

RAVI RAHASTAMISE LEPINGU LISATINGIMUSED

eriarstiabis, hambaravis, ennetuses ja õendusabis

1. Ravijuhtude arvu ja ravijuhu keskmise maksumuse kavandamise alused

- 1.1. Eesti Haigekassa (edaspidi: **Haigekassa või Pool**) lähtub ravijuhtude arvu ja ravijuhtude keskmise maksumuse kavandamisel eelkõige:
 - 1.1.1. kindlustatud isikute ravivajadustest;
 - 1.1.2. kindlustatud isikute vajadustele vastava ravi võrdsest piirkondlikust kättesaadavusest ja kindlustatud isikute tegelikust liikumisest Tervishoiuteenuse osutajate (edaspidi: **Tervishoiuteenuse osutaja või Pool**) juurde;
 - 1.1.3. kvaliteetsete tervishoiuteenuste (edaspidi: **teenus**) pakkumiseks vajalikust ravijuhtude miinimumarvust;
 - 1.1.4. Haigekassa eelarve võimalustest ja ravikindlustusraha kasutamise otstarbekusest;
 - 1.1.5. teadaolevatest muudatustest „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus“ (edaspidi ka **tervishoiuteenuste loetelu**);
 - 1.1.6. lepingupartnerite poolt eelneva lepinguperioodi raviarvetel kajastatud ja planeeritavast teenuste struktuurist vastaval erialal vastavas teenuse tüübis;
 - 1.1.7. ambulatoorse, päevaravi ja statsionaarse ravijuhtude osakaalu planeeritavast muutumisest;
 - 1.1.8. Tervishoiuteenuse osutaja poolsest tervishoiuteenuste loetelus sätestatud piirhinnast madalama hinna pakkumisest;
 - 1.1.9. kliinilistest audititest, sihtvalikutest, eriala teenuste kasutuse ja ravijuhu keskmise maksumuse analüüsimisel saadud informatsioonist;
 - 1.1.10. ravijuhtude arvu protsentuaalse jaotuse vajadusest poolaastate vahel.

2. Juhtumid, millal tasu maksmise kohustuse ülevõtmise tingimuseks on patsiendi seisundist tulenev ning haigusloos dokumenteeritud ravi jätkamise vajadus, mille põhjendatuse kontrollimise õigus on Haigekassal

- 2.1. Haigusseisundid ja muud juhud ravi pikendamiseks on järgmised:
 - 2.1.1. juhud, kui kindlustatud isiku aktiivravi haiglas kestab järelravi voodil üle 60 päeva alates tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud maksimaalsete ravipäevade lõppemisest:
 - 2.1.1.1. tuberkuloosihaige pikaajalise ravi korral;
 - 2.1.1.2. pikaajalise psühhiaatrilise ravi korral;
 - 2.1.1.3. raske trauma järgse ravi korral;
 - 2.1.1.4. onkoloogilise või HIV-positiivse haige pikaajalise ravi korral;
 - 2.1.1.5. laste raskekujulise kaasasündinud liitpatoloogia korral;
 - 2.1.1.6. põhihaiguse või kirurgilise tegevuse tüsistusena tekkinud raskekujulise infektsiooni korral;
 - 2.1.1.7. eriti ohtliku nakkusega haige pikaajalise ravi korral.
 - 2.1.2. haige lapsega haiglas viibimine tervishoiuteenuste loetelu koodi 2069 alusel;
 - 2.1.3. statsionaarses taastusravis tervishoiuteenuste loetelu koodi 8029 alusel täiendavalt kuni 21 ravipäeva eest intensiivse funktsioone taastava taastusravi ja koodi 8028 alusel täiendavalt kuni 14 ravipäeva eest funktsioone taastava taastusravi osutamine;
 - 2.1.4. tervishoiuteenuste loetelu koodidega 7050 ja 7056 tähistatud füsioteraapia teenuse osutamine täiendavalt [tervishoiuteenuse loetelus](#) (§ 29 lõike 11 punktis 5) nimetatule kuni 60 korda 6 kuu jooksul;

- 2.1.5. tervishoiuteenuste loetelu koodiga 7058 tähistatud lümfiteraapia teenuse osutamine täiendavalt [tervishoiuteenuste loetelu](#) (§ 29 lõike 11 punktis 9) nimetatule kuni 15 korda kalendriaastas;
 - 2.1.6. II, III ja IIIa astme intensiivravi ning põletushaige I astme intensiivravi teenuse osutamise üle tervishoiuteenuste loetelus sätestatud voodipäevade maksimumarvu;
 - 2.1.7. iseseisva statsionaarse õendusabi teenuse osutamine kestusega üle 60 päeva;
 - 2.1.8. statsionaarse hospiitteenuse osutamine kestusega üle 14 päeva.
- 2.2. Järgarve vormistamise õigus on järgmistel juhtudel:
- 2.2.1. kui esmasel raviarvel või järgarvel kajastatud ravi statsionaarses eriarstiabis kestab üle 365 kalendripäeva;
 - 2.2.2. kui esmasel raviarvel või järgarvel kajastatud ravi statsionaarses eriarstiabis või iseseisvas statsionaarses õendusabis on kestnud vähemalt 60 kalendripäeva, statsionaarses hospiitteenuses on kestnud vähemalt 14 kalendripäeva ning raviastutuse majandustegevusest tulenevalt on vajalik ravi eest tasumine järgarve alusel.
- 2.3. Punktides 2.1. ja 2.2. nimetatud juhtudel tuleb Tervishoiuteenuse osutajal esitada Haigekassale 5 kalendripäeva jooksul vastavasisulise nõude saamisest ravi pikendamise või järgarve vormistamise vajaduse põhjendused kirjalikult. Põhjenduse puudumise korral loeb Haigekassa pikendatud ravi ja järgarve alusel tasu maksmise kohustuse ülevõtmise alusetuks.

3. Lepingu rakendamise tingimused eriarstiabis

- 3.1. Juhendid teenuste kodeerimiseks raviarvele on avaldatud Haigekassa [kodulehel](#). Haigekassa teavitab Tervishoiuteenuse osutajat uuendustest ja muudatustest kodeerimisjuhendites.
- 3.2. Hüpertooniatõve (klassifikaatori RHK-10 jaotisrühmad I10-I15) haigete klassifitseerimine raviarvetel toimub vastavalt erialaseltsidega kokkulepitule. Kokkulepe on avaldatud Haigekassa [kodulehel](#).
- 3.3. Raviarvete esitamisel lisa 3 täitmiseks lähtub Tervishoiuteenuse osutaja järgmistest tingimustest ja ravijuhu mõistetest:
 - 3.3.1. ambulatoorse ja päevaravi ravijuht on raviarve, millel kajastuvad ühele kindlustatud isikule ühe haigusjuhu käigus tehtud uuringud ja osutatud teenused esimesest vastuvõtust kuni pöördumise põhjuse lahendamiseni. Ambulatoorse ja päevaravi ravijuhuks ei loeta erakorralise meditsiini osakonnas (edaspidi: **EMO**) osutatud teenuseid, punktis 3.3.2. sätestatud juhtusid ja juhtusid, kui eriarsti kahe vastuvõtu vahe on kolm kuud või rohkem. EMO-s ambulatoorselt või päevaravis patsiendile tehtuduuringud ja osutatud teenused vormistatakse eraldi raviarvel, mille alustamise ja lõpetamise kuupäev ei erine üle ühe päeva. Eriarsti vastuvõtu käigus kindlustatule määratud uuringud (sh laboratoorsed uuringud), protseduurid ning seonduvad korduvvisiidid märgitakse eriarsti vastuvõtuga samale raviarvele;
 - 3.3.2. statsionaarse ravi ravijuht on raviarve, millel kajastuvad ühele kindlustatud isikule kogu haigusjuhu käigus tehtud terviseuuringud ning osutatud teenused, s.h. voodipäevad ja vahetult enne haiglaravi EMO-s osutatud ja määratud teenused. Statsionaarse ravi ravijuhu maksimaalne pikkus on 365 kalendripäeva. Haigusjuhu jätkumisel vormistatakse järgarve (uus ravijuht) kooskõlas punktidega 2.2. ja 2.3. Lapse hooldaja majutuse voodipäevad kantakse lapse statsionaarsele raviarvele;
 - 3.3.3. päevakirurgia korral (raviarvel tervishoiuteenuste loetelu kood 3076) peavad raviarve alustamise ja lõpetamise kuupäev olema samad. Raviarve alustamise ja lõpetamise kuupäevad peavad olema samad ka mittestatsionaarsetel raviarvetel, millel kajastub kood 1M2104, 1M2110;
 - 3.3.4. sünnituse ravijuht on raviarve, millel kajastub järgmine tervishoiuteenuste loetelu kood: 2290K, 2291K või 1M2106. Vastsündinule tehtud sõeluuringud kajastatakse eeskätt sünnituse raviarvel. Sõeluuringu teostamisel sünnijärgse jälgimise käigus vormistatakse teenus lapse raviarvel, mis kajastab sünnijärgse ravi tegelusi;

- 3.3.5. organsiirdamiste ravijuht on raviarve, millel kajastuvad järgmised tervishoiuteenuste loetelu koodid: 3101 (ambulatoorne raviteenus, mille kohta esitatakse eraldi raviarve – raviarvel ei ole muid teenuseid), 3085, 1K2228, 1K2140, 1K2143, 0Y2101, 0J2124, 1F2108, 100408, 100407, 1J2134, 1Y2102, 354R, 355R, 356R, 357R, 358R, 261R, 262R või järgnevad NCSP koodid: JJC00, JJC10, JJC20, JJC30, JJC40, JJC96, GDG00, GDG03, GDG10, GDG13, GDG30 või GDG96;
- 3.3.6. luuüdi transplantatsiooni ravijuht on raviarve, millel kajastuvad järgmised tervishoiuteenuste loetelu koodid: 3086, 8101, 8102, 8103, 8104, 8105, 8106, 372R, 373R, 374R, 375R, 376R, 377R, 378R, 379R, 380R, 381R, 382R, 383R, 384R, 386R, 348R, 400R, 401R, 402R, 403R, 387R. Luuüdi transplantatsiooni ravijuhuna võib märkida ka tervishoiuteenuste loetelu koode 66619, 66620 või 66621 kajastava raviarve.
Raviarvele märgitakse lepingu eriala kood 71500001;
- 3.3.7. hemodialüüsi ravijuht on päevaravi arve, millel kajastuvad ühele kindlustatud isikule 1 kuu jooksul osutatud hemodialüüsi teenused, siis kui isikul hinnatakse vajadus rohkemaks kui 50 hemodialüüsi protseduuri järele aastas.
Raviarvele märgitakse lepingu eriala kood 71301309;
- 3.3.8. peritoneaaldialüüsi ravijuht on raviarve, millel kajastuvad ühele kindlustatud isikule 1 kuu jooksul osutatud koduse peritoneaaldialüüsi teenused. Nimetatud teenuste osutamise käigus kindlustab Tervishoiuteenuse osutaja patsiendile vähemalt 4 nädala vajaliku peritoneaaldialüüsilahuste varu ja korraldab peritoneaaldialüüsiks vajalike lahuste ja lisatarvikute üle andmise patsiendile tema elukohas või tema elukohale lähimasse apteeki.
Raviarvele märgitakse lepingu eriala kood 71500003;
- 3.3.9. katarakti operatsiooni ravijuht on ambulatoorne või päevakirurgia raviarve, millel kajastuvad tervishoiuteenuste loetelu koodid 60905, 70902, 70904 või 70909. Päevakirurgias katarakti operatsioonide korral (raviarvel tervishoiuteenuste loetelu kood 3076) peavad raviarve alustamise ja lõpetamise kuupäev olema samad;
- 3.3.10. endoproteesimise ravijuht on raviarve, millel kajastuvad järgmised tervishoiuteenuste loetelu koodid: 2650L, 2651L, 2652L, 2653L, 2654L, 2660L, 2672L, 2665L, 2673L, 2656L või 2674L;
- 3.3.11. kuulmisimplantatsiooni ravijuht on raviarve, millel kajastuvad järgmised tervishoiuteenuste loetelu koodid: 2276K või 2288K;
- 3.3.12. viljatusravi ravijuht on ambulatoorne raviarve (teenuse tüüp 1), millel kajastub vähemalt üks [tervishoiuteenuste loetelu](#) (§ 35 lõigetes 2 ja 7) nimetatud teenustest. Viljatusravi raviarvele on lubatud kodeerida ka kõik ravijuhuga seotud päevaravis osutatud teenused, sh teenused koodidega 3075 (Tervishoiuteenused päevaravis) või 3076 (Päevakirurgia). Tervishoiuteenuse osutajale hüvitatakse raviarvele kantud kõik ravijuhuga seotud teenused, mis on osutatud 90 päeva enne viljatusravi teenust kuni raseduse tuvastamiseni;
- 3.3.13. valmisoleku tasu maksmise korral on ravijuht ühe arstliku eriala ööpäevaringse valmisoleku kohta kvartalis Haigekassa poolt koostatud statsionaarne raviarve, millele märgitakse tervishoiuteenuste loetelu kood 2280K;
- 3.3.14. antiretroviirusravi konsiiliumi töö kvartalis tähistatud teenuse ravijuht on maksimaalselt üks kord kvartalis Haigekassa poolt koostatud statsionaarne raviarve, millele märgitakse tervishoiuteenuste loetelu kood 2292K.
Tervishoiuteenuse osutaja esitab sisulise aruande eelneva aasta töö kohta hiljemalt 30. jaanuariks. Aruanne peab sisaldama järgnevaid andmeid kõikide antiretroviirusravi osutavate ravikeskuste kohta: patsientide üldarv, arsti külastuste arv (lisandunud patsiendid, lahkunud patsiendid, surmad), aruande perioodil arvele tulnud rasedad ja sünnitused, antiretroviirus ravi alustanud patsiendid (mehed, naised, CD4 rakkude arv ravi alustamisel, viiruskoormus ravi alustamisel), ARV raviskeemid, ravi katkestamise juhtude arv ja põhjus, raviskeemi muutmise arv ja põhjused, aruande perioodil laboratoorselt avastatud resistentse viirustüvega patsientide arv ja raviskeemi kirjeldus ja patsientide arv kelle viiruskoormus ei ole alla 200 koopiat/ml;

- 3.3.15. juhul, kui Tervishoiuteenuse osutajal on õigus rakendada tervishoiuteenuste loetelus koodiga 2294K tähistatud teenust „Eriarstiabi ja õendusabi osutamine kuus“, lepitakse Tervishoiuteenuse osutajaga selle rakendamise eritingimustes kokku lepingu lisas 19;
- 3.3.16. Erakorralise meditsiini valmisoleku tasu maksmise korral on ravijuht EMO või erakorralist abi osutava struktuuriüksuse, valvetoa ööpäevaringse valmisoleku ja töö kohta maksimaalselt üks kord kalendrikuus Haigekassa poolt koostatav statsionaarne raviarve, millele märgitakse vastavalt [tervishoiuteenuste loetelu](#) (§ 46 lõikes 1) loetletud asutusepõhine tervishoiuteenuse kood 2305K-2322K;
- 3.3.17. Siirdamiskeskuse ööpäevaringse valmisoleku tagamine kvartalis tähistatud tervishoiuteenuse ravijuht on maksimaalselt üks kord kvartalis Haigekassa poolt koostatud statsionaarne raviarve lepingueriala 71301908 ning tervishoiuteenuse koodiga 2295K.
- 3.4. Igale teenusele, mis on osutatud või mille vajadus on määratud EMO-s või erakorralist abi osutavas struktuuriüksuses, valvetoas, märgitakse raviarvel teenusele tunnus „emo“. Struktuuriüksuseks ei märgita „emo“ juhul kui teenuse vajadus on määratud EMO-s või erakorralist abi osutavad struktuuriüksuses, valvetoas, kuid selle osutamine toimub patsiendi teise statsionaarsesse osakonda suunamise järgselt.
Erakorralise meditsiini osakonnaks loetakse haigla struktuuriüksus, mille personal, aparaat, sisustus ja ruumid vastavad sotsiaalministri 19.08.2004 määruses nr 103 "Haigla liikide nõuded" kehtestatud nõuetele erakorralise meditsiini osutamiseks.
- 3.5. Vältimatu lennutransport reeglina ei ole eraldi ravijuht. Vältimatu lennutranspordi teenus lisatakse vastava haigusjuhu raviarvele. Tervishoiuteenuse osutaja korraldab EMO juhataja (normaalse töötaja piires) või vastutava arst-anestesioloogi (väljaspool eelnimetatud juhataja normaalse töötaja piire) poolt lennu määramise vältimatu arstiabi vajava kindlustatu transportimiseks Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse või teise vajalikku arstiabi andvasse haiglasse. Lennu määraja teavitab lennule väljasõidust Häirekeskust.
Tervishoiuteenuse osutaja lähtub vältimatu lennu määramisel eelkõige rasketest hulgitraumadest ja muudel juhtudel kindlustatu kriitilisest seisundist, kus ajafaktor mõjutab prognoosi tema elule ja elukvaliteedile.
Tervishoiuteenuse osutaja ei määra lendu alla 60 kilomeetrise kaugusega sündmuskohale, välja arvatud püriasustusega suursaartele ja suurõnnetuse toimumise kohale. Tervishoiuteenuse osutaja ei määra lendu püriasustusega väikesaartele, kus vältimatu abi tagatakse Häirekeskuse kaudu kiirabibrigaadi poolt. Kutse korral neile püriasustusega väikesaartele tuleb kutse koheselt suunata Häirekeskusele.
- 3.6. E-konsultatsiooni teenuse osutamisel ja selle järgselt ravi ülevõtmisel lähtutakse järgmisest:
- 3.6.1. Piirkondlikud- ja keskhaiglad tagavad perearstide või teise erialaarsti pöördumisel valmisoleku e-konsultatsiooni osutamiseks kõigil lepingu lisas 3 kokkulepitud erialadel, mille osas on e-konsultatsiooni osutamise tingimused kokku lepitatud tasu maksmise kohustuse ülevõtmise korras, kui ei ole kokku lepitud teisiti;
- 3.6.2 E-konsultatsiooni teenuse osutamisel ja dokumenteerimisel lähtutakse määrustest „Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende säilitamise tingimused ja kord“, „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu“, „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ ja haigekassa poolt koostatud tegevusjuhendist, mis on kättesaadav Haigekassa [kodulehel](#);
- 3.6.3. E-konsultatsiooni teenust osutama asudes tagatakse teenuse pakkumise järjepidevus;
- 3.6.4. Juhul, kui teenuse osutamine toimub pärast e-konsultatsiooni ravi ülevõtmisega, märgitakse Tervishoiuteenuse osutaja koostatavale raviarvele ravile saabumise liigiks kood 3 „tuli saatekirjaga“. Eriarstiabi raviarvel võib kajastuda vajadusel ainult uuringu, protseduuri või analüüsi kood;
- 3.6.5. E-konsultatsiooni teenuse osutajal peab olema valmisolek esitada Haigekassa sellekohasel pöördumisel andmed e-konsultatsiooni osutamise asutusesisese korra kohta.

3.7. [Tervishoiuteenuse loetelus](#) (§ 77 lõikes 1) nimetatud teenuste osutamisel märgitakse raviarvele lisaks tervishoiuteenuste loetelus nimetatud teenustele ka teenuse kood 9071, s.o suurenenud hambaravi vajaduse tekkimise hindamine, mille alusel on kindlustatud isikul õigus järgneva kahe aasta jooksul saada vähemalt 19-aastase kindlustatud isiku hambaraviteenuse hüvitist kõrgendatud piirmäära ulatuses. Koodiga 9071 tähistatud teenuse eest Haigekassa tasu maksmise kohustust üle ei võta.

3.8. Haigekassa võtab tasu maksmise kohustuse üle vähemalt 19-aastastele puuduva suuhügieeni võimekuse ja füüsilise puudega isikutele osutatud tervishoiuteenuste loetelus loetletud hambaravi teenuste eest, kellel on raviarsti poolt määratud kood 9072 (Elupuhune hambaravi).

3.8.1 Kriteeriumid koodi 9072 (Elupuhune hambaravi) määramisel:

3.8.1.1. Isiksuse psüühilised iseärasused sõltumatult haiguse otsesest nosoloogiast, mille tõttu patsient ei ole suuteline suuõõne hügieeni tagama ka adekvaatse juhendamise korral:

- intellektipuu (sügav vaimne alaareng);
- autistliku spektrumi häire;
- dementsus;
- muud psüühilised kõrvalekalded (näiteks krooniline raske psühhoos).

3.8.1.2. Füüsilised, haigustest tingitud seisundid, mil isik ei ole suuteline suuõõne hügieeni protseduure läbi viima:

- halvatusseisundid, mis haaravad mõlemat ülajäset ja on tingitud kesknärvisüsteemi või neuromuskulaarse ühiku haigusest;
- liigutushäired (näiteks parkinsonistlik sündroom, generaliseerunud düstoonia, raskekujuline tantstõbi);
- kaasasündinud või omandatud füüsilised iseärasused (näiteks jäsme või selle olulise osa puudumine arenematusse või amputatsiooni tõttu).

3.9. EMO-s või erakorralist abi osutavas struktuuriüksuses, valvetoas teenuste osutamisel, tuleb raviarvele märkida lisaks statistiline kood vastavalt alljärgnevale loetelule:

- 9502 (Punase triaazikategooriaga patsiendi käsitus EMO-s);
- 9503 (Oranži triaazikategooriaga patsiendi käsitus EMO-s);
- 9504 (Kollase triaazikategooriaga patsiendi käsitus EMO-s);
- 9505 (Rohelise ja sinise triaazikategooriaga patsiendi käsitus EMO-s);
- 9510 (Punase triaazikategooriaga patsiendi käsitus valvetoas);
- 9511 (Oranži triaazikategooriaga patsiendi käsitus valvetoas);
- 9512 (Kollase triaazikategooriaga patsiendi käsitus valvetoas);
- 9513 (Rohelise ja sinise triaazikategooriaga patsiendi käsitus valvetoas);
- 9507 (Patsiendi sanitaarne korrastus erakorralise meditsiini osakonnas);
- 9508 (Keemiline, radioloogiline või bioloogiline dekontaminatsioon erakorralise meditsiini osakonnas);
- 9509 (Kõrge nakkusohuga ja kiirusohuga patsiendi käsitus erakorralise meditsiini osakonnas).

EMO-s ja erakorralist abi osutavas struktuuriüksuses, valvetoas peab triaazikategooria olema määratud vastavalt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise korra lisas sätestatud juhendile „[Juhend triaazi teostamiseks Eesti erakorralise meditsiini osakondades](#)”. Triaazikategooriat ei määrata juhtudel, mil see ei ole põhjendatud (nt tagasikutsed, patsiendile erakorraliselt vajamineva retsepti pikendamine).

Teiste osakondade eriarstide, õdede ja ämmaemandate poolt EMO-s ja erakorralist abi osutavas struktuuriüksuses, valvetoas tehtud ja dokumenteeritud konsultatsioonide raviarvele kodeerimiseks kasutakse vastavaid [tervishoiuteenuse loetelus](#) (§ 10) ambulatoorsete vastuvõttude koode. Patsienti EMO-s ja erakorralist abi osutavas struktuuriüksuses, valvetoas konsulteerinud teiste eriala arstide konsultatsioonide korral kodeeritakse eriarsti korduva vastuvõtu kood 3004.

Juhul, kui patsiendiga tegeleb EMO pinnal ainult õde, kodeeritakse raviarvele õe iseseisev vastuvõtt kood 3035.

EMO-s ja erakorralist abi osutavas struktuuriüksuses, valvetoas töötavate eriarstide vastuvõttude korral [tervishoiuteenuse loetelus](#) (§ 10) ambulatoorsete vastuvõttude koode ei märgita (v.a vajamineva arstiabi osutamisel Euroopa ravikindlustuskaardi alusel), kuna see tegevus on kajastatud patsiendi käsitluse statistiliste koodidega.

- 3.10. [Tervishoiuteenuse loetelus](#) (§ 46 lõikes 18) on loetletud teenused, mis sisalduvad koodidega 2305K-2322K tähistatud teenuste piirhindades.
- EMO-s või erakorralist abi osutavas struktuuriüksuses, valvetoas ravikindlustatud isikutele ning ravikindlustusega hõlmamata isikutele vältimatu abi osutamisel rakendatakse nimetatud teenuste eest tasumisel koefitsienti 0.
- 3.11. Vajamineva arstiabi osutamisel Euroopa ravikindlustuskaardi alusel rakendatakse punktis 3.10. nimetatud teenuste eest tasumisel teenuse koefitsienti 1.
- 3.12. EMO-s või erakorralist abi osutavas struktuuriüksuses, valvetoas, antidootide kasutamisel tuleb märkida raviarvele statistiline kood, juhindudes alljärgnevast:
- 9520 (Hüdroksükobalamiin, Hüdroksokobalamiin, 5g);
 - 9521 (Maomürgi antiseerum, ViperaTab infusioonilahuse pulber 100mg N2);
 - 9522 (Fomepizool, Fomepizole EUSA Pharma ampoules 100mg 20ml (5mg/ml) N5);
 - 9523 (Dantroleen, Dantroleen 20mg N36);
 - 9524 (Dimerkaprool, BAL süstelahus 200mg/2ml N12);
 - 9525 (Protamiinsulfaat, Protamine Sulfate infusioon-ja süstelahus 10mg/ml 5ml N50);
 - 9526 (Pralidoksiim, Contrathion süstelahus 20mg/ml 10ml N10);
 - 9527 (Deferoksamiin, Desferal lüofiliseeritud substants 500mg N10);
 - 9528 (Naatriumkaltsiumedetaat, CaNaEdt süstelahus 500mg/10ml, N10);
 - 9529 (Sõrmkübara antitoksiin, Digifab infusioonilahuse pulber 40mg N1);
 - 9530 (Silibiniin 350mg N4).
- 3.13. Raviarvete koostamisel ja raviarvele lepingu eriala koodi märkimisel tuleb lähtuda vastavalt Haigekassa kodulehel leitavale juhendile "[Raviarvete lahendused ja juhendid](#)".
- 3.14. Insuldi ägeda haigestumise korral, tuleb põhidiagnoosile või kaasuvale diagnoosile vahemikust I61-I64 märkida vältimatule (*I61-I64 põhidiagnoosi korral*) statsionaarsele raviarvele (teenuse tüüp 2) lisaks diagnoosi tunnus 5;
- 3.14.1. Kõigile kindlustatud isikutele, kelle isheemilise insuldi ravi on alanud põhidiagnoosi või kaasuva diagnoosiga I63 ja diagnoosi tunnusega 5, teenuste osutamisel ei rakendata käesoleva lisa punktis 2.1. nimetatud ravi pikendamise piiranguid, isheemilise insuldi raviteekonna ravijuhu olemasolust olenemata;
- 3.14.2. Isheemilise insuldi raviteekonna ravijuht (edaspidi raviteekond) on SA-st Tartu Ülikooli Kliinikum, SA-st Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA-st Ida-Viru Kesksaigla ja AS-st Lääne-Tallinna Keskhaigla alguse saanud raviteekonna kohta Haigekassa koostatud statsionaarne raviarve ägeda isheemilise insuldi saanud kindlustatud isikule, v.a EL kindlustatud isikud. Raviarvele märgitakse üks [tervishoiuteenuse loetelus](#) (§ 81 lõikes 1) loetletud tervishoiuteenuse koodidest 2323K-2329K. Juhul, kui kindlustatud isiku kindlustuskaitse katkeb enne raviteekonna lõppu (vt p 3.14.4.), ei ole tegemist isheemilise insuldi raviteekonna ravijuhuga;
- 3.14.3. Tervishoiuteenuste koodides 2323K-2329K sisaldub kindlustatud isikule raviteekonna jooksul kõigi isheemilise insuldi ravi eesmärgil osutatud teenuste kulu vastavalt [tervishoiuteenuse loetelus](#) (§ 81 lõikes 6) toodud kuludele. Raviteekonna jooksul teenuse osutamisega seotud kulud kaetakse Tervishoiuteenuse osutajatele jooksvalt teenuste kohta esitatud raviarvete alusel (edaspidi jooksvalt tasutud summa);
- 3.14.4. Kindlustatud isiku raviteekond saab alguse isheemilise insuldiga ühes punktis 3.14.2. nimetatud haiglas trombektoomia (koodiga 7811 või 2969L tähistatud teenused), trombolüüsi (koodiga 212R, 014C või 014D tähistatud teenused) või muu vältimatu statsionaarse aktiivravi esmasel osutamisel, kui raviarvele on märgitud põhidiagnoos I63

koos diagnoosi tunnusega 5. Raviteekond lõpeb 365 päeva möödumisel (viimase raviarve lõpukuupäev peab mahtuma 365 päeva sisse) eelnimetatud esimese teenuse osutamisest, enne nimetatud tähtaega saabunud surma või kordusinsuldi korral (vältimatu statsionaarse aktiivravi arve, millel on märgitud põhidiagnoosiks I61–I64 ja diagnoosi tunnuseks 5 või statsionaarse aktiivravi arve, millel on märgitud kaasuvaks diagnoosiks I61–I64 ja diagnoosi tunnuseks 5).

3.14.4.1. Kindlustatud isiku vältimatu statsionaarse aktiivravi raviarved, millel on märgitud põhidiagnoosiks või kaasuvaks diagnoosiks I61–I64 ja mis on avatud esmase aktiivravi jooksul või kuni 7 päeva jooksul alates raviteekonna algusest, ei lõpeta juba alanud raviteekonda, vaid kuuluvad selle sisse;

3.14.4.2. Juhul, kui raviteekonna alguskuupäeval ja sellele järgneval päeval on isikule alustatud vältimatuid statsionaarseid raviarveid põhidiagnoosiga I63 mitmes erinevas raviasutuses, siis määramaks, millises raviasutuses algab isiku raviteekond, lähtutakse nendel arvetel osutatud teenustest ja nende osutamise kuupäevadest. Isiku raviteekond algab sellest asutusest, kelle esitatud raviarvel on varaseim trombektoomia kuupäev; trombektoomia teenuse puudumisel raviasutusest, kelle esitatud raviarvel on varaseim trombolüüsi kuupäev (kui on samal kuupäeval mitmes erinevas asutuses osutatud trombolüüsi, siis algab teekond sellest asutusest, kelle esitatud raviarve maksumus on suurem); trombektoomia ja trombolüüsi puudumisel sellest raviasutusest, mille raviarve alguskuupäev on varaseim (kui on samal kuupäeval alustatud mitmes erinevas asutuses raviarveid, millel pole trombektoomiat ega trombolüüsi, siis algab isiku raviteekond sellest asutusest, kellel antud raviarve maksumus on suurem).

3.14.5. Haigekassa koostab punktis 3.14.2. nimetatud haiglale koondarve I poolaastal lõppenud raviteekondade kohta hiljemalt 10. oktoobriks ja II poolaastal lõppenud raviteekondade kohta hiljemalt järgmise aasta 10. aprilliks. Koondarve koostamisel lähtub Haigekassa [tervishoiuteenuse loetelus](#) (§ 81 lõigetes 7 ja 8) toodust. Koondarve sisaldab kõigi poolaastal lõppenud kindlustatud isikute kohta punkti 3.14.2. kohaselt koostatud raviarvete koondsummat.

Kui raviteekonna piirhinnad muutuvad enne 365 päeva möödumist tervishoiuteenuste loetelu § 80 lõikes 6 nimetatud esimese teenuse osutamisest või enne surma või enne kordusinsulti, rakendatakse koodidega 2323K–2329K tähistatud teenuste piirhindadele [tervishoiuteenuse loetelus](#) (§ 81 lõikes 7) toodud koefitsiente järgnevalt:

- a) raviteekond on tervishoiuteenuste loetelu muutmise hetkeks kestnud 7 päeva või vähem (raviteekonna piirhind raviteekonna alguses kehtinud tervishoiuteenuste loetelus $\times 0,84$ + raviteekonna piirhind järgmises tervishoiuteenuste loetelus $\times 0,16$) / raviteekonna piirhind raviteekonna alguses kehtinud tervishoiuteenuste loetelus;
- b) raviteekond on tervishoiuteenuste loetelu muutmise hetkeks kestnud 8–28 päeva (raviteekonna piirhind raviteekonna alguses kehtinud tervishoiuteenuste loetelus $\times 0,93$ + raviteekonna piirhind järgmises tervishoiuteenuste loetelus $\times 0,07$) / raviteekonna piirhind raviteekonna alguses kehtinud tervishoiuteenuste loetelus;
- c) raviteekond on tervishoiuteenuste loetelu muutmise hetkeks kestnud 29 päeva või rohkem (raviteekonna piirhind raviteekonna alguses kehtinud tervishoiuteenuste loetelus $\times 0,98$ + raviteekonna piirhind järgmises tervishoiuteenuste loetelus $\times 0,02$) / raviteekonna piirhind raviteekonna alguses kehtinud tervishoiuteenuste loetelus.

Juhul kui tervishoiuteenuste loetelu muutub raviteekonna kestel mitu korda, arvestatakse seda tervishoiuteenuste loetelu, kus sisalduvad raviteekonna maksumust enim mõjutavad muudatused;

3.14.6. Punktis 3.14.5. nimetatud koondarve alusel tehakse Tervishoiuteenuse osutajale väljamakse üldtingimustes toodud korras. Kui koondarve kohaselt on Haigekassa tasunud raviteekondade eest enam kui tervishoiuteenuste loetelus ettenähtud, peab Haigekassa enamakstud summa kinni järgmisest Tervishoiuteenuse osutajale tehtavast väljamaksest;

- 3.14.7. Punktis 3.14.2. nimetatud haiglal on õigus põhjendatud juhtudel, kui see on vajalik isikule raviteekonna jooksul teenuse parema kättesaadavuse tagamiseks, kasutada Haigekassa eelneval kirjalikul nõusolekul ambulatoorsete teenuste pakkumisel alltöövõttu. Tervishoiuteenuse osutaja tagab, et temale teenuse osutaja järgib lepingus kokkulepitud kvaliteedinõudeid, dokumenteerib osutatud teenuse nõuetekohaselt ja esitab Haigekassa nõudmisel infot osutatud teenuse kohta;
- 3.14.8. Punktis 3.14.2. nimetatud haiglad peavad punktis 3.14.4. nimetatud juhtudel koguma ja sisestama perioodil 01.07.2020-30.07.2022 tervisetulemite andmeid ja muud informatsiooni vastavalt International Health Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) kohandatud ja kokkulepitud insuldi standardkogumikule. Andmete töötlemise tingimused ja nõuded on järgnevad:
- 3.14.8.1. Raviteekonna andmeid (edaspidi andmed) kogutakse insuldi juhtprojektiga seoses perioodi 01.07.2020-30.06.2022 kohta;
- 3.14.8.2. Töödeldav andmekoosseis ja täpsemad töötlemistoimingud on sätestatud insuldi juhtprojekti andmete töötlemise juhendis;
- 3.14.8.3. Tervishoiuteenuse osutaja, kui volitatud töötleja, sisestab andmed haigekassa, kui vastutava töötleja, hangitud tarkvaralahendusse, mida majutab kolmas isik oma serverites;
- 3.14.8.4. Volitatud töötlejal on õigus koostada tarkvaralahenduses patsiendikogemuse küsimustikke, kuid küsimustike andmekoosseis tuleb enne tarkvaralahendusse sisestamist kooskõlastada vastutava töötlejaga;
- 3.14.8.5. Volitatud töötleja on kohustatud kasutama andmeid ainult insuldi juhtprojektiga seotud ülesannete täitmiseks ja hoiduma teenuse osutamisega mitte seotud andmetööstusest;
- 3.14.8.6. Volitatud töötleja vastutab talle üle antud andmete õiguspärase töötlemise eest, sh andmete töötlemise eest kolmandate isikute poolt, kui lepingust tulenevalt on volitatud töötlejale ette nähtud võimalus andmete edastamiseks kolmandatele isikutele. Kolmandaks isikuks ei loeta haigekassa hangitud tarkvaralahenduse pakkujat punktis 3.14.2. nimetatud haigla partnerit insuldi juhtprojektis;
- 3.14.8.7. Vastutaval töötlejal on igal ajal õigus teostada järelevalvet isikuandmete töötlemise üle. Volitatud töötleja kohustub vastama järelevalve käigus esitatud selgitustaotlusele 3 päeva jooksul selgitustaotluse esitamise kuupäevast arvates;
- 3.14.8.8. Volitatud töötleja teavitab vastutavat töötlejat andmesubjekti soovist isikuandmete kaitse üldmääruse järgsete õiguste täitmise rahuldamiseks
- 3.14.8.9. Volitatud töötleja abistab vastutavat töötlejat andmesubjekti õiguste ja vabaduste tagamisel;
- 3.14.8.10. Volitatud töötleja edastab andmetega seotud patsiendi esitatud teabenõude vastutavale töötlejatele;
- 3.14.8.11. Volitatud töötleja teavitab patsiente andmetööstuse iseloomust;
- 3.14.8.12. Pooled juhivad teise poole tähelepanu konfidentsiaalsusriskile selle avastamisel ja võtavad viivitamata tarvitusele abinõud riski kõrvaldamiseks. Põhjendatud rikkumiskahtluse korral kohustub pool sellest viivitamata teavitama teist poolt;
- 3.14.8.13. Andmete töötlemise nõuete rikkumisel on lepingut rikkunud pool kohustatud tasuma teise poole nõudmisel leppetrahvi kuni 100 eurot iga andmesubjektiga seotud rikkumise eest.
- 3.14.9. Kui seisuga 30.06.2022 on punktis 3.14.2. nimetatud haiglas alustatud raviteekondadel kindlustatud isikutest saanud statsionaarset taastusravi insuldile järgnenud 6 kuu möödumisel vähem kui 30% (statsionaarse taastusraviga hõlmatus), siis küsitakse haiglalt 30% hõlmatus ja tegeliku hõlmatus vahele jäävate raviteekondade kohta 3071 eurot raviteekonna kohta tagasi. Kui seisuga 30.06.2022 on punktis 3.14.2. nimetatud haiglas alustatud raviteekondadel, mille jooksul osutati statsionaarset taastusravi, insuldile järgnenud 6 kuu jooksul saadud statsionaarse taastusravi keskmine intensiivsus alla 34

tunni (taastusravi teenused, mille järgi intensiivsust mõõdetakse, on esitatud tabelis 1), siis küsitakse haiglalt tegelike statsionaarset taastusravi sisaldavate raviteekondade kohta 63,70 eurot iga 34 tunni ja tegelike tundide vahele jääva tunni eest raviteekonna kohta tagasi. Hõlmatus ja intensiivsuse arvestus on raviteekondade-põhine, mitte isikupõhine;

- 3.14.10. Kui seisuga 30.06.2022 on punktis 3.14.2. nimetatud haiglas alustatud raviteekondadel kindlustatud isikutest saanud ambulatoorset taastusravi insuldile järgnenud 6 kuu möödumisel vähem kui 11% (ambulatoorse taastusraviga hõlmatus), siis küsitakse haiglalt 11% hõlmatus ja tegeliku hõlmatus vahele jäävate raviteekondade kohta 315 eurot raviteekonna kohta tagasi. Kui seisuga 30.06.2022 on punktis 3.14.2. nimetatud haiglas alustatud raviteekondadel, mille jooksul osutati ambulatoorset taastusravi, insuldile järgnenud 6 kuu jooksul saadud ambulatoorse taastusravi keskmine intensiivsus alla 8 tunni (taastusravi teenused, mille järgi intensiivsust mõõdetakse, on esitatud tabelis 1), siis küsitakse haiglalt tegelike ambulatoorset taastusravi sisaldavate raviteekondade kohta 27,13 eurot iga 8 tunni ja tegelike tundide vahele jääva tunni eest raviteekonna kohta tagasi. Hõlmatus ja intensiivsuse arvestus on raviteekondade-põhine, mitte isikupõhine;
- 3.14.11. Kui seisuga 30.06.2022 on punktis 3.14.2. nimetatud haiglas raviteekondasid, mille puhul on jooksvalt tasutud summa (vt punkt 3.14.3.) suurem, kui kõigi punktis 3.14.2. nimetatud haiglate raviteekondade jooksvalt tasutud raviteekonna summade 99. protsentiil, vähemalt 5% kõigi selle haigla raviteekondadest, siis tehakse nende raviteekondade puhul, mis ületavad eelmainitud 99. protsentiili, tagasimakse arvestades, et Haigekassa [tervishoiuteenuse loetelus](#) (§ 81 lõigetes 7 ja 8) toodu nende raviteekondade puhul ei kehti;
- 3.14.12. Haigekassa koostab punktis 3.14.2. nimetatud haiglale koondarve punktides 3.14.9.–3.14.11. toodu kohta hiljemalt 10.10.2022;
- 3.14.13. Punktis 3.14.2. nimetatud haigla märgib punktis 3.14.3. nimetatud jooksvalt teenuste kohta esitatud raviarvetele statistilised koodid, mis näitavad patsientidele tehtud sekkumisi, mida teostatakse Haigekassa juhatuse 12.02.2020 otsuse nr 61 „Insuldi juhtprojekti arendusprojektidele toetuse andmine teises voorus“, raames. Mitmekordsete sekkumiste korral märgitakse statistilisi koode vastavalt tegelikule osutamisele korduvalt. Vastavad statistilised koodid on järgmised:
- 9531 - Raviplaan
 - 9532 - Intervjuu
 - 9533 - Koordinaator
 - 9534 - Digitaalne juhtumikorraldaja
 - 9535 - Konsiilium/akuutravijärgne meeskond
 - 9536 - Patsientide või lähedaste tugiprogramm
 - 9537 - Nõustamine
 - 9538 - Koeri kaasav teraapia
 - 9539 - Tööle naasmise individuaalne programm
 - 9540 - Veebipõhiste tööriistade kasutamine teenuse osutamiseks ja patsiendile iseseisvaks kasutamiseks
 - 9541 - Taastusraviprogramm
 - 9542 - Üleandmissüsteem

Tabel 1. Taastusravi teenused koos kestustega

teenuse nimetus	Kood	Kestus (min)
Psühhoterapia seanss ühele haigele	7601	90
Kaugpsühhoterapia seanss ühele haigele	7630	90
Psühhoterapia seanss ühele haigele grupis	7602	30

(grupis kaks kuni kaheksa haiget)		
Kaugpsühhoterapia seanss ühele haigele grupis (grupis kaks kuni kaheksa haiget)	7631	30
Psühhoterapia seanss perele	7603	120
Kaugpsühhoterapia seanss perele	7632	120
Kliinilise psühholoogi konsultatsioon eriarsti suunamisel	7607	60
Kliinilise psühholoogi kaugvastuvõtt eriarsti suunamisel	7633	60
Isiksuse uuring	7615	300
Kognitiivse funktsiooni uuring	7616	300
Logopeedi vastuvõtt	7628	90
Logopeedi kaugvastuvõtt	7629	90
Logopeediline uuring	7621	100
Instrumentaalse uuringu planeerimine ja raviplaani täiendamine	7623	90
Logopeediline uuring hääleanalüsaatoriga	7624	45
Logopeediline uuring nasomeetriga	7625	60
Tegevusteraapia individuaalne	7053	30
Kaugtegevusteraapia individuaalne	7067	30
Tegevusteraapia 2–3 haigele samal ajal	7054	30
Kaugtegevusteraapia 2–3 haigele samal ajal	7069	30
Tegevusteraapia kodus	7061	60
Füsioterapia individuaalne	7050	30
Kaugfüsioterapia individuaalne	7065	30
Füsioterapia 2–3 haigele samal ajal	7051	30
Kaugfüsioterapia 2–3 haigele samal ajal	7066	30
Füsioterapia grupis	7052	30
Kaugfüsioterapia grupis	7067	30
Füsioterapia basseinis individuaalne	7056	30
Füsioterapia basseinis grupis	7057	30
Füsioterapia kodus	7060	60
6 minuti kõnnitest	7059	25

3.15. Haigekassa arvestab üks kord kuus haiglavõrgu arengukavas (edaspidi: **HVA**) nimetatud haiglale iga kalendripäeva kohta, kui vähemalt ühele patsiendile on osutatud teenust koodiga 66634, täiendavat tasu uuringu tegemisega seotud kontrollanalüüside kulude hüvitamiseks vastavalt [tervishoiuteenuse loetelus](#) (§ 72 lõikes 11) toodule. HVA haiglale tasutakse koondarve alusel järgmise kuu 5. tööpäevaks.

- 3.16. Kaugvastuvõtu ja/või kaugteraapia teenuse läbiviimisel video teel, tuleb märkida raviarvele statistiline kood 9516.
- 3.16.1. Tervishoiuteenuse osutajale makstakse kord kvartalis kalendrikuise arvestuse alusel iga eriala ja/või valdkonna (füsioteraapia, tegevusteraapia, logopeedia, psühholoogia) põhiselt tulemustasu video teel osutatud kaugvastuvõttude ja kaugteraapiate (edaspidi: videovastuvõtt) eest, kuni 31.12.2021 juhul kui:
- 3.16.1.1. Tervishoiuteenuse osutaja on võtnud asutuses kasutusele turvalise videolahenduse ja kinnitab, et:
- a) asutuse võrgu- ja infosüsteemi riskianalüüs on videovastuvõtu osutamiseks tarkvara osas täiendatud vastavalt [küberturvalisuse seadusele](#);
 - b) on teostanud asutuses mõjuhinnangu või alternatiivselt juhatuse otsusega kinnitanud ja põhjendanud mõjuhinnangu tegemata jätmise;
 - c) patsiendile on koostatud videovastuvõtuga liitumiseks juhised, kus muuhulgas selgitatakse kuhu tema andmed salvestuvad ja milleks neid kasutatakse;
 - d) andmevahetus on krüpteeritud;
 - e) videovastuvõtuga liitumiseks kasutatakse elektroonilist isikutuvastust;
 - f) patsiendile esitatakse videovastuvõtuga samal platvormil interaktiivne link, mis suunab patsiendi Haigekassa koostatud videovastuvõtuga rahulolu küsimustikule vastama.
- 3.16.1.2. Tervishoiuteenuse osutaja on tulemustasu saamiseks esitanud taotluse enne kvartali lõppu. Taotlus on leitav Haigekassa [kodulehel](#). Tulemustasu arvestamine algab alates taotlusel märgitud turvalise videolahenduse kasutusele võtmisele järgnevast kalendrikuust;
- 3.16.1.3. Tervishoiuteenuse osutaja täidab vähemalt ühte järgnevatest tingimustest:
- a) Tervishoiuteenuse osutaja on osutanud eriala ambulatoorsetest vastuvõttudest (3002; 3004; 3015; 3031; 3032; 3033; 3035; 3111; 3112; 3100; 3201; 3207; 3202; 3203; 3204; 3206; 3208; 3205) kaugvastuvõtte (3201; 3207; 3202; 3203; 3204; 3206; 3208; 3205) vähemalt 5% ja vähemalt 10% kaugvastuvõttudest on läbi viidud video teel;
 - b) Tervishoiuteenuse osutaja on osutanud valdkonna ambulatoorsetest vastuvõttudest ja teraapiatest (füsioteraapia: 7050, 7051, 7052, 7065, 7066, 7067; tegevusteraapia 7053, 7054, 7068, 7069; logopeedia: 7628, 7629; psühholoogia: 7601, 7602, 7603, 7607, 7630, 7631, 7632, 7633) kaugvastuvõtte ja kaugteraapiaid (füsioteraapia: 7065, 7066, 7067; tegevusteraapia: 7068, 7069; logopeedia: 7629; psühholoogia: 7630, 7631, 7632, 7633) video teel vähemalt 10% ulatuses;
- 3.16.1.4. Tervishoiuteenuse osutaja eriala või valdkonna põhiselt videovastuvõttudega rahulolu küsimustikule vastanute seas on tulemustasu maksmise arvestuse aluseks oleval kalendrikuul rahulolu keskmine vähemalt 2,8 punkti (ehk 70%);
- 3.16.1.5. Punktis 3.16.1. ja alapunktides nimetatud tingimusi täitnud Tervishoiuteenuse osutaja tutvustab Haigekassa küsimisel asutuses videovastuvõtuks kasutatavat platvormi ja esitab kasutatava videolahenduse turvalisust (nimetatud punktis 3.16.1.1.) tõendavad dokumendid;
- 3.16.1.6. Tulemustasu makstakse Haigekassa juhatuse otsuse alusel;
- 3.16.1.7. Haigekassa arvestab Tervishoiuteenuse osutajale makstava tulemustasu suuruse eriala või valdkonna põhiselt kalendrikuus järgnevalt:
- a) 1-100 videovastuvõttu 160 EUR;
 - b) 101-300 videovastuvõttu 480 EUR;
 - c) 301-600 videovastuvõttu 960 EUR;
 - d) 601-1000 videovastuvõttusid 1600 EUR;
 - e) 1001 või enam videovastuvõttu 3200 EUR.

4. Lepingu rakendamise tingimused õendusabis

4.1. Raviarvete esitamisel lisa 6 täitmiseks lähtub Tervishoiuteenuse osutaja järgmistest tingimustest ja ravijuhtu mõistetest:

4.1.1. **iseseisva statsionaarse õendusabi** ravijuht on raviarve teenuse tüüp 18, millel kajastub tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud kood 2063 või 2068 ning õendusabi osutamise ajal

meditsiinilisel näidustusel osutatud teenused, mis on vajalikud iseseisva statsionaarse õendusabi osutamiseks ning nende teenuste kohta ei esitata eraldi eriarstiabi raviarvet;

4.1.2. Statsionaarse hospiitsravi teenuse osutamisel lähtub Tervishoiuteenuse osutaja lisaks [tervishoiuteenuse loetelus](#) (§ 15 lõikes 37) sätestatud järgmistest tingimustest ja korrast:

4.1.2.1. hospiitsravi teenuse osutamiseks peavad 12 patsiendi kohta töötama 0,99 koormusega arst ja 4,73 koormusega õde ning 6,28 koormusega hooldajat;

4.1.2.2. teenusele saabumise tingimuseks on saatekiri ja hindamisvahendite abil selgitatud vastavus tervishoiuteenuste loetelus sätestatud rakendustingimustele. Hindamisvahendid on kättesaadavad [Haigekassa kodulehel](#);

4.1.2.3. Statsionaarse hospiitsravi teenust osutavad tervishoiutöötajad ja hooldajad on palliatiivse ravi ettevalmistusega, juhul kui nad on läbinud vähemalt ühe MTÜ Palliumi poolt tunnustatud koolituse:

1) SA PERH Koolituskeskus „Palliatiivne ravi“ (vähemalt 6 moodulit);

2) SA EEKL Tallinna Diakooniahaigla Koolituskeskus „Hospiitsitöö põhimõtted“ või mõne muu eelnimetatuga samaväärse koolituse.

4.1.3. iseseisva statsionaarse õendusabi ravijuht lõpetatakse kui patsient suunatakse eriarstiabi saamiseks statsionaarsele ravile.

4.2. **Koduõenduse** ravijuht on raviarve teenuse tüüp 20, millel kajastub tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud kood 3026:

4.2.1. vajadusel võib lisanduda kood 3020 ning kood 7074 juhul kui koduõenduse teenuse osutaja korraldab patsiendile hapnikravi. Kodus kasutatava hapnikukontsentraatori seadme ja tarvikud võib teenuse osutaja kas osta või rentida;

4.2.2. Koduõenduse raviarve esitatakse kindlustatud isiku kohta 1 kord kuus. Koduõenduse ravijuhtude arv, mida tehakse hooldekodu hoolealustele, ei tohi ületada 50% lepinguga kokku lepitud ravijuhtude arvust.

4.3. Koodiga 2063 tähistatud teenuse piirhinnale rakendatakse koefitsienti 0,89, kui ei ole täidetud sotsiaalministri 13.01.2014 määruse nr 3 „[Õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele](#)“ § 6 lõikes 3 sätestatud nõuded.

4.3.1. Punktis 4.2. viidatud määruse § 6 lõike 3 kohaselt peab töötama haiglas iga 20 statsionaarse õendusabi pakkumiseks kasutusel oleva voodikoha (sh tasulise teenuse pakkumiseks kasutusel olevad voodikohad) kohta vähemalt 6,8 täistööajale taandatud õde ning 9,1 täistööajale taandatud hooldajat;

4.3.2. Tervishoiuteenuse osutaja rakendab raviarvel koodiga 2063 tähistatud teenusele punktis 4.3. viidatud koefitsienti (koef 2) alates sellest kuupäevast, kui personali nõuded ei ole täidetud, kuni kuupäevani, kui neid täidetakse. Punktis 4.3. viidatud koefitsienti rakendab Tervishoiuteenuse osutaja ka kindlustatud isiku omaosaluse määra arvutamisel;

4.3.3. Tervishoiuteenuse osutaja esitab Haigekassale viivitamata, aga mitte hiljem kui 3 kalendripäeva jooksul arvates punktis 4.3.1. loetletud andmete muutmisest/muutusest kirjalikult teatise, milles on toodud personali või voodite arvu muutuse kuupäev koos punktides 4.3.3.1. kuni 4.3.3.5. loetletud andmetega. Voodite arvu muutusest teavitatakse juhul, kui see muutub 10% võrra võrreldes eelneval korral teavitatud voodite arvuga. Haigekassale esitatakse järgmised andmed:

4.3.3.1. statsionaarse õendusabi pakkumiseks kasutusel olevate voodikohtade arv (sh tasulise teenuse pakkumiseks kasutusel olevate voodite arv);

4.3.3.2. juhul, kui Tervishoiuteenuse osutaja osutab ka hooldekodu teenust ja kasutab voodifondi paindlikult, siis esitatakse andmed ka statsionaarse õendusabi teenuse osutamiseks kasutusel olevate hooldekodu voodite arvu kohta;

4.3.3.3. täistööajale taandatud õdede täidetud ametikohtade arv statsionaarse õendusabi osakonnas v.a. õendusjuht;

4.3.3.4. õendusjuhi koormus statsionaarse õendusabi teenuse osutamisel;

- 4.3.3.5. täistööajale taandatud hooldajate täidetud ametikohtade arv statsionaarse õendusabi osakonnas.
- 4.3.4. Tervishoiuteenuse osutaja esitab Haigekassa järelepärimisel koefitsiendi rakendamise kontrolliks kirjalikult punktides 4.3.3.1. kuni 4.3.3.5. loetletud andmed järelepärimises märgitud päeva seisuga;
- 4.3.5. Haigekassal on õigus lepingu lisas 6 kokkulepitud rahaliste kohustuste summat ühepoolset vähendada koefitsiendi rakendamisest tuleneva summa võrra alates koefitsiendi rakendamise kalendrikuule järgnevast kalendrikuust teatades sellest kirjalikult Tervishoiuteenuse osutajale.
- 4.4. Raviarvete koostamisel ja raviarvele lepingu eriala koodi märkimisel tuleb lähtuda vastavalt Haigekassa kodulehel leitavale juhendile "[Raviarvete lahendused ja juhendid](#)".

5. Lepingu rakendamise tingimused hambaravis ja hambahaiguste ennetuses ning ortodontias

- 5.1. Tervishoiuteenuse osutaja lähtub järgmistest tingimustest ning laste hambaravi ja hambahaiguste ennetuse ravijuhu mõistest:
- 5.1.1. alla 19-aastase kindlustatu hambaravi ja hambahaiguste ennetuse ravijuht on teenuse tüübiga nr 4 raviarve, millel kajastuvad ühele isikule ühe arsti poolt ühel arstikülastusel osutatud hambahaiguste ennetuse ja/või hambaravi teenused;
- 5.1.2. alla 19-aastasele kindlustatule, kellel esineb hambaravi vajadus, märgitakse raviarvele RKH-10-st lähtuvalt põhidiagnoos järgmiselt:
- 5.1.2.1. restauratiivse hambaravi vajadusel märgitakse põhidiagnoosi kood K02.1 (dentiinikaaries);
- 5.1.2.2. hambaemali kaarisekahjutuse konservatiivse ravi vajadusel märgitakse raviarvele põhidiagnoosi kood K02.0 (emailikaaries);
- 5.1.3. alla 19-aastasele kindlustatule, kes profülaktilise läbivaatuse põhjal ei vaja hambaravi, märgitakse arvel RHK-10 põhidiagnoosi kood Z01.2 (hammaste läbivaatus) ja teenus koodiga 52400 hambaarsti vastuvõtt.
- 5.2. Hambahaiguste ennetustegevuse sisu on järgmine:
- 5.2.1. hambaarst kontrollib hammaste seisundit ja suuõõne hügieeni ning kaardistab suuhügieeni- ja toitumisharjumused;
- 5.2.2. visiidi osa on kaarieseriski hindamine ning lapse ja/või pere nõustamine suuhügieeni ja toitumisharjumuste osas;
- 5.2.3. ortodontilise ravivajaduse korral suunab hambaarst lapse ortodonti juurde;
- 5.2.4. hambahaiguste ennetuse teenused on:
- kood 52412 hammaskonna professionaalne puhastamine biokilest;
 - kood 52408 hammaste fluoroteraapia nelja hamba ulatuses;
 - kood 52409 silandi paigaldamine ühele hambale;
 - kood 52410 ühe hamba lihvimine hambumuse korrigeerimiseks või enameloplastika;
 - kood 52411 kohahoidja koos paigaldusega.
- 5.3. Silandi aplitseerimise eest võtab Haigekassa tasu maksmise kohustuse üle kui hermetiseeritud on suurenenud kaarieseriskiga patsiendi viimase aasta jooksul lõikunud jäävhamba halvasti isepuhastuvat fissuuri.
- 5.4. Silandi aplitseerimise eest ei võta Haigekassa tasu maksmise kohustust üle, kui aplitseerimine on tehtud patsiendile, kelle puhul on dokumenteerimata silandi aplitseerimise meditsiiniline näidustus.
- 5.5. Kood 52412 hammaskonna professionaalne puhastamine biokilest kasutamisel dokumenteeritakse patsiendi suuhügieeni- ja toitumisharjumused ja motiveeriva nõustamise käigus antud soovitused koduseks ennetavaks raviks. Visiidi oluline osa on individuaalse kaarieseriski määramine ja koostöös patsiendiga kaariese- ja/või igemehaiguse põhjuste kontrolli alla saamiseks vajalikud meetmed. Vastavalt kaarieseriskile hermetiseeritakse lõikunud jäävmolaaride fissuurid ning aplitseeritakse fluoriidlakki 1-4 korda aastas.

- 5.6. Kindlustatu hambaravi- või hambahaiguste ennetuse raviarvele staatuse märkimisel kasutatakse DMFT indeksit. DMF indeks - näitaja hõlmab nii ravimata karioossete defektidega (Decayed), puuduvaid (Missing) kui ka ravitud ning täidistega (Filled) hambaid (jäävhammaskond). Laigustaadiumis kaariesekahjustust (RHK-10 diagnoosi kood K02.0) ei arvestata DMF indeksi hulka. Kindlustatud isiku hambaravi raviarvele staatuse märkimisel kasutatakse DMFT indeksit, järgides Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse Standardite ja klassifikaatorite publitseerimiskeskuse veebilehel toodud „[DMFT ja CPI indeksite määramise juhendile](#)“.
- 5.7. Ravijuht ortodontias on raviarve, millel kajastub ühele isikule ühe arstikülastuse jooksul osutatud ortodontia teenus. Arve vormistatakse teenuse tüübiga 11.
- 5.8. Üldanesteesias alla 19-aastasele kindlustatule osutatud hambaravi ravijuhu korral lähtub Tervishoiuteenuse osutaja alljärgnevast:
- 5.8.1. meditsiinilisel näidustusel, vaimse või füüsilise puudega isikule, kui arsti otsusel ei saa hambaraviteenust teisiti osutada, üldanesteesias osutatud hambaravi korral kantakse raviarvele lepingueriala 71700001, teenuse tüübina 4, haiglaravi tingimustes teenuse osutamisel voodipäev koodiga 2047 (järelravi voodipäev) ja osutatud hambaravi ning anesteesia teenused.
- 5.9. Vältimatu hambaravi eest tasumine vähemalt 19-aastasele kindlustatule.
- 5.9.1. „[Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse](#)“ (edaspidi: **TTKS**) §-i 5 mõistes vältimatu abi korras vähemalt 19-aastasele isikule osutatud hamba ekstraktsiooni ja/või abstsessi avamise puhul võtab Haigekassa tasu maksmise kohustuse üle järgmiste teenuste eest järgmiste tervishoiuteenuste loetelu koodidega:
- 52400 hambaarsti vastuvõtt;
 - 52413 pinnaanesteesia;
 - 52414 injektsioonanesteesia;
 - 52450 ühe juurega hamba eemaldamine;
 - 52451 mitme juurega hamba eemaldamine;
 - 52452 sügavalt murdunud hamba või purunenud hamba eemaldamine;
 - 52457 mädakolde avamine ja ravimenetlused;
 - 52458 kirurgilise sekkumisega järelkontroll;
 - 52460 haava sulgemine õmblustega;
 - 52453 hamba või implantaadi eemaldamine osteotoomiaga;
 - 52405 intraoraalne hambaülesvõte (digitaalne või filmile);
 - 52406 ortopantomogramm (digitaalne või filmile);
 - 2202 anesteesia kestus 0,5 kuni alla 1;
 - 2203 anesteesia kestus 1 kuni alla 2;
 - 2204 anesteesia kestus 2 kuni alla 3;
 - 2112 recovery (ärkamisruum; üks tund).
- 5.9.2. Meditsiinilisel näidustusel vältimatu abi korras vähemalt 19-aastasele kindlustatule üldanesteesias osutatud hambaravi korral kantakse raviarvele lepingu eriala 71700006 teenuse tüüp 3 ja osutatud hambaravi ning anesteesia teenused. Haiglaravi tingimustes teenuse osutamise korral lisatakse raviarvele voodipäevana järelravi voodipäev teenuse koodiga 2047.
- 5.10. Haigekassa võtab tasu maksmise kohustuse üle vähemalt 19-aastastele vaimse või füüsilise puudega kindlustatutele tervishoiuteenuste loetelus loetletud meditsiinilisel näidustusel üldanesteesias, kui arsti otsusel ei saa hambaraviteenust osutada või selle osutamine on raskendatud ilma nimetatud teenuste osutamiseta, osutatud hambaravi korral järgmiselt:
- 5.10.1. Haigekassa tasub üldanesteesia käigus osutatud [tervishoiuteenuse loetelus](#) (§ 77) toodud hambaraviteenuste (va teenused koodidega 52466, 52630-52638, 52665) eest ja järgmiste anesteesia (kestus tundides) ning recovery teenuste eest:
- 2202 anesteesia kestus 0,5 kuni alla 1;
 - 2203 anesteesia kestus 1 kuni alla 2;

- 2204 anesteesia kestus 2 kuni alla 3;
- 2112 recovery (ärkamisruum; üks tund).

5.10.2. raviarvele kantakse lepingueriala kood 71700009, teenuse tüüp 34, teenused vastavalt punktile 5.10.1., haiglaravi tingimustes teenuse osutamisel järearvi voodipäev teenuse kood 2047.

- 5.11. Haigekassa võtab koodidega 2202–2204 ja 2112 tähistatud teenuste eest tasu maksmise kohustuse üle hambaraviteenuse osutamisel kui arsti otsusel ei saa hambaraviteenust osutada või selle osutamine on raskendatud ilma anesteesiata. Raviarvele kantakse lepingueriala kood 71700009, teenuse tüüp 34.
- 5.12. Teenuste osutamine (sh patsiendi seisundist tulenev teenuste osutamise põhjendatus) peab olema dokumenteeritud [TTKS § 4² lõike 2](#) alusel sotsiaalministri määrusega kehtestatud korras.
- 5.13. Vältimatu hambaravi teenuse valmisoleku tagamine kvartalis pikendatud lahtioleku vältel (kood 2285K) korral on ravijuht kord kvartalis teenuse tüübiga 3 esitav raviarve, mille lepinguerialaks märgitakse 71700010 ja teenuseks tervishoiuteenuste loetelu kood 2285K. Teenuse osutamine kajastatakse lepingu lisa 5.
- 5.14. Punktis 3.8. nimetatud koodiga isikute raviarvele kantakse lepingueriala 71700012, teenuse tüüp 35.
- 5.15. Raviarvete koostamisel ja raviarvele lepingu eriala koodi märkimisel tuleb lähtuda vastavalt Haigekassa kodulehel leitavale juhendile "[Raviarvete lahendused ja juhendid](#)".

6. Lepingu jälgimine

- 6.1. Lepingute täitmist jälgitakse kalendriaasta jooksul I poolaasta ja kalendriaasta kaupa. II poolaastal jälgitakse lepingu mahtu kalendriaasta osas kokku. I poolaastal kasutamata lepingu mahtu on Tervishoiuteenuse osutajal õigus täita II poolaastal. Lepingu üldtingimuste punkti 3.7. alusel üle võetud tasu maksmise kohustuse mahtu lepingu täitmise jälgimisel ei arvestata.
- 6.2. Lepingu täitmisel jälgivad Pooled raviliikide (eriarstiabi, hambaravi ja õendusabi) kaupa erialade ja erijuhtude (s.o. lepingu rahalises lisa välja toodud teenused, mis ei ole eriala, nimetatud punktis 6.4.) lõikes kokkulepitud ravijuhtude arvu ning rahaliste kohustuste summat. Erijuhte ja erialasid jälgitakse üldjuhul samade põhimõtete alusel. Erisused erijuhtude jälgimise osas on toodud käesoleva lisa punktides 6.4. ja 6.5. Lisaks lepitakse lepingu rahalises lisa kokku periooditasud, s.o tervishoiuteenuste loetelus nimetatud teenused, mille puhul ei ole võimalik määratleda teenuse saajana konkreetset isikut (3.3.13. kuni 3.3.14. ja 5.13.).
- 6.3. Eriarstiabis jälgitakse lisa 3 kokkulepitud ravijuhtude arvu ning rahaliste kohustuste summat erijuhtude ja periooditasude lõikes ning erialade osas teenuse tüübiti (ambulatoorne ravi, päevaravi ja statsionaarne).
- 6.3.1. Ravijuhud, millel märgitud teenused on osutatud EMO-s ja erakorralist abi osutavas struktuuriüksuses, valvetoas ning mille tasumisel rakendatakse koefitsienti 0, ei planeerita lepingu rahalisse lissasse ega arvestata lepingu täitmise jälgimisel.
- 6.4. Tervishoiuteenuse osutajal ei ole lubatud rakendada rahaliste kohustuste summa kõikumist periooditasude ja järgmiste erijuhtude osas:
- 6.4.1. sünnitused;
 - 6.4.2. ülikallid ravijuhud;
 - 6.4.3. organsiirdamised;
 - 6.4.4. luuüdi transplantatsioon;
 - 6.4.5. hemodialüüs;
 - 6.4.6. peritoneaaldialüüs;
 - 6.4.7. katarakti operatsioonid;
 - 6.4.8. endoproteesimised;
 - 6.4.9. kuulmisimplantatsioon;
 - 6.4.10. viljatusravi (IVF).
- 6.5. Juhud, mille puhul Haigekassa teeb rahalise lisa muudatuse, lähtudes kindlustatud isikute tegelikult liikumisest Tervishoiuteenuse osutaja juurde, on ülikallid juhud, sünnitused,

organsiirdamised, luuüdi transplantatsioon, hemodialüüs ja peritoneaaldialüüs. Rahalise lisa muudatused tehakse vähemalt kord kvartalis.

- 6.6. Tervishoiuteenuse osutajal on lubatud Haigekassaga kooskõlastamata rakendada lepingu lisa 3 kokkulepitud erialade, välja arvatud punktis 6.4. nimetatud juhud, rahaliste kohustuste summa kõikumist teenuse tüüpide lõikes järgmiselt:
 - 6.6.1. +10% ambulatoorse ravi ja päevaravi eriala rahaliste kohustuste summast, kuid mitte üle kokkulepitud rahaliste kohustuste kogusumma;
 - 6.6.2. +7% statsionaarse ravi eriala rahaliste kohustuste summast, kuid mitte üle kokkulepitud rahaliste kohustuste kogusumma.
- 6.7. Punkti 6.6. rakendamisel tuleb arvestada järgmiseid piiranguid:
 - 6.7.1. statsionaarse ravi erialade rahaline kogumaht võib suurenedagi kokku kuni 2%;
 - 6.7.2. päevaravi erialade rahaline kogumaht võib suurenedagi kokku kuni 10%;
 - 6.7.3. lisa 3 kokkulepitud rahaliste kohustuste kogusummat ja erialade kogusummat ei või ületada.
- 6.8. Tervishoiuteenuse osutajal on lubatud Haigekassaga kooskõlastamata rakendada lepingu lisa 4 toodud haiguste ennetuse projektide osas rahaliste kohustuste summa kõikumist projektide lõikes maksimaalselt +10% projekti rahaliste kohustuste summast, kuid mitte üle nimetatud lisa kokkulepitud rahaliste kohustuste kogusumma.
- 6.9. Juhud, millal Tervishoiuteenuse osutaja võib kogu lepinguperioodi jooksul esitada kättesaadavuse tagamiseks põhjendatud taotlusi jooksva perioodi lepingu rahalise lisa 4 muutmiseks on vähi varase avastamise sõeluuringu projektid. Nende projektide osas jälgitakse lepingu täitmist ning tehakse lepingu rahalise lisa muudatus, lähtudes kindlustatud isikute tegelikust liikumisest Tervishoiuteenuse osutajate juurde.
- 6.10. Tervishoiuteenuse osutajal on lubatud Haigekassaga kooskõlastamata rakendada lepingu lisa 6 toodud õendusabi liikide osas rahaliste kohustuste summa ja ravijuhtude kõikumist järgmiselt:
 - 6.10.1. koduõendusasteenuse rahaliste kohustuste summat võib ületada iseseisva statsionaarse õendusabi arvelt maksimaalselt 7% kokkulepitud statsionaarse õendusabi rahaliste kohustuste summast.
- 6.11. Tervishoiuteenuse osutajal on lubatud Haigekassaga kooskõlastamata rakendada lepingu lisa 5 toodud alla 19-aastastele kindlustatutele hambaravi teenuste ja ortodontia lõikes rahaliste kohustuste summa kõikumist maksimaalselt +10% rahaliste kohustuste summast, kuid mitte üle nimetatud lisa kokkulepitud alla 19-aastastele kindlustatutele osutatavate teenuste rahaliste kohustuste kogusumma.
- 6.12. Lisaks võib Tervishoiuteenuse osutaja kogu lepinguperioodi jooksul teenuse kättesaadavuse tagamiseks esitada põhjendatud taotluse jooksva perioodi lepingu rahalise lisa muutmiseks. Haigekassa analüüsib taotlust ning teeb põhjendatud otsuse kas lepingu muutmiseks või muudatusest keeldumiseks üldtingimustes toodud alustel.
- 6.13. Lepinguperioodi esimesel aastal, kui alla 19-aastastele kindlustatutele hambaravi teenuste ja ortodontia teenuse osutamisel ületab ravijärjekord [Eesti Haigekassa seaduse § 12 lõike 1 punkti 2¹](#) alusel Haigekassa nõukogu kinnitatud ravijärjekordade maksimumpikkusi, teeb Haigekassa eelarvevõimalusi arvestades Tervishoiuteenuse osutaja põhjendatud kirjaliku taotluse alusel ettepaneku jooksva perioodi lepingu rahalise lisa muutmiseks mahus, mis tagab teenuste kättesaadavuse ravijärjekordade maksimumpikkuse jooksul.
- 6.14. Ülikalliks ravijuhuks loetakse statsionaarse ravi raviarve, mille maksumus on piirkondlike haiglatel vähemalt 100 000 eurot ja teistel tervishoiuteenuse osutajatel vähemalt 70 000 eurot. Ülikalli ravijuhu maksumus vaadatakse iga aastast üle tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud piirhinna muutust arvestades statsionaarse ravi osas, kuid mitte enam kui +/- 10% muutusega. Lepingu kehtivuse 2–5 aastal kinnitatakse ülikalli ravijuhu maksumus Haigekassa juhatuse otsusega, mis jõustub selle Tervishoiuteenuse osutajale edastamisest. Ülikalli ravijuhu ilmnemisel esitab Haigekassa ettepaneku lepingu rahalise lisa muutmiseks. Ülikalli ravijuhu korral suurendab Haigekassa ülikalli ravijuhu erijuhu mahtu 100% ulatuses ülikalli ravijuhu maksumusest.

7. Täiendav rahastamine kriisi ajal

7.1. Isikukaitsevahendite (edaspidi: **IKV**) ja desinfitseerimisvahendite täiendava kulu hüvitamine toimub vastavalt [Haigekassa kodulehel](#) leitavale juhendile „Täiendav isikukaitsevahendite ja desinfitseerimisvahendite kulu hüvitamise juhend“.

7.1.1. Haigekassale ei tohi esitada arveid, mille eest on tasunud patsient;

7.1.2. Haigekassal on õigus nõuda Tervishoiuteenuse osutajalt esitatud summa ulatuses raamatupidamise nõuetele vastavaid kuludokumente (sisseostuarveid).