise väärtuse annab ühisel kursusel õppivate vanematega sotsiaalse võrgustiku loomine, mis võimaldab jagada ja võrrelda lapse saamise kogemusi ning teadmisi seoses vanemaks saamise ja imiku eest hoolitsemiseks vajalike oskuste õppimisel, mis sageli jääb mitteformaalselt toimima kursusel järgsel perioodil.

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.

Perekool grüpiiteenuse eesmärk on pakkuda tulevastele vanematele põhjalikku ettevalmistust, mis on oma olemuselt ennetav, kaasav, praktiline ja interaktiivne, et anda teadmisi ja oskusi, mis võimaldavad langetada positiivseid elustiili ja tervisega seotud valikuid raseduse, sünnituse, sünnitusjärgse perioodi ja sündiva lapse jaoks. Ettevalmistuse kontseptsiooni aluseks on perekeskne lähenemine, rasedus- ja sünnitusaegsete sekkumiste vähendamine, üldise toimetuleku, patsiendi ohutuse ja positiivse vanemuse toetamine.

Teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes:

Baseerub moodulipõhiselt (auditoorselt) toimuval loengute ja praktilise õppe programmil. Teenuse võimalus avaneb perele alates rasedusega arvele tulekust, mil perekooli moodulit tutvustatakse rasedust jälgiva ämmaemanda poolt. Moodulisse siseneb võimalusel samas raseduse suuruses (+- 8 nädalat) olevaid rasedaid ja nende partnereid 3-8, mis teeb grüpi maksimaalseks suuruseks kuni 16 inimest. Õppemetoodikast lähtuvalt kasutatakse valdavalt täiskasvanud õppijale sobivalt aktiiv- ja praktilist õpet, meetoodika valikul lähtutakse teemast ja praktiliste oskuste vajaduse astmest.

Õppetöö maht on 2-3 akadeemilist tundi, kokku üldmaht ühele perele 26 akadeemilist ehk 1 EAP.

Moodulisse sisenemine alates 12.rasedusnädalast.

Kogu moodul koosneb alljärgnevate teemade käsitlemisest, eesmärgiga läbida tervikmoodul enne 34.rasedusnädalat, mil perede fookus on peamiselt seotud sünnitusega.

- 1.Rasedusega kohanemine, vaevused, nende leevendamine läbi trimestrite
2. Raseduse jälgimise süsteem, seadusandlus, pere õigused ja kohustused
3. Raseda eluviis ja toimetulek sh toitumine + ravimite kasutamine
4. Lapsevanemaks kasvamine ja väljakutsed
5. Psühholoogiline ja füüsiline ettevalmistus sünnituseks + tugiisiku roll
6. Sünnituse kulg
7. Sünnitusosakonna külastus – kokkuleppel sünnitusabi osutava haiglaga sünnituskeskkonnaga tutvumiseks
8. Kui kõik ei lähe oodatult – sünnitusabi sekkumised ja toimetulek
9. Rinnapiim ja imetamine, sh bioloogiline toitmine
- 10.Sünnitusjärgne periood ja kohanemine, meeleolu muutused + füüsiline taastumine sh vaagnapõhi

jms.

11.Vastsündinu hooldus ja ohutus (sh vaksineerimine)

12.Sünnitusjärgne koduviit

Perekooli grupiteenuse osutamiseks on vajalik koolitusruum koos esitlusseadmetega (internetiühendus, arvuti, dataprojektor, ekraan, paber- või koolitahvel, kirjutusvahendid jne).

Praktiliste õppusel on vajalike vahendite ja näidiste hoiustamise kapid. Praktilisteks õppusteks vajalik mähkimislaudade olemasolu ja vastsündinu jm mulaažid või mannekeenid (sünnitusabi mannekeenid, luuline vaagen, imetamise abivahendid) praktilise õppe läbiviimiseks.

Ämmaemand vajab loengu aktiivõppe ettevalmistamiseks ja ruumi ettevalmistusaega enne reaalset õpet.

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)

Teenust osutatakse kõigis sünnitusabi osutavates haiglates, piirkondades, kus puudub sünnitusabiteenust osutav tervishoiuasutus, kuid pakutakse antenataalset jälgimist, osutatakse teenust üldhaiglas.

Ämmaemanda olemasolu perearstipraksises loob võimaluse grupiteenuse (perekool) osutamiseks ka tervisekeskustes, mis toetab teenuse osutamist kodukoha lähedal ning võimaldaks saada vanemaharidust ka vähemkindlustatud peredel kellele on teenuse kättesaadavus hetkel madal.

7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? *Loetleda sobivad variandid.*

Tervishoiuteenus on ambulatoorne teenus. Teenus kuulub antenataalse hoolduse paketti, mis laieneb raseduse diagnoosimisel.

7.3 Raviarve eriala

Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.

Oluline on teenust rahastada ambulatoorse ämmaemandusabiteenuse ravirahadest eeldusel, et ämmaemandusabiteenuse rahastus on selgelt eristatud sünnitusabi- ja günekoloogia ambulatoorse teenuse ravirahadest.

7.4 Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks

Esitada teenuse minimaalne osutamise kordade arv, mille puhul oleks tagatud teenuse osutamise kvaliteedi säilimine. Lisada selgitused/põhjendused, mille alusel on teenuse minimaalne maht hinnatud.

Ühele perele ja/või üksikisikule teenuse üldmaht on 26 akadeemilist tundi ehk õppetöö maht 1 EAP.

Tervikpakett sisaldab 12 aktiivõppe sessiooni. Teenuse minimaalne maht tuleneb käsitletavate teemade mahust ja ettevalmistuse minimaalsest baastasemest, mis soodustab terviseteadlike valikute langetamist, ohutusteadlikkuse paranemist, positiivset vanemlust ning toimetulekut.

7.5 Personali (täiendava) väljaõppe vajadus

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

<i>teenuste hindadesse jm).</i>
<p>Teenuse osutaja on läbinud ämmaemanda põhiõppe ja omab vähemalt 2 aastast erialast töökogemust, lisaks on tulevikus kvaliteedi indikaatoriks vähemalt 6. taseme ämmaemanda kutsetunnistuse olemasolu kõikidel teenust osutavatel ämmaemandatel. Kutsetunnistust uuendatakse 5 aasta järel.</p> <p>Kvaliteetse ettevalmistuse läbiviimiseks on viiakse regulaarselt läbi täiskasvanu õpet käsitlevaid koolitusi ja EÄÜ perekooli koolitajatele suunatud koolitust.</p>
<p>7.6 Teenuseosutaja valmisolek</p> <p><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 osutamiseks on vajalik koolitusruum maksimaalse mahtuvusega 16-le inimesele. Praktilisteks õppusteks vajalik mähkimislaudade olemasolu ja vastsündinu jm mulaažid või mannekeenid praktilise õppe läbiviimiseks.</p> <p>Eesmärgipäraseks rakendamiseks võib osutada vajalikuks lisatöökohtade loomine, et tagada töökorraldus ning teenuse kättesaadavus sihtrühmale.</p>

8. Teenuse osutamise kogemus Eestis	
8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud?	
8.2 Aasta, millest alates teenust Eestis osutatakse	Nn perekooli grupiteenust on osutatud juba vähemalt eelmise sajandi 50-ndatest aastatest alates. Tasulise teenustena on seda teenust osutatud piirkonniti erinevalt, 2000 - 2010 aastast.
8.3 Eestis teenust saanud isikute arv ja teenuse osutamise kordade arv aastate lõikes	EÄÜ küsitluse alusel on 2017 aastal teenust osutatud 6329 inimesele ja 632 õppusel/loengul kestvusega 1,5 tundi. Andmeid ei esitanud ITKH ja LTKH kus teadaolevalt osutatakse teenust tasulisena ning arvestades sünnitajate arvu võib öelda, et lisaks osutati kahe haigla kohta teenuseid vähemalt samas mahus kui ülejäänutes piirkondades kokku. Siiski on oluline silmas pidada, et vähekindlustatud rasedatele ei ole teenus ka suurtes haiglates kättesaadav.
8.4 Eestis teenust osutanud raviasutused	AS Järvamaa haigla, AS Medicum Tervishoiuteenused, AS Rakvere Haigla, Erapolikliinik praxis OÜ, Ida-Tallinna Keskhaigla, naistekliinik, Kuressaare Haigla SA, Lääne-Tallinna Keskhaigla, naistekliinik, Lõuna-Eesti Haigla AS, Põlva Haigla AS, Pärnu Haigla SA, Sa Narva Haigla, SA TÜ Kliinikumi naistekliinik, Viljandi Haigla SA Ida-Viru Keskhaigla

8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud	Käesoleval hetkel TTL kood puudub, Perekooli grupiteenuse osutamine toimub patsiendi omafinantseeringul.
8.6 Ravi tulemused Eestis	

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	Kokku on õppe maht 12 loengut/praktikumi, mis on arvestatud ühele rasedale ja tugiisikule/partnerile.
--	---

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 arvutustehe: 9.1*9.2.2 * 9.2.3
1. aasta	13400	26 akad. tundi	348400
2. aasta	13300	26 akad. tundi	345800
3. aasta	13200	26 akad. tundi	343200
4. aasta	13200	26 akad. tundi	343200

9.3 Prognoosi aluse selgitus
Esitatakse selgitused, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes.

Eesti Meditsiinilise Sünniregistri andmetel on aastas sünnitanud naiste arv eelnevatel aastatel olnud järgmine:
 2014 – 13408
 2015 – 13731
 2016 – 13686
 2017 – 13325.
 2018 aasta esimesel poolaastal oli üle Eesti sündinute arv umbes 10% suurem kui 2017 aastal. Seda tõenäoliselt tulenevalt muutunud lastetoetuste maksmise korrast. Prognoositav sündinute arv jääb 2019 aastal tõenäoliselt 13400 piiresse. Arvestades rahvastiku fertiilset iga on edasine prognoos tõenäoliselt väga tagasihoidliku muutusega vähenemise suunas.

9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviastutuste vahel
Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida konkreetsetesse raviastutustesse, st. tegu on spetsiifilise tervishoiuteenusega, mida hakkaksid osutama vähesed raviastutused.

9.4.1 Raviastutuse nimi	9.4.2 Raviarve eriala raviastutuste lõikes	9.4.3 Teenuse osutamise kordade arv raviarve erialade lõikes

10. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusele

10.1 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad	Perekooli grupiteenus lisandub vastavalt osaletud
---	---

<p>taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ja teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i></p>	<p>aktiivõppe sessioonide arvule antenataalse hoolduse raviarvetele.</p>
<p>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></p>	<p>-</p>
<p>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></p>	<p>Asendab täielikult patsiendi enesefinantseerimisel toimuvat perekooli grupiteenust. Siinkohal on oluline rõhutada, et hetkel kehtiv perekooli grupiteenuse korraldus ei taga teenuse kättesaadavust kogu sihtgrupile ning süvendab patsientide ebavõrdset kohtlemist tervishoiusüsteemis.</p>
<p>10.4 Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega? Kas teenuse kasutusse võtmine tähendab uute ravijuhtude lisandumist või mitte? Kui jah, siis mitu ravijuhtu lisandub?</p>	<p>Ei ole seotud uute ravijuhtude lisandumisega. Perekooli grupiteenus lisatakse olemasolevale raseduse jälgimise ravijuhule. Alternatiivina võib kaaluda grupiteenuse käsitlemist eraldi ravijuhuna, mis võimaldab efektiivsemalt hinnata statistilisi tulemusi ja ravitulemust sünnitusabi näitajatega.</p>
<p>10.5 Taotletava tervishoiuteenusega <u>kaasnevad</u> 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></p>	<p>Hetkel patsiendi omafinantseeringul.</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>. <i>Vastamisel lähtuda punktis 10.5 toodud selgitustest.</i></p>	<p>-</p>

10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult erinevat mõju töövõimetuslehel kestvusele võrreldes alternatiivse raviviisiga? <i>Kas töövõimetuslehel kestvuse osas on publitseeritud andmeid teaduskirjandusest ning kas raviviiside vahel saab väita erinevust?</i>	Teadaolevalt ei oma mõju TVLile
10.8 Kui jah, siis mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel taotletava teenuse korral ning mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel alternatiivse raviviisi korral?	-

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 müügilohoidja esindaja. Sellisel juhul palume esitada ravimi maksumuse koos täpsustusega, millise hinnaga on tegu (ravimi maaletoomishind, hulgemüügi väljamüügihind, lõplik hind haiglaapteegile koos käibemaksuga).

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

11.2. Tervishoiuökonomilise analüüsi kokkuvõte

Juhime tähelepanu, et vastavalt määruse⁸ §9lg4 peab ravimi müügilohoidja 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 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>

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

<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>		

12. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus ning kohaldamise tingimused	
<p>12.1 Tervishoiuteenuse väärkasutamise tõenäosus</p> <p><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></p>	
<p>12.2 Tervishoiuteenuse liigkasutamise tõenäosus</p> <p><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></p>	
<p>12.3 Patsiendi isikupära ja eluviisi võimalik mõju ravi tulemustele</p> <p><i>Kas patsiendi sugu, vanus, eluviis vms omab mõju ravi tulemustele? Kui jah, tuua välja faktor ja tema mõju.</i></p>	
<p>12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine</p>	
<p>12.5 Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused</p> <p><i>Kui 12.4 on vastatud jaatavalt, palume sõnastada teenusega seotud rakendustingimused, mis aitaksid tagada tervishoiuteenuse ohutut ja optimaalset kasutust.</i></p>	

13. Kasutatud kirjandus
<p><i>Kasutatud kirjandusallikate viide esitatakse järgmiselt:</i></p> <p><i>Esimene autor. Artikli nimetus. Väljaandja (artikli puhul ajakirja, -lehe nimi; raamatu puhul kirjastuse nimi), ilmumise aasta, kuu ning ajakirja puhul selle number, lehekülgede numbrid.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Võimalusel esitatakse lisaks veebilink. Kui elektroonilisi viiteid ei ole võimalik esitada, esitatakse taotlusega koos viidatud materjalidest elektroonsed või paberandmed koopiaid.</i></p>
<p>Bookfield, S. (1996). Understanding and facilitating adult learning. Milton Keynes. UK: Open</p>

University Press.

Daley-McCoy, C. Roger, M., Slade, P.(2015). Enhancing relationship functioning during the transition to parenthood: a cluster-randomised controlled trial. *Arch Women Mental Health*, 18(5): 681-92.

Deave, T., Johnson, D., Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth* 8, 30.

Fabian, H.M, Radestad, I.J., Waldeström, u. (2005). Childbirth and parenthood classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 84, 436-443.

Freinberg, ME, Kan, ML.(2008). Establishing family foundations: Intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *J.Fam Psychol*, 22(2):253-63

Halford, WK, Petch, J., Creed, DK.(2010). Promoting a Positive Transition to Parenthood: A Randomized Clinical Trial of Couple Relationship Education. *Prev Sci*, 11(1):89-100.

Hamilton-Dodd, C., Kawamoto, T., Clark, F., Burke, J.P., Fanchiang, S., P. (1989). The Effects of a maternal preparation program on mother-infant pairs: a pilot study. *The American Journal of Occupational Therapy* 43, 513-521.

Koehn, M.L.(2002). Childbirth education outcomes: an integrative review of the literature. *The Journal of Perinatal Education* 11, 10-19.

Koushede, V., Brixval, C.S., Thygesen, L.C., Axelsen, S.,F., Winkel, P., Lindchou, J., Glud, C., Due, P. (2017). Antenatal small-class education versus auditorium-based lectures to promote positive transitioning to parenthood – A randomised trial. *PLoS ONE* 12(5):e0176819.

Lumney, J., Brown, S. (1993). Attenders and non attenders at childbirth education classes in Australia: how do they and their births differ? *Birth* 20, 123-130.

Malata, A., Hauck, Y., Monterossi, L.,McCaul, K. (2007). Development and evaluation of a childbirth education programme for Malawian women. *Journal of Advanced Nursing* 60, 67-78.

Nutbeam, D.(2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21th century. *Health Promotion International*, 15(3): 259-267.

Simkin, P.&Enkin, M.(1989). Antenatal classes. In Chalmer, I., Enkin, M., Keirse, J. (Eds). *Effective care in pregnancy and childbirth* (vol.1). Oxford, UK.

Spinelli, A., Baglio, G., Donati, S., Grandolfo, M.E., Osborn, J. (2003). Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *The Journal of Maternal, Fetal and Neonatal Medicine* 13, 94-101.

Stamler, L.L.(1998). The participants' views of childbirth education.is there congruency with an enablement framework for patient education? *Journal of Advanced Nursing* 28, 939-947

Symon, A., Lee, J. (2003). Including men in antenatal education: evaluating innovative practice. *Evidence Based Midwifery* 1(2), 12-19.

Taotluse esitamise kuupäev	30.11.2018
Taotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	Marge Mahla <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>	

