

RAVI RAHASTAMISE LEPINGU LISATINGIMUSED
eriarstiabis, hambaravis 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. tuberkuloosihaike 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 haike 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.
 - 2.1.2. haike 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 osutamise täiendavalt tervishoiuteenuste loetelu § 26 lõike 7 punktis 5 nimetatule kuni 60 korda 6 kuu jooksul;

2.1.5. II, III ja IIIa astme intensiivravi ning põletushaige I astme intensiivravi teenuse osutamise üle tervishoiuteenuste loetelus sätestatud voodipäevade maksimumarvu;

2.1.6. iseseisva statsionaarse õendusabi teenuse osutamise kestusega üle 60 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 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 ja 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. organsiirdamiste 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, 354R, 355R, 356R, 357R, 358R, 359R, 360R 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, 66619, 66620 või 66621. Raviarvele märgitakse põhieriala kood A15 luuüdi doonorite tüpiseerimise korral või V15 luuüdi kogumise ja siirdamise korral;
- 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;
- 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;
- 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 raviarve, millel kajastuvad järgmised tervishoiuteenuse koodid: 2208K ja/või 2281K. Tervishoiuteenuse osutajale hüvitatakse:
- 1) kindlustatud isikule osutatud Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu kantud kehavälise viljastamise ja embrüo siirdamise tervishoiuteenused;
 - 2) kindlustatud isikule 90 päeva jooksul enne kehavälise viljastamise ja embrüo siirdamise osutatud tervishoiuteenused, mis on osutatud seoses kehavälise viljastamise ja embrüo siirdamisega
- 3.3.13. valmisoleku tasu maksmise korral on ravijuht ühe arstliku eriala ööpäevaringse valmisoleku kohta kvartalis esitatav statsionaarne raviarve, millele märgitakse tervishoiuteenuste loetelu kood 2280K;

- 3.3.14. antiretroviirusravi konsiiliumi töö kvartalis tähistatud tervishoiuteenuse ravijuht on maksimaalselt üks kord kvartalis esitatav statsionaarne raviarve põhierialal V99 teenuse koodiga 2292K;
- 3.3.15. juhul, kui Tervishoiuteenuse osutajal on õigus rakendada tervishoiuteenuste loetelus koodiga 2294K tähistatud teenust „Eriarstiabi ja õendusabi osutamine koos“, lepitakse Tervishoiuteenuse osutajaga selle rakendamise eritingimustes kokku lepingu lisas 19.
- 3.4. Raviarve struktuuriüksusena arve ridade faili struktuuris märgitakse A95, kui tervishoiuteenus on osutatud või selle vajadus on määratud erakorralise meditsiini osakonnas. 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- anesthesioloogi (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 püsiasustusega suursaartele ja suurõnnetuse toimumise kohale. Tervishoiuteenuse osutaja ei määra lendu püsiasustusega väikesaartele, kus vältimatu abi tagatakse Häirekeskuse kaudu kiirabibrigaadi poolt. Kutse korral neile püsiasustusega 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 T0013 „e-konsultatsioonilt ravi üle võtmisega“. 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 loetelu § 74 lõikes 17 nimetatud tervishoiuteenuste osutamisel märgitakse raviarvele lisaks tervishoiuteenuse 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 arenemata või amputatsiooni tõttu).

3.9 Erakorralise meditsiini osakonnas osutatatud 3102 (Õe triaaz erakorralise meditsiini osakonnas) koodiga tervishoiuteenuse osutamisel, tuleb raviarvele märkida lisaks kood vastavalt triaazikategooriale alljärgnevalt:

- 9502 (Punase triaazikategooriaga patsiendi käsitus erakorralise meditsiini osakonnas);
- 9503 (Oranži triaazikategooriaga patsiendi käsitus erakorralise meditsiini osakonnas);
- 9504 (Kollase triaazikategooriaga patsiendi käsitus erakorralise meditsiini osakonnas);
- 9505 (Rohelise ja sinise triaazikategooriaga patsiendi käsitus erakorralise meditsiini osakonnas).

Triaazikategooria peab olema määratud vastavalt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise korra lisas sätestatud juhendile „Juhend triaazi teostamiseks Eesti erakorralise meditsiini osakondades”.

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 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. 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 7034 või 7035 juhul, kui koduõenduse teenuse osutaja rendib patsiendile koduse respiraatorravi ja/või koduse ventilatsiooniravi 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 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 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 ühepoolselt vähendada koefitsiendi rakendamisest tuleneva summa võrra alates koefitsiendi rakendamise kalendrikuule järgnevast kalendrikuust teatades sellest kirjalikult Tervishoiuteenuse osutajale.

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 tervishoiuteenus koodiga 52400 hambaarsti vastuvõtt.
- 5.2. Hambahaiguste ennetustegevuse sisu on järgmine:
 - 5.2.1. hambaarst kontrollib hammaste seisundit ja suuõhne 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 soovitusel 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 ravijuhtu 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 põhierialana A66, raviteenuse 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 üldanesteerias osutatud hambaravi korral kantakse raviarvele põhiala A66, 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 üldanesteerias, 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 § 74 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 põhiala A66, teenuse tüüp 34, tervishoiuteenused vastavalt punktile 5.10.1., haiglaravi tingimustes teenuse osutamisel järelravi voodipäev tervishoiuteenuse kood 2047.

5.11. Teenuste osutamine (sh patsiendi seisundist tulenev teenuste osutamise põhjendus) peab olema dokumenteeritud «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 4² lõike 2 alusel sotsiaalministri määrusega kehtestatud korras.

5.12. Vältimatu hambaravi teenuse valmisoleku tagamine kvartalis pikendatud lahtioleku vältel (kood 2285K) korral on ravijuht kord kvartalis teenuse tüübiga 3 esitatav raviarve, mille põhialaks märgitakse V99 ja teenuseks tervishoiuteenuste loetelu kood 2285K. Teenuse osutamine kajastatakse RRL lisas 5.

5.13 Punktis 3.8 nimetatud koodiga isikute raviarvele kantakse põhiala A66, teenuse tüüp 34.

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 lisa 3 kokkulepitud ravijuhtude arvu ning rahaliste kohustuste summat erijuhtude ja periooditasude lõikes ning erialade osas teenuse tüübiti (ambulatoorne ravi, päevaravi ja statsionaarne).
- 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, millal Tervishoiuteenuse osutaja võib kogu lepinguperioodi jooksul esitada kättesaadavuse tagamiseks põhjendatud taotlusi jooksva perioodi lepingu rahalise lisa muutmiseks on ülikallid juhud, sünnitused, organsiirdamised, luuüdi transplantatsioon, hemodialüüs ja peritoneaaldialüüs. Nende erijuhtude osas jälgitakse lepingu täitmist ning tehakse lepingu rahalise lisa muudatus, lähtudes kindlustatud isikute tegelikust liikumisest tervishoiuteenuse osutajate juurde.
- 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 suurenedada kokku kuni 2%;
 - 6.7.2. päevaravi erialade rahaline kogumaht võib suurenedada kokku kuni 10%;
 - 6.7.3. lisa 3 kokkulepitud rahaliste kohustuste kogusummat ja erialade kogusummat ei või ületada.
- 6.8. Lepingu täitmisel jälgitakse bioloogilise ravi osutamist lepingu lisa 3BR toodud näidustuste ja teenuse koodide lõikes.
- 6.9. 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.
- 6.10. 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 lisa 6 toodud õendusabi liikide osas rahaliste kohustuste summa ja ravijuhtude kõikumist järgmiselt:

- 6.11.1. koduõendusteenuse 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 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.
- 6.13. 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 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.*
- 6.15. 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 § 43⁹ 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 andmeteenuuse vahendamise korda ja teavitama tervishoiuteenuuse osutajat andmeteenuuse vahendamise korra muutmisest vähemalt kolm tööpäeva enne muudatuse rakendamist;
- c) avaldama tervishoiuteenuuse 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) lahendada intsidente ja selgitame intsidendi ilmnmisel 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 tervishoiuteenuuse osutajale;
- k) teavitama tervishoiuteenuuse osutajat viivitamata andmete vahendamise teenuses puuduse avastamisest;
- l) teavitama tervishoiuteenuuse osutajat kõikidest asjaoludest, mis mõjutavad lepinguliste kohustuste täitmist;
- m) teavitama tervishoiuteenuuse osutajat andmete vahendusteenuse kasutamise probleemidest ja asjaoludest, mis mõjutavad või võivad mõjutada tervishoiuteenuuse osutajat oma kohustuste täitmisel, sh teavitab tervishoiuteenuuse osutajat viivitamatult turvaintsidentidest ja nende vahetust ohust;
- n) täitma muid õigusaktides sätestatud täitmise ajal kehtivaid nõudeid.

7.3. Tervishoiuteenuuse osutaja kohustub:

7.3.1. kahtluse korral, et andmeteenuuse vahendaja kasutab vahendatavaid andmeid vääriti teavitama viivitamatult haigekassat, et haigekassa saaks operatiivselt x-teel vahendusteenuse sulgeda;

7.3.2. esitama haigekassa nõudmisel haigekassale andmeteenuuse vahendajaga sõlmitud lepingu kinnitatud koopia;

7.3.3. esitama haigekassa nõudmisel haigekassale punktis 7.2 sätestatud andmeteenuuse vahendaja esitatud sertifitseeritud auditeerija auditi raporti kinnitatud koopia.