

## Haigekassa infopäevade küsimused ja vastused

Küsimus	Vastus
<p><b>Voodipäevad nendel patsientidel, kes jäd aastavahetuseks sisse. Missuguse arvestuse järgi me aktiivravi voodipäevi loeme, 2016 aastal oli erinevad aktiivravipäevad enne järelravi, nüüd on hoopis pikem arv päevi?</b></p>	<p>2016. aastal statsionaaris oldud voodipäevad määratakse raviarvele vastavalt kehtinud TTL-i tingimustele. Alates 01.01.2017 rakenduvad uued voodipäevade nimetused ja maksimumpäevad. Voodipäevad maksimumpäevade arvestuses (erinevate profiilide kokkuliitmisel) muudatusi ei ole. Näide voodipäevade kodeerimisest on infopäeva eriarstiabi ettekande slaidil 17. Oluline on teadustada, et 2017. aasta DRG ja RJKM ei arvesta, et tegelikkuses kasvab profiilsete voodipäevade kasutus. Näiteks ka kaasajutamise töögrupp tegid haiglate esindajad ettepaneku maksimumpäevade arvu kaotamiseks, sest voodipäevade kasutust piirab nii DRG ja RJKM. Seega ei eeldata, et raviasutused kasutavad alati ära TTL-ga lubatud maksimumpäevade arvu, vaid lähtuvad ravi tegelikust sisust: juhul kui sisuliselt on tegemist järelraviga, peab raviasutus kodeerima ka järelravi voodipäeva.</p>
<p><b>Sünnituse komplekshind –palun sünnituse kompleks lahti rääkida täpsemalt - kuidas märkida analüüsid (mis varem olid voodipäeva sees) histoloogilised uuringud, loote lahng ja histoloogia?</b></p>	<p>Kõigi voodipäevade (sealhulgas komplekteenuses oleva sünnituse voodipäeva) piirhind arvestati välja koodidega 66101, 66100, 66102, 66103, 66104, 66106, 66107, 66112, 66200, 66201, 66202, 66207 ja 66117 tähistatud laboriuuringud. Vastavaid teenuseid on võimalik juurde kodeerida. Muud osas muudatusi ei ole toimunud. Endiselt sisaldab sünnituse kompleksteenuse (koodiga 2207K) sünnitusabi voodipäevi, epiduraalanesteesi, reesuskonflikti ja vastsündinu K-vitamiini profülaktikat, vastsündinu hooldamist, elustamist ja ravi (v.a intensiivravi alates II astmest) ning analüüside 66521, 66522, 66520 maksumust. Normaalse füsioloogilise sünnitusel ema ja vastsündinu diagnostika kuulub voodipäevas tehtavate tegevuste hulka. Juhul, kui on tegemist komplitseeritud sünnitusega, siis normaalse füsioloogilise sünnituse kompleksteenuse koodi ei rakendata ja kõik vajalikud uuringud ja ravi protseduurid kodeeritakse raviarvele vastavalt tehtule.</p>
<p><b>Päevaravis abrasioon lisa 2, punkt 3.3.3. – raviarve algus ja lõppkuupäevad peavad võrduma, me võtame ka histoloogia, see vastus tuleb oluliselt hiljem, kuidas peame käituma? Samal ajal TORU kontrolli arve kuupäeva lõpetamise kohta peale ei panda, mis eelnevalt oli plaanis (kas see siis abrasioonide kohta ei kehti?)</b></p>	<p>Päevakirurgia raviarve algab ja lõpeb sama kuupäevaga st abrasiooni tegemise kuupäevaga. Histoloogia vastus kantakse raviarvele selle uuringu tegemise kuupäevaga st hilisemal kuupäeval. TTL §71 (patomorfoloogilised uuringud, tsütoloogia ja histoloogia) ja 72 (lahangud) tegevused dokumenteeritakse nende tegemise kuupäevaga.</p>

<p><b>Õe iseseisev vastuvõtt (kood 3035) on oma olemuselt nõustamisteenus, n-õ patsiendiõpetus ning vajadusel lihtsamate õendussekkumiste teostamine (nt süstimine, lihtsad sidumised nt niitide eemaldamine). Kui õe vastuvõtu käigus on vaja teostada patsiendile meditsiinilistel näidustustel haigusjuhu raames terviseseisundi jälgimiseks laboratoorseid uuringuid (nt glükoosi või hüübimisaja sõeluuring, mikrobioloogiline uuring haavaravis/jalaravis), diagnostilised uuringuid (nt spirograafiat, ultraheli jääkuriini mõõtmiseks), mis toetatavad õedusabiteenuse osutamist ja/või lähtuvad arsti uuringuplaani otsusest, on need võimalik täiendavalt kodeerida patsiendi raviteenuse arvele?</b></p>	<p>Arsti ja õe vastuvõtt kodeeritakse soovitatavalt ühel arvel. Õde võib vastuvõtu käigus osutada teenuseid (sh neid raviarvele kodeerida) enda pädevuse piires. Seda reguleerib Sotsiaalministri määruga nr 55: Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning õendusabiteenuste osutamise tingimused.</p>
<p><b>Jalaravikabineti teenus (kood 7049) on algselt olnud diabeetikutele suunatud jalaravi ehk ühendatud on kood 7043, kood 7044 ja kood 7045 ühe teenuse alla: „Jalaravikabineti teenus,, (kood 7049). Kas nüüdse sõnastuse juures „Jalaravikabineti teenus,, võib kasutada seda teenust ka reumaatilise jala, venoosete haavandite korral jne erineva jalaraviteenuse korral?</b></p>	<p>Kui on meditsiiniline näidustus, siis jah.</p>
<p><b>Kas oskate kommenteerida, miks 7058 - Lümfiteraapia (kestus 60 min) hind sedavõrd drastiliselt muutus - 2016. a 68,00 eurot vs 2017. a 22,79 eurot?</b></p>	<p>Teenuse „Lümfiteraapia (kestus 60 min)“ (kood 7058) kirjeldust ning sellest tulenevalt teenuse piirhinda on muudetud, kuna 2016. aastal kehtinud teenuse piirhinnas sisalduv sidumismaterjalide kulu on ekslikult 20 teenuse osutamiseks vajaminev kulu. Seega on korrigeeritud sidumismaterjalide komplekti hinda. Muudatusest on teavitatud Eesti Lümfiteraapia Liitu ja Eesti Taastusarstide Seltsi.</p>

**Eriarsti esmane vastuvõtt, 3002:**  
**Koodiga 3002 tähistatud tervishoiuteenuse piirhinda rakendatakse juhul, kui patsient pöördub sama terviseseisundiga selle eriarsti vastuvõtule esmakordselt või kui kroonilise haigusega patsiendi vastuvõttust on möödunud vähemalt üks aasta.**

**Seoses esmase eriarsti vastuvõtule lisanduva rakendussättega on mõned küsimused, kuidas EHK seda rakendussätet mõistab ja kuidas seda tõlgendavad usaldusarstid oma kontrollides.**

**1. „selle eriarsti vastuvõtule esmakordselt“ – mida see tähendab, kas konkreetset arsti (oma koodiga) sõltumata erialast? Või erialast lähtuvalt? Kui on vajalik sama eriala, kuid vastavalt teise spetsiifikaga, teise eriarsti vastuvõttu, siis kas ka siis on 3002 (pediaatria, neuroloogia jm osas)? Suunajaks võib siis olla nii perearst kui ka teine eriarst.**

**2. Kroonilise haigusega patsiendi vastuvõttust on möödunud vähemalt üks aasta**

**a. Kas antud terviseseisundiga vastuvõttude viimasest vastuvõttust?**

**b. Üks aasta, kas see tähendab kalendriaastat ehk 365 päeva?**

**3. Sama terviseseisundiga – kas siin lähtutakse põhidiagnoosist või diagnooside komplektist ehk haigusseisundist. Patsiendi haigus võib areneda nii edasi, et vajab sama eriala teist spetsialisti ja tegelema tuleb hakata hoopis tüsistuse või olnud haigusest tuleneva uue probleemi ja seisundiga.**

Rakendustingimuse loomisel on arvesse võetud arsti ajakulu, kui arsti ajakulu on pikem, siis peaks saama kodeerida esmast vastuvõttu. Arsti ajakulu defineeritakse kolme kriteeriumi põhjal: kas arst näeb seda patsienti esmakordselt, kas patsient pöördub arsti poole uue tervisemurega, kui kaua on möödunud viimasest vastuvõttust.

Eriarsti esmane vastuvõtt kodeeritakse raviarvele, kui patsient tuleb selle konkreetse arsti vastuvõtule oma tervisemurega esimest korda. Kui patsient pöördub neuroloogi poole, kuid käis eelmisel nädala teise neuroloogi juures, siis võib kodeerida esmast vastuvõttu. Kui ta sellesama arsti poole pöördub patsient uue tervisemurega (uus põhidiagnoos), siis kodeeritakse samuti esmane vastuvõtt. Juhul kui arsti hinnangul vajab patsient suunamist teise eriala arstile, siis see teine vastuvõttev arst tohib samuti kodeerida esmase vastuvõttu, sest tema näeb ja uurib seda patsienti esmakordselt. Kui kroonilise haigusega patsient tuleb regulaarsesse tervisekontrolli vähem kui aasta (vähem kui 365 päeva) möödumisel, siis kodeeritakse korduv eriarsti vastuvõtt, lähtudes asjaolust, et arst on patsiendi haiguse looga tuttav ja tema nõustamisel kulub vähem aega.

<p><b>Abort: TTL on kaks abordi teenust:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Medikamentoosne abort 2287K, hind 76,87 (50% + 50%), see on teenus, kui meetod on medikamentoosne</b></li> <li>- <b>Abort meditsiinilistel näidustustel 1M2104 102,08 – see on teenus kui on meditsiiniline näidustus. Seda teenust tehakse ainult opitoas ja tablett aborti opitoas tegema ei pea ega tehagi.</b></li> </ul> <p>Seega, kui on medikamentoosne abort, siis ja ainult siis saab kasutada koodi 2287K.</p> <p>Mis koodi on õige kasutada, kui tehakse meditsiinilisel näidustusel medikamentoosne abort?</p> <p>Probleemiks on antud juhul teenuse 2287K 50% omaosalus.</p>	<p>Meditsiinilisel näidustusel medikamentoosse abordi korral kodeeritakse 2287K ja rakendub omaosalus 50%.</p>
<p><b>Lisatäpsustus ämmaemanda vastuvõttude vastuse kohta: Ütlesite, et koodi 3111 kasutatakse iga raseda kohta 1 kord tema rasedusega arvele pöördumisel ja imetamisnõustamise puhul.</b></p> <p><b>Kas siin on mõeldud siis ikkagi imetamisnõustamist enne sünnitust? Paljud käivad imetamisnõustaja (=ämmaemand) juures peale sünnitust ja sealjuures ka korduvalt. Kas siis tuleks kasutada koodi 3111 või 3112?</b></p> <p><b>Määruse lõikes loetletud tegevuste hulgas olev imetamisnõustamine jääb teenuse osutajatele segaseks, sest ämmaemandad tõlgendavad seda kui sünnitusjärgset imetamisnõustamist.</b></p>	<p>Selles teenuse kirjelduses on sünnitusjärgne imetamisnõustamine, mis toimub ema, lapse ja ämmaemanda koostöös ja praktilise ajamahuka tegevusena. Kodeeritakse vastavalt läbi viidud nõustamise seansside kordadele.</p>
<p><b>Millist teenuskoodi tuleks kasutada ninaluu repositsioonil, mis tehakse valvekabinetis või protseduuritoas? TTL § 46 lõikes 3 ei ole väikese luuna eraldi välja toodud ninaluud.</b></p>	<p>Tegevusele vastavaid koode otsida teistest loetelus paragrahvidest, nt Ninaluumurru kinnine paigaldamine ja immobilisatsioon (1E2106), Nina deformatsiooni plastiline korrektsioon (1E2138), Ninaluude repositsioon, fikseerimine kood (011006).</p>

<p><b>Millistel juhtudel on lubatud teenusekoodi 3111 - ämmaemanda iseseisev vastuvõtt (esmane) kasutamine? Kas ämmaemanda esmase vastuvõtuna käsitletakse ka neid juhtumeid, kui rasedus on günekoloogi poolt juba eelnevalt tuvastatud, kuid raseda arvele võtmine ning edasine jälgimine toimub ämmaemanda poolt iseseisvalt?</b></p> <p><b>Kas sisuliselt on tegemist rasedakaardi avamise ja dokumenteerimise alustamise tööprotsessiga, mis ongi oluliselt ajamahukam võrreldes järgnevate külastustega?</b></p> <p><b>Kuidas käituda nendel juhtudel, kui rase tuleb meie ämmaemanda jälgimisele teisest tervishoiuasutusest suunatuna - kas kasutada teenusekoodi 3111 või 3112?</b></p> <p><b>Kas ennetuse projektide (noorte nõustamine / emakakaelavähi varajane avastamine) raames toimuvad ämmaemanda vastuvõttud tuleks kodeerida pigem teenusena 3111? Tegemist on küll esmaste vastuvõttudega, kuid mitte rasedusega seondult?</b></p>	<p>3111 kodeeritakse ka juhul, kui rasedus on günekoloogi juures tuvastatud, kuid rase tuleb ämmaemanda esimesele vastuvõtule, kus viiakse läbi enamus neist tegevustest, mis TTL-s loeteltud. Sealhulgas rasedakaardi vormistamine. Kui rase tuleb teisest asutusest, siis esimesel kohtumisel uue ämmaemandaga on tarvikuk põhjalikum naise terviseisundiga ja varasemate tegevustega tutvumine, seega tohib kodeerida 3111. Ennetus korral kodeeritakse ämmaemanda iseseisev vastuvõtt 3112</p>
<p><b>Jalaravikabineti teenust (kood 7049) - kuidas saaksime tutvuda selle teenuse täpsema kirjeldusega? Kas piirhind (22.22) sisaldab ka õe iseseisva vastuvõtu maksumust?</b></p>	<p>Teenuse kestuseks 45 minutit. Õe vastuvõttu tohib ainult siis juurde kodeerida kui arsti on suunanud eraldi täiendavale nõustamisele, vastuvõtule ja vastuvõtt on ka dokumenteeritud.</p>
<p><b>Küsimus TTL §12 (4) 4) ja 5) kohta. Kuna punktis 4) on piirang 20 päeva, aga punktis 5) ebastabiilse remissioniga patsiendi psühhiaatrilise ravi korral piiramatult, siis kuidas on vaja RTA-l kajastada?</b></p> <p><b>Näiteks, patsient oli haiglas 1. jaanuarist kuni 31. jaanuarini. Alates 21. jaanuarist temale vormistati ebastabiilse remissioni. Patsient väljakirjutatud haiglast 31. jaanuaril. Kas RTA vormistamisel paneme kood</b></p>	<p>Võib kajastada ühe reana.</p>

<p><b>2065 voodipäevade arv 30 ühe reaga, või peame kahel real näitama: 1. kood 2065 voodipäevade arv 20 alates 01.01.17 ( voodipäevad ); 2. kood 2065 voodipäevade arv 10 alates 21.01.17 ( ebastabiilse remissiooni voodipäevad) ?</b></p>	
<p><b>Eriarsti esmase vastuvõtu (kood 3002) piirhinda rakendatakse juhul, kui patsient pöördub sama tervise seisundiga antud eriarsti vastuvõtule esmakordselt või kui kroonilise haigusega patsiendi vastuvõtust on möödunud vähemalt üks aasta.</b></p> <p><b>1. Patsient pöördub sama probleemiga aasta jooksul sama eriala, kuid teise arsti poole. Kas teise arsti esimene vastuvõtt kodeeritakse 3002?</b></p> <p><b>2. Naine on rasedusega naistearsti juures jälgimisel. Selle raames pöördub vastuvõtule uue ägeda haigusega (nt mingi põletik). Kas see vastuvõtt on esmane?</b></p>	<p>Kui patsient pöördub sama probleemiga teise arsti poole, siis kodeeritakse eriarsti esmane vastuvõtt, lähtudes asjaolust, et patsienti esmakordselt selle probleemiga vastu võttes kulub arstil enam aega. Kui rasedusega arvel olev naine pöördub mõne muu murega/haigusega, siis kodeeritakse esmane vastuvõtt.</p>
<p><b>Käesolevas peatükis nimetatud tervishoiuteenuse eest haigekassa poolt tasu maksmisekohustuse ülevõtmisel loetakse simultaanoperatsiooniks juhtu, kui patsiendile osutatakse samas anatoomilises piirkonnas mitut käesolevas peatükis nimetatud tervishoiuteenust ühel ajal või ühe anesteesia vältel. Ühe või enama täiendava tervishoiuteenuse osutamise korral tasutakse täiendavalt 40% ühe täiendava operatsiooni piirhinnast.</b></p> <p><b>1. Kui simultaanoperatsioone on rohkem kui üks, millise (kallima?) täiendava operatsiooni piirhinnast arvestatakse täiendavalt 40%?</b></p>	<p>Üldjuhul peaks peamine ehk põhioperatsioon kajastama peamist tegevust ja simultaanina kodeeritakse kaasuv tegevus. Kui simultaanina tehti mitu operatsiooni, siis on kodeerimise järgnevuse valik vaba.</p>

<p><b>(17) Koodiga 2067 tähistatud tervishoiuteenuse eest võtab haigekassa tasu maksmise kohustuse üle haige lapsega haiglas viibiva lapsevanema või muu tegeliku hooldaja või põetaja või aktiivravi ning käesoleva paragrahvi lõikes 6 sätestatud tegevusi mittevajava patsiendi eest.</b></p> <p><b>1. Milliste juhtudel võib kasutada koodi 2067 aktiivravi mittevajava patsiendi eest?</b></p>	<p>Aktiivravi mittevajava patsiendi eest tohib koodi 2067 kasutada juhul, kui patsiendil ei ole objektiivsetel põhjustel võimalik tegeliku ravi lõppemise päeval koju minna. Seega kasutatakse majutuse voodipäeva ainult eraldlikel juhtumitel.</p>
<p><b>Emakakaelavähi varajase avastamise projekti sihtrühmaks on 2017. aastal 1962, 1967, 1972, 1977, 1982, 1987 aastal sündinud naised. Tegevuse kood Z 12.4. Raviarvele märgitakse põhieriala kood A42 (günekoloogia). Tegevuse osaks on õe, ämmaemanda või arsti vastuvõtt ja günekotsütoloogiline uuring. Normist erineva leiu puhul täiendavad uuringud või korduvale uuringule kutsumine.</b></p> <p><b>1. Kas tegevuse osaks on ämmaemanda esmane visiit 3111 või ämmaemanda visiit 3112?</b></p>	<p>Juhul, kui sõeluuringu sihtrühma patsiendiga tegeleb ämmaemand, kodeeritakse ämmaemanda iseseisev vastvõtt koodiga 3112.</p>
<p><b>Koodi 2067 kasutatakse nii haige lapsega haiglas viibiva lapsevanema või muu tegeliku hooldaja või põetaja või aktiivravi ning käesoleva paragrahvi lõikes 6 sätestatud tegevusi mittevajava patsiendi eest ehk siis majutuse voodipäev (2 ööpäeva eest), kuidas neid isikuid statistiliselt eristada?</b></p>	<p>Lapse hooldamisel majutuspäevade märkimisel peab lapse raviarvel olema kajastatud kaasuv diagnoos Z76.3, mis viitab lapsevanema haiglas viibimisele.</p>
<p><b>Kui pt käib korduvalt EMOs sama probleemiga ja diagnoos on sama, siis kas korduval pöördumisel juhul kui vastuvõttus on sama arst, kas siis panna kordusvisiit (3004)? Uus seadus ütleb, et sama diagnoosi korral ja sama arsti juurde ambulatoorselt pöördudes võib esmast visiiti panna 1x aastas... Juhul kui tuleb samal kuupäeval EMOsse</b></p>	<p>Kui korduval pöördumisel on patsient pöördub sama terviseprobleemiga, siis raviarvele kodeeritakse 3004.</p>

<p>tagasi aga diagnoos muutub (täpsustusb)?</p>	
<p>Kuidas ja mis hinnakirjakoodiga näidata raviarvele voodipäevi juhtudes mis algasid 2016 ja lõpetati 2017.a? Esimene näide: teoreetiline nakkuse haigusjuht mis algas 21. detsembril ja lõppes 11.jaanuaril. 2016.a oli nakkuse voodipäevi koodiga 2006 lubatud 8tk, 2017.a nakkuse voodipäev 2006 ei kehti – tulevad sisevoodipäevad 2065 mida on lubatud 10tk. Kuidas ja mis hulgas näidata raviarvele voodipäevi?</p>	<p>2016. aastal statsionaaris oldud voodipäevad määrgitakse raviarvele vastavalt kehtinud TTL-i tingimustele. Alates 01.01.2017 rakenduvad uued voodipäevade nimetused ja maksimumpäevad. Voodipäevad maksimumpäevade arvestuses (erinevate profiilide kokkuliitmisel) muudatusi ei ole. Näide voodipäevade kodeerimisest on infopäeva eriarstiabi ettekande slaidil 17. Oluline on teadustada, et 2017. aasta DRG ja RJKM ei arvesta, et tegelikkuses kasvab profiilsete voodipäevade kasutus. Näiteks ka kaasajutamise töögruppis tegid haiglate esindajad ettepaneku maksimumpäevade arvu kaotamiseks, sest voodipäevade kasutust piirab nii DRG ja RJKM. Seega ei eeldata, et ravisutused kasutavad alati ära TTL-ga lubatud maksimumpäevade arvu, vaid lähtuvad ravi tegelikust sisust: juhul kui sisuliselt on tegemist järelraviga, peab ravisutus kodeerima ka järelravi voodipäeva.</p>
<p>Teine näide sama nakkuse profiil haigusjuht algas 25. detsembril ja lõppes 5.jaanuaril. Kuidas toimida? Kolmas näide: Sama nakkuse profiiliga juht 21. detsembrist 11. jaanuarini, aga selle aja vältel viibis haige näiteks II astme intensiivravis 25. detsember 2016 kuni 02.jaanuar 2017. Neljas näide: Analoogia aga haige viibis I astme intensiivravis. Kuidas toimida? Kuupäevad ei ole ühegi tegeliku juhu omad vaid valitud näilisele juhule juhusliku profiiliga voodipäeva arvestusest selguse saamiseks. Kuidas toimida?</p>	<p>Intensiivravi voodipäevade arvestuses muudatusi ei ole toimunud.</p>
<p>Kui pt haigusjuht on lõpetamata ja pt. oli tagasi kutsutud uuel aastal, jääb aga tulemata (näiteks uuringule, mida ju ilma visiidita esitada ei saa, selle jaoks jäetigi vanal aastal arve esitamata, et oodata seda uuringut ka ära), siis kuidas vormistada arve lõpetamine? kas detsembri kuupäevaga või kuidagi teisiti? Ja kas selliste arvete esitamiseks tuleb teha mingi õiend?</p>	<p>Raviarve lõpetatakse viimase teenuse osutamise kuupäevaga. Raviarve tasumiseks esitamine 2017. a lepingumahtu vajab halduri kooskõlastust.</p>



<p><b>Eestis on rasedatel õigus tervisekindlustusele. Kui rasedal katkeb raseduse ajal tervisekindlustus, siis miks peab ämmaemand/naistearst jälgima tervisekindlustuse kehtivust, kui Haigekassale on juba esitatud sama isiku eest arve raseduse jälgimise diagnoosiga. Kas Haigekassa saaks automaatselt pikendada kõikide rasedate tervisekindlustust nii, et kogu raseduse ajal oleks kindlustuskaitse olemas?</b></p>	<p>Kahjuks ei ole haigekassal võimalik automaatselt raseda ravikindlustust tekitada, sest selleks puudub seaduslik alus. Vastavalt kehtivale seadusandlusele on kindlustuse tekkimise alusdokument arsti või ämmaemanda tõend raseduse kohta, mille esitab haigekassale isik ise või tema seaduslik esindaja.</p> <p>Dokumendid raseda kindlustuse tekkimiseks on loetletud Sotsiaalministri määruses nr 101 (Vastu võetud 18.08.2004) „Eesti Haigekassas kindlustuskaitse tekkimiseks, lõppemiseks ja peatumiseks vajalike dokumentide loetelu ning nendes sisalduvate andmete koosseis“ §6 lg 1 - arsti või ämmaemanda tõend. Kindlustuse vormistamiseks esitab haigekassale tõendi isik ise või tema seaduslik esindaja (RaKS § 11 lg 1).</p>
<p><b>Koodiga 2065 (sisehaigused) voodipäeva eest võtab haigekassa tasu maksmise kohustuse üle psühhiaatrilise ravi korral maksimaalselt kuni 20 päeva eest ja ebastabiilse remissiooniga patsiendi psühhiaatrilise ravi korral piiramatult. Kuidas toimub voodipäevade summeerimine? Näide: patsient liigub psühhiaatriaosakonnast, kus ta on olnud ravil 15 päeva, üle sisehaiguste osakonda ja lahkub sealt koju. Raviarvele tuleb sisehaiguste põhieriala kood V02.</b></p>	<p>Statsionaaris voodipäevade summeerimise osas muudatusi ei ole tehtud. Erinevatel profiilidel oldud voodipäevad summeeruvad maksimaalse lubatu ulatuses. Kui patseint viibib psühhiaatria lepinguerialal, siis psühhiaatrilisel ravi profiilil on lubatud maksimaalselt 20 voodipäeva, seega sisehaiguste voodipäev x20. Kui asutusel psühhiaatria eriala lepingut ei ole või arved esitatakse sisehaiguste lepingu raames, kasutatakse sisehaiguste voodipäeva maksimumi ehk 10 päeva.</p>
<p><b>Ebaselge on koodi 3111 kasutamine. Kas koodi 3111 kasutatakse ainult raseda esmasel vastuvõtul, mille käigus teostatakse eelpool nimetatud tegevused? Kas imetamisnõustamise korral kasutatakse antud koodi ainult esmase nõustamise korral?</b></p>	<p>Koodi 3111 kasutatakse vastuvõtul, kui vastuvõtu sisuks on raseduse tuvastamine või sünnitusjärgne imetamisnõustamine. Raseduse tuvastamisel tegeleb ämmaemand patsiendiga oluliselt pikemalt ja põhjalikumalt kui järgnevatel vastuvõttudel ning TTL-s nimetatud tegevused peavad olema läbitud ja dokumenteeritud. Imetamisnõustamisel tegeleb ämmaemand nii naise kui vastsündinuga, viies läbi praktilised tegevused, õpetused ja juhendamise ning jälgib, et imiku imetamine on tulemuslik. Juhul kui imetamisnõustamist on vaja korrata samas mahus, siis saab uuesti kodeerida 3111.</p>
<p><b>Kliinikumis on tekkinud küsimus seoses Tervishoiuteenuste loetelu § 63 lõikes 2 määratletud tingimuse osas, kus tuleb lähtuda teenuse tellimusest. Nimelt on laborianalüüse, mida ei tellita laborist, vaid tehakse lihtmetoodikaga statsionaarses osakonnas. Näiteks osakonnas</b></p>	<p>Loetelu ei reguleeri analüüsi teostamise meetodit. Küll peab analüüsi tulemus olema dokumenteeritud.</p>

<p><b>glükomeetriga glükoosisalduse määramine, mida tehakse patsiendile päevas korduvalt. Saadud näit kantakse diabeedipäevikusse. Sellisel juhul nõ tellimust ei ole. Kas sellisel juhul tohib raviarvele kodeerida koodi 66101 <i>Glükoos</i> vastavalt tehtud kordade arvule või kuuluvad lihtmetoodikaga tehtud analüüsid voodipäeva sisse?</b></p>	
<p><b>Kui tegemist on tüsistusega, mis on 6 cm, kas võib sidumist kodeerida (pehmekoe infektsioon).</b></p>	<p>Kui on tegemist ulatuslike kehapiinna defektidega (lamatis, lagunev kasvaja, pehmekoe infektsioon, operatsioonihaava dehistsens, pehmekoe defekt), siis kodeeritakse neid teenuseid ainult sel juhul, kui defekt on 6 cm ja suurem. Kui ravi käigus kehadefekti mõõtmed vähenevad, siis eeldatavalt kulub sidumisel ka vähem aega ja sidumaterjali ning seega ka nende koodide kasutamine ei ole enam põhjendatud. Haava algne seis ja paranemise käik peab olema haigusloos täpselt dokumenteeritud, mõnel juhul on selleks olemas ka vastavad kirjeldavad (graafilised) protokollid. Kui on tekkinud pehmekoe infektsioon, mille korral on koe kahjustus suurem kui 6 cm, siis on lubatud sidumise koodi kasutada. Kui paranemise käigus ala väheneb, siis sidumise koodi enam ei kasutata</p>
<p><b>Kas laste puhul kehtib sidumise rakendustingimuste 6 cm piirang.</b></p>	<p>Sidumise hinna kujundamisel on arvestatud personali (sh. arsti) töö ja materjali kulu, mitte patsiendi vanust. Ulatuslikum koekahjustus vajab suuremat hulka sidumismaterjali ja sidumise protseduuril kulub rohkem aega. Ka varasemalt loetelus olnud teenused ei arvestanud patsiendi vanust vaid koekahjustuse ulatust ja päritolu (nt. põletus, osteomüeliit).</p>
<p><b>Kui on palju väikseid haavasid, mis kokku annavad 6 cm, kas tohib sidumist kodeerida</b></p>	<p>Paljude väikeste haavade olemasolu ei anna ei sisulist ega vormilist vastavust TTL-is seatud tingimustele. Mõlema sidumise teenuse puhul on arvestatud, et tegemist on ulatusliku koekahjustusega, mille sidumisel kulub oluliselt rohkem tööaega ja sidumismaterjali.</p>
<p><b>Kas sidumise korral pikim läbimõõt peab olema 6cm (nt on piklik haav).</b></p>	<p>Koekahjustuse ulatus peab olema ühes mõõdus vähemalt 6 cm ning vastama TTL-s kirjeldatud koekahjustuse etioloogilisele tekkemehhanismile nt. põletus, lamatis, plastkikirurgiline operatsioon jne).</p>
<p><b>Juhul kui operatsioonihaav (6cm) on lahti tulnud, kas võib kodeerida sidumise teenust (operatsioonihaava dehistsents)?</b></p>	<p>Õmblusest lahti tulnud operatsioonihaava korral peab olema dokumenteeritud haava ja kudede seisund, mis viitavad dehistsentsile. Juhul, kui haava seisund on vastav (st. avanenud on nahk ja ka allolevad mitmed koekihid), siis eeldusel, et tegemist on suurema kui 6 cm haavaga, on sidumise kodeerimine lubatud. Mõne lahtitulnud niidi asendamine nahal sidumise protseduuri käigus ei ole</p>

	käsitletav kui operatsioonihaava dehistsents ja koodide 7141, 7142 kasutamine ei ole lubatud.
<b>Kuidas kodeeritakse ühe haigla korpuste vahelise transporti?</b>	Juhul kui on transport ühe teenuseosutaja erinevate korpuste vahel, ei tohi transporditeenust kodeerida.
<b>Kuidas mõista günekoloogia rakendustingimusi, mis sätestavad, et teatud operatsioonid sisaldavad teiste operatsioonide kulusid?</b>	Günekoloogia operatsioonide rakendustingimustes loetletud operatsioone ei tohi raviarvele märkida simultaanidena. Juhul kui samas piirkonnas või samal organil tehakse mitme etapiline operatsioon, siis valitakse raviarvele kodeerimiseks neist see, mis kõige täpsemini kirjeldab kogu tegevuse ulatust.
<b>Kas sidumise koodi 7141 võib arvele kanda ka koduõendusteenust osutades?</b>	Koduõendusteenuse (kood 3026) piirhind sisaldab tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 25 lõike 3 alusel kehtestatud määruses sätestatud koduõendusteenuse hulka kuuluvaid tegevusi koos teenuse osutamiseks vajalike ravimite ja materjalidega, välja arvatud arsti poolt eelnevalt määratud krooniliste haiguste retseptiravimid ja meditsiiniseadme kaardiga määratud meditsiiniseadmed. Seega sidumise teenuse koodiga 7141 kodeerimine õendusteenuse osutamise raviarvel ei ole lubatud.
<b>Kas koodi 7142 võib kasutada koos statsionaarse õendusabi voodipäevaga?</b>	Iseseisva statsionaarse õendusabi (kood 2063) voodipäeva piirhind sisaldab õendustoimingute ja nendega haakuvate hooldustegevuste maksumust ning ravimeid, v.a 7. peatükis sätestatud ravimid. Seega ei ole sidumise teenuste koodi 7142 kasutamine statsionaarses õendusabis lubatud.
<b>Kas KNK-arst ei tohi enam 1 jaanuarist kasutada näo- ja lõualuukirurgia koode?</b>	Näo- ja lõualuukirurgia operatsioonide loetlelus toodud teenuste eest võtab haigekassa tasu maksmise kohustuse üle juhul, kui neid osutab suu-, näo- ja lõualuukirurgia tegevusluba omav tervishoiuteenuse osutaja. Seega juhul, kui asutusel on selle eriala ostumiseks tegevusluba ja pädev personal, on nende operatsioonide kodeerimine lubatud.
<b>Küsimus ikkagi meie reumatoloogia kohta, kui erialaarst on siiski ravijuhu lõpetanud ja suunanud patsiendi tagasi perearsti jälgimisele ja perearst suunab patsiendi uuesti sama diagnoosiga näiteks 5 kuu pärast ning on talle väljastanud uue saatekirja kuna midagi on seisundis muutnud, kas siis on see patsient meie jaoks käsitletav kui esmane haige või ikkagi kui korduv? Diagnoosikood on sama</b>	Kui kroonilise patsiendi viimasest vastuvõtust on möödunud vähem kui 365 päeva ja põhidiagnoos on sama, siis kodeeritakse korduvat vastuvõttu.

**(tegemist krooniliste haigetega), kuid  
tal on perearsti saatekiri**