

## RAVI RAHASTAMISE LEPINGU LISATINGIMUSED

eriarstiabis, hambaravis, *ennetuses* ja õendusabis

### 1. Ravijuhtude arvu ja ravijuhu keskmise maksumuse kavandamise alused

- 1.1. Haigekassa 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 juurde;
  - 1.1.3. kvaliteetsete tervishoiuteenuste pakkumiseks vajalikust ravijuhtude miinimumarvust;
  - 1.1.4. Haigekassa eelarve võimalustest ja ravikindlustusraha kasutamise otstarbekusest;
  - 1.1.5. teadaolevatest muudatustest tervishoiuteenuste loetelus;
  - 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 lapse hoolduseks lapsevanema või muu tegeliku hooldaja viibimise haiglas üle tervishoiuteenuste loetelus lubatud päevade arvu;
  - 2.1.3. statsionaarse taastusravi osutamisel 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 osutamise;
  - 2.1.4. tervishoiuteenuste loetelu koodidega 7050 ja 7056 tähistatud füsioteraapia teenuse osutamine täiendavalt tervishoiuteenuste loetelu § 28 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 § 28 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 hospiitsteenuse 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 hospiitsteenus on kestnud vähemalt 14 kalendripäeva ning raviasutuse 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 tervishoiuteenuste kodeerimiseks raviarvele on avaldatud Haigekassa kodulehel: <https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/tervishoiuteenuste-loetelu>. 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 terviseuuringud ja osutatud teenused esimesest vastuvõtust kuni pöördumise põhjuse lahendamiseni, välja arvatud erakorralise meditsiini osakonnas osutatud teenused, punktis 3.3.2. sätestatud juhul ja juhul, kui eriarsti kahe vastuvõtu vahe on kolm kuud või rohkem. Erakorralise meditsiini osakonnas ambulatoorselt või päevaravis patsiendile tehtud terviseuuringud 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) ja protseduurid ning sellega 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 erakorralise meditsiini osakonnas osutatud ja määratud tervishoiuteenused. 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. organiirdamiste ravijuht on raviarve, millel kajastuvad järgmised tervishoiuteenuste loetelu koodid: 3101 (ambulatoorne raviteenus, mille kohta esitatakse eraldi raviarve – raviarvel ei ole muid teenuseid), 3085, 050310, 080303, 080304, 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 § 34 lõigetes 3 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 tervishoiuteenuse 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 koos“, lepatakse Tervishoiuteenuse osutajaga selle rakendamise eritingimustes kokku lepingu lisas 19;
- 3.3.16. Erakorralise meditsiini valmisoleku tasu maksmise korral on ravijuht erakorralise meditsiini osakonna 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 § 45 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 tervishoiuteenusele, mis on osutatud või mille vajadus on määratud erakorralise meditsiini osakonnas või erakorralist abi osutavas struktuuriüksuses, valvetoas, märgitakse raviarvel teenusele tunnus „emo“. Struktuuriüksuseks ei märgita „emo“ juhul kui tervishoiuteenuse vajadus on määratud erakorralise meditsiini osakonnas või erakorralist abi osutavas struktuuriüksuses, valvetoas, kuid selle osutamine toimub patsiendi teise statsionaarsesse osakonda suunamise järgselt.  
Erakorralise meditsiini osakonnaks loetakse haigla struktuuriüksus, mille personal, aparatuur, 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 erakorralise meditsiini osakonna juhataja (normaalse tööaja piires) või vastutava arst-anestesioloogi (väljaspool eelnimetatud juhataja normaalse tööaja 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 pöördumisel valmisoleku e-konsultatsiooni osutamiseks kõigil lepingu lisas 3 kokkulepitud erialadel, mille osas on e-konsultatsiooni osutamise tingimused kokku lepitud 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 tervishoiuteenuse 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

<https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/e-konsultatsioon> ;

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. Tervishoiuteenuste loetelu § 76 lõikes 17 nimetatud tervishoiuteenuste 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:

- intellektipuue (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 jäseme või selle olulise osa puudumine arenematuse või amputatsiooni tõttu).

3.9. Erakorralise meditsiini osakonnas (edaspidi ka EMO) või erakorralist abi osutavas struktuuriüksuses, valvetoas tervishoiuteenuste osutamisel, tuleb raviarvele märkida lisaks statistiline kood vastavalt alljärgnevale loetelule:

- 9502 (Punase triaazikategooriaga patsiendi käsitlus EMO-s);
- 9503 (Oranži triaazikategooriaga patsiendi käsitlus EMO-s);
- 9504 (Kollase triaazikategooriaga patsiendi käsitlus EMO-s);
- 9505 (Rohelise ja sinise triaazikategooriaga patsiendi käsitlus EMO-s);
- 9510 (Punase triaazikategooriaga patsiendi käsitlus valvetoas);
- 9511 (Oranži triaazikategooriaga patsiendi käsitlus valvetoas);
- 9512 (Kollase triaazikategooriaga patsiendi käsitlus valvetoas);
- 9513 (Rohelise ja sinise triaazikategooriaga patsiendi käsitlus valvetoas);
- 9507 (Patsiendi sanitaarne korrastus erakorralise meditsiini osakonnas);
- 9508 (Keemiline, radioloogiline või bioloogiline dekontaminatsioon erakorralise meditsiini osakonnas);
- 9509 (Kõrge nakkusohuga ja kiirgusohuga patsiendi käsitlus 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 tervishoiuteenuste loetelu §9 ambulatoorsete vastuvõttude koodi. 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 tervishoiuteenuste loetelu §9 ambulatoorsete vastuvõttude koodi ei märgita (v.a vajamineva arstiabi osutamisel Euroopa ravikindlustuskaardi alusel), kuna see tegevus on kajastatud patsiendi käsitluse statistiliste koodidega.

3.10. Tervishoiuteenuste loetelu § 45 lõikes 18 on loetletud tervishoiuteenused, mis sisalduvad koodidega 2305K-2322K tähistatud tervishoiuteenuste piirhindades.

Erakorralise meditsiini osakonnas 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. Erakorralise meditsiini osakonnas või erakorralist abi osutavas struktuuriüksuses, valvetoas, antidootide kasutamisel tuleb märkida raviarvele statistiline kood, juhindudes alljärgnevast:

- 9520 (Hüdroksükobalamiin, Hüdroksokobalamiin, 5g);
- 9521 (Maomürgi antiseerum, ViperaTab infusioonlahuse pulber 100mg N2);

- 9522 (Fomepisool, 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 (Sörmkübara antitoksiin, Digifab infusioonilahuse pulber 40mg N1);
  - 9530 (Silibiniin 350mg N4).
- 3.13. Raviarvele lepingu eriala koodi märkimisel lähtub Tervishoiuteenuse osutaja käesolevas punktis ja juhendis „Raviarvete edastamise e-kanal“ (kättesaadav Haigekassa kodulehel <https://www.haigekassa.ee/partnerile/it-juhendid>) toodust.
- 3.14. Insuldi ägeda haigestumise korral, tuleb lisaks põhidiagnoosile *või kaasuvale diagnoosile* vahemikust I61-I64 märkida vältimatule statsionaarsele raviarvele (*teenuse tüüp 2*) ka diagnoosi tunnus 5.
- 3.14.1. Kõigile kindlustatud isikutele, kelle isheemilise insuldi ravi on alanud põhidiagnoosiga I63 ja diagnoosi tunnusega 5, tervishoiuteenuste 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 Keskhaigla 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 tervishoiuteenuste loetelu § 80 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 tervishoiuteenuste loetelu § 80 lõikes 6 toodud kuludele. Raviteekonna jooksul tervishoiuteenuse osutamisega seotud kulud kaetakse Tervishoiuteenuse osutajatele jooksvalt tervishoiuteenuste 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 tervishoiuteenused), trombolüüsi (koodiga 212R, 014C või 014D tähistatud tervishoiuteenused) 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 tervishoiuteenuse osutamisest, enne nimetatud tähtaega saabunud surma või kordusinsuldi korral (vältimatu statsionaarse aktiivravi arve, millel on märgitud põhidiagnoosiks *või 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 tervishoiuteenustest 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 tervishoiuteenuste loetelu § 80 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 tervishoiuteenuse osutamisest või enne surma või enne kordusinsulti, rakendatakse koodidega 2323K–2329K tähistatud tervishoiuteenuste piirhindadele tervishoiuteenuste loetelu § 80 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 tervishoiuteenuste 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 tervishoiuteenuse 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. Hõlmatuse 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 hõlmatuse), siis küsitakse haiglalt 11% hõlmatuse ja tegeliku hõlmatuse 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. Hõlmatuse 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 tervishoiuteenuste loetelu § 80 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. oktoober 2022;
- 3.14.13. Punktis 3.14.2. nimetatud haigla märgib punktis 3.14.3. nimetatud jooksvalt tervishoiuteenuste kohta esitatud raviarvetele statistilised koodid, mis näitavad patsientidele tehtud sekkumisi, mida teostatakse Haigekassa juhatuse 12. veebruar 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:
- a) Kood 9531 - Raviplaan
  - b) Kood 9532 - Intervjuu
  - c) Kood 9533 - Koordinaator
  - d) Kood 9534 - Digitaalne juhtumikorraldaja
  - e) Kood 9535 - Konsiilium/akuutravijärgne meeskond
  - f) Kood 9536 – Patsientide või lähedaste tugiprogramm
  - g) Kood 9537 - Nõustamine
  - h) Kood 9538 – Koeri kaasav teraapia
  - i) Kood 9539- Tööle naasmise individuaalne programm
  - j) Kood 9540- Veebipõhiste tööriistade kasutamine teenuse osutamiseks ja patsiendile iseseisvaks kasutamiseks
  - k) Kood 9541 – Taastusraviprogramm
  - l) Kood 9542 - Üleandmissüsteem

Tabel 1. Taastusravi teenused koos kestustega

| Tervishoiuteenuse nimetus           | Kood | Kestus (min) |
|-------------------------------------|------|--------------|
| Psühhoteraapia seanss ühele haigele | 7601 | 90           |

|  |      |     |
|--|------|-----|
| Psühhoteraapia seanss ühele haigele grupis (grupis kaks kuni kaheksa haiget) | 7602 | 30  |
| Psühhoteraapia seanss perele   | 7603 | 120 |
| Kliinilise psühholoogi konsultatsioon eriarsti suunamisel                    | 7607 | 60  |
| Isiksuse uuring  | 7615 | 300 |
| Kognitiivse funktsiooni uuring   | 7616 | 300 |
| Kliinilise logopeedi konsultatsioon  | 7620 | 90  |
| Logopeediline uuring   | 7621 | 100 |
| Logopeediline teraapia (kontaktaeg 50 min)                                   | 7622 | 90  |
| Instrumentaalse uuringu planeerimine ja raviplaani täiendamine               | 7623 | 90  |
| Logopeediline uuring hääleanalüsaatoriga                                     | 7624 | 45  |
| Logopeediline uuring nasomeetriga  | 7625 | 60  |
| Tegevusteraapia individuaalne (kestus 30 min)                                | 7053 | 30  |
| Tegevusteraapia 2–3 haigele samal ajal (kestus 30 min)                       | 7054 | 30  |
| Tegevusteraapia kodus  | 7061 | 60  |
| Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)                                  | 7050 | 30  |
| Füsioteraapia 2–3 haigele samal ajal (kestus 30 min)                         | 7051 | 30  |
| Füsioteraapia grupis (kestus 30 min)   | 7052 | 30  |
| Füsioteraapia basseinis individuaalne (kestus 30 min)                        | 7056 | 30  |
| Füsioteraapia basseinis grupis (kestus 30 min)                               | 7057 | 30  |
| Füsioteraapia kodus  | 7060 | 60  |
| 6 minuti kõnnitest   | 7059 | 25  |

3.15. SARS-CoV-2 põhjustatud COVID-19 nakkuskahtlase haige testimisel märkida teenuse koodile 66610 (Biomarkeri (patogeeni, geneetilise või somaatilise mutatsiooni) määramine real-time-PCR-meetodil) lisaks statistiline kood 9519.

#### 4. Lepingu rakendamise tingimused õendusabis

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

4.1.1. iseseisva statsionaarse õendusabi ravijuht on raviarve, 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. Raviarve vormistatakse teenuse tüübiga 18;

4.1.2. Statsionaarse hospiitsravi teenuse osutamisel lähtub Tervishoiuteenuse osutaja lisaks tervishoiuteenuste loetelu § 14 lg 39 sätestatud järgmistest tingimustest ja korrast:

4.1.2.1. hospiitsravi teenuse osutamiseks peavad 12 patsiendi kohta töötama 0,99 koormusega arst, 4,73 koormusega õde ja 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, 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, millel kajastub tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud kood 3026. Koodile 3026 võib lisanduda kood 3020 ning koodid 7046, 7070, 7071, 7035 ja 7072 juhul, kui koduõenduse teenuse osutaja rendib patsiendile koduse ventilatsiooniravi seadet, koduse hapnikravi seadet ja/või köhimisravi seadet. Raviarve vormistatakse teenuse tüübiga 20. 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 tervishoiuteenuse piirhinnale rakendatakse koefitsienti 0,89, kui ei ole täidetud sotsiaalministri 13. jaanuari 2014. a 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 4.3. viidatud määruse § 6 lõike 3 kohaselt peavad iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse osutamiseks haiglas töötama vähemalt 1,5 öde ja kaks hooldajat 20 patsiendi kohta, neist ööpäev läbi vähemalt üks öde ja üks hooldaja. Seega peab töötama haiglas iga 20 statsionaarse õendusabi pakkumiseks kasutusel oleva voodikoha (sh tasulise teenuse pakkumiseks kasutusel olevad voodikohad) kohta vähemalt 6,8 täistööajale taandatud öde ning 9,1 täistööajale taandatud hooldajat;
  - 4.3.2. Tervishoiuteenuse osutaja rakendab raviarvel koodiga 2063 tähistatud tervishoiuteenusele 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 muutmise/ 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 ödede 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 järelpärimisel koefitsiendi rakendamise kontrolliks kirjalikult punktides 4.3.3.1. kuni 4.3.3.5. loetletud andmed järelpärimises 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. Raviarvele lepingu eriala koodi märkimisel lähtub Tervishoiuteenuse osutaja käesolevas punktis ja juhendis „Raviarvete edastamise e-kanal“ (kättesaadav Haigekassa kodulehel <https://www.haigekassa.ee/partnerile/it-juhendid>) toodust.

## **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. hambaemaili 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 tervishoiuteenus 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 karioosete 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 lehel toodud juhendit

<http://pub.e-tervis.ee/manuals/DMFT%20ja%20CPI%20indeksite%20m%C3%A4%C3%A4ramise%20juhend>.

- 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 alljärgnevalt:

- 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 §-i 5 mõistes vältimatu abi korras vähemalt 19-aastasele kindlustatud isikule osutatud hamba ekstraktsiooni ja/või abstsessi avamise puhul võtab Haigekassa tasu maksmise kohustuse üle järgmiste tervishoiuteenuste eest järgmiste tervishoiuteenuste loetelu koodidega:

- 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 tervishoiuteenuse 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 tervishoiuteenuste osutamiseta, osutatud hambaravi korral järgmiselt:
- 5.10.1. Haigekassa tasub üldanesteesia käigus osutatud tervishoiuteenuste loetelus toodud § 76 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, tervishoiuteenused vastavalt punktile 5.10.1., haiglaravi tingimustes teenuse osutamisel järelravi voodipäev tervishoiuteenuse kood 2047.
- 5.11. Haigekassa võtab koodidega 2202–2204 ja 2112 tähistatud tervishoiuteenuste 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 põhjendus) peab olema dokumenteeritud «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 4<sup>2</sup> 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 esitatav raviarve, mille lepinguerialaks märgitakse 71700010 ja teenuseks tervishoiuteenuste loetelu kood 2285K. Teenuse osutamine kajastatakse lepingu lisas 5.
- 5.14. Punktis 3.8. nimetatud koodiga isikute raviarvele kantakse lepingueriala 71700012, teenuse tüüp 35.
- 5.15. Raviarvele lepingu eriala koodi märkimisel lähtub Tervishoiuteenuse osutaja käesolevas punktis ja juhendis „Raviarvete edastamise e-kanal“ (kättesaadav Haigekassa kodulehel <https://www.haigekassa.ee/partnerile/it-juhendid>) toodust.

## **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 lisas 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 lisas kokku periooditasud, s.o tervishoiuteenuste loetelus nimetatud tervishoiuteenused, mille puhul ei ole võimalik määratleda teenuse saajana konkreetset isikut (3.3.13. kuni 3.3.14. ja 5.12.).
- 6.3. Eriarstiabis jälgitakse lisas 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 lisasse 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 lisas 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. lisas 3 kokkulepitud rahaliste kohustuste kogusummat ja erialade kogusummat ei või ületada.
- 6.8. Lepingu täitmisel jälgitakse bioloogilise ravi osutamist lepingu lisas 3BR toodud näidustuste ja teenuse koodide lõikes.
- 6.9. Tervishoiuteenuse osutajal on lubatud Haigekassaga kooskõlastamata rakendada lepingu lisas 4 toodud haiguste ennetuse projektide osas rahaliste kohustuste summa kõikumist projektide lõikes maksimaalselt +10% projekti rahaliste kohustuste summast, kuid mitte üle nimetatud lisas kokkulepitud rahaliste kohustuste kogusumma.
- 6.10. 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.
- 6.11. Tervishoiuteenuse osutajal on lubatud Haigekassaga kooskõlastamata rakendada lepingu lisas 6 toodud õendusabi liikide osas rahaliste kohustuste summa ja ravijuhtude kõikumist järgmiselt:
  - 6.11.1. koduõendusasteenuse rahaliste kohustuste summat võib ületada iseseisva statsionaarse õendusabi arvelt maksimaalselt 7% kokkulepitud statsionaarse õendusabi rahaliste kohustuste summast.
- 6.12. Tervishoiuteenuse osutajal on lubatud Haigekassaga kooskõlastamata rakendada lepingu lisas 5 toodud alla 19-aastastele kindlustatutele hambaravi teenuste ja ortodontia lõikes



rahaliste kohustuste summa kõikumist maksimaalselt +10% rahaliste kohustuste summast, kuid mitte üle nimetatud lisas kokkulepitud alla 19-aastastele kindlustatutele osutatavate teenuste rahaliste kohustuste kogusumma.

- 6.13. Lisaks võib Tervishoiuteenuse osutaja kogu lepinguperioodi jooksul tervishoiuteenuse 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.
- 6.14. Lepinguperioodi esimesel aastal, kui alla 19-aastastele kindlustatutele hambaravi teenuste ja ortodontia teenuse osutamisel ületab ravijärjekord Eesti Haigekassa seaduse § 12 lõike 1 punkti 2<sup>1</sup> 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.
- 6.15. 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 aastaselt 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. Andmeteenuse vahendamise tingimused**

- 7.1. Andmete edastamisel Haigekassale andmeteenuse vahendaja kaudu peab Tervishoiuteenuse osutaja veenduma, et andmeteenuse vahendaja on koostanud ja avalikustanud andmeteenuse vahendamise korra ning registreerinud end andmeteenuse vahendajana x-teel, mille kohta tal peab olema vastav luba.
- 7.2. Tervishoiuteenuse osutaja peab olema veendunud, et andmeteenuse vahendaja kohustub:
  - a) rakendama andmeteenuse vahendamisel turvalisusega seotud riskide maandamiseks andmete terviklust, konfidentsiaalsust ja käideldavust tagavaid meetmeid ning järgima infoturbe halduse süsteemi rakendamisel rahvusvaheliselt tunnustatud infoturbestandardit, avaliku teabe seaduse § 43<sup>9</sup> lõike 1 punkti 4 alusel Vabariigi Valitsuse määruses infosüsteemide turvameetmete süsteemile kehtestatud infosüsteemide kolmeastmelise etalonturbe süsteemi ISKE või muul õiguslikul alusel kehtestatud nõudeid infosüsteemide andmevahetuskihile, selle kasutamisele ja haldamisele, samuti head tava, mis tulenevad õigusaktist;
  - b) järgima punktis 1. nimetatud andmeteenuse vahendamise korda ja teavitama tervishoiuteenuse osutajat andmeteenuse vahendamise korra muutmisest vähemalt kolm tööpäeva enne muudatuse rakendamist;
  - c) avaldama tervishoiuteenuse osutajale alamsüsteemi vahendatud osaliste andmed vastavalt x-tee baasprotokollistikule;
  - d) hoidma ja kasutama X-tee toimimiseks vajalikke sertifikaate vastavalt sertifikaadi väljastaja poolt kehtestatud sertifitseerimispoliitikas esitatud nõuetele;
  - e) monitoorima infosüsteemide toimivust riskide hindamiseks ja haldamiseks ning intsidendi ennetamiseks ja ära hoidmiseks;
  - f) lahendama intsidente ja selgitame intsidendi ilmnemisel välja selle tekkimise põhjuse ning võtma kasutusele meetmed intsidendi leviku peatamiseks ja nende edasiseks vältimiseks;

- g) tagama, et turvalisust mõjutavate infosüsteemi paikade rakendamine toimub piisavalt operatiivselt, et hoida süsteemi pidevalt kõige ajakohasemal tasemel;
- h) kasutama X-tee teenuste vahendamisel kahefaktorilist lõppkasutaja autentimislahendust;
- i) hoidma andmeid Eestis asuvas turvaserveris, mis peab asuma vähemalt turbeastme H tasemele vastavas serveriruumis;
- j) tellima vähemalt iga 2 aasta tagant sertifitseeritud auditeerijalt auditi, kontrollimaks oma infosüsteemi turvalisuse vastavust ISKE K3T3S2 turvaklassi tasemele. Auditi raportid edastab tervishoiuteenuse osutajale;
- k) teavitama tervishoiuteenuse osutajat viivitamata andmete vahendamise teenuses puuduse avastamisest;
- l) teavitama tervishoiuteenuse osutajat kõikidest asjaoludest, mis mõjutavad lepinguliste kohustuste täitmist;
- m) teavitama tervishoiuteenuse osutajat andmete vahendusteenuse kasutamise probleemidest ja asjaoludest, mis mõjutavad või võivad mõjutada tervishoiuteenuse osutajat oma kohustuste täitmisel, sh teavitab tervishoiuteenuse osutajat viivitamatult turvaintsidentidest ja nende vahetust ohust;
- n) täitma muid õigusaktides sätestatud täitmise ajal kehtivaid nõudeid.

### 7.3. Tervishoiuteenuse osutaja kohustub:

- 7.3.1. kahtluse korral, et andmeteenuse vahendaja kasutab vahendatavaid andmeid vääriti teavitama viivitamatult Haigekassat, et Haigekassa saaks operatiivselt x-teele vahendusteenuse sulgeda;
- 7.3.2. esitama Haigekassa nõudmisel Haigekassale andmeteenuse vahendajaga sõlmitud lepingu kinnitatud koopia;
- 7.3.3. esitama Haigekassa nõudmisel Haigekassale punktis 7.2. sätestatud andmeteenuse vahendaja esitatud sertifitseeritud auditeerija auditi raporti kinnitatud koopia.

## 8. Täiendav rahastamine kriisi ajal

8.1. *Isikukaitsevahendite (edaspidi: IKV) ja desinfitseerimisvahendite täiendava kulu hüvitamine Terviseameti poolt väljakuulutatud kõrgendatud valmisoleku taseme kehtimise vältel ja kuni 30 päeva jooksul enne kõrgendatud valmisoleku taseme välja kuulutamist:*

- 8.1.1. *Haigekassa arvutab kahekuise arvestuse alusel Tervishoiuteenuse osutaja põhiselt maksimaalse IKV ja desinfitseerimisvahendite hüvitamisele kuuluva summa piirmäära ja teavitab sellest Tervishoiuteenuse osutajat kirjalikul teel 14 päeva jooksul;*
- 8.1.2. *Tervishoiuteenuse osutaja esitab Haigekassale masinloetava e-arve Haigekassa poolt arvutatud piirmäära ulatuses vastavalt Haigekassa kodulehel olevale isikukaitsevahendite hüvitamise juhendile;*
- 8.1.3. *juhul kui Tervishoiuteenuse osutaja IKV ja desinfitseerimisvahendite kulu on olnud väiksem kui Haigekassa poolt arvutatud piirmääras toodud summa, esitab Tervishoiuteenuse osutaja Haigekassale e-arve tegeliku kulu ulatuses;*
- 8.1.4. *juhul kui Tervishoiuteenuse osutaja IKV ja desinfitseerimisvahendite kulu on olnud suurem kui Haigekassa poolt arvutatud piirmääras toodud summa, on Tervishoiuteenuse osutajal võimalik kuludokumentides esitatud summa poolitada selliselt, et katmata kuludokumentide summa oleks võimalik esitada järgneval täiendava kulu hüvitamise perioodil;*
- 8.1.5. *Haigekassale ei tohi esitada sama kuludokumentide alusel e-arvet korduvalt hüvitamiseks, v.a. p 8.1.4 juhul katmata kuludokumentide summa hüvitamiseks;*
- 8.1.6. *Haigekassale ei tohi esitada arveid, mille eest on tasunud patsient;*

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