

Väljaandja:
Akti liik:
Teksti liik:
Jõustumise kp:
Avaldamismärge:

Tervise- ja tööminister
määrus
algtekst
16.07.2018
RT I, 13.07.2018, 5

Sotsiaalministri 18. septembri 2008. a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord” muutmine

Vastu võetud 05.07.2018 nr 35

Määrus kehtestatakse tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 4¹lõike 2 alusel.

Sotsiaalministri 18. septembri 2008. a määruses nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord” tehakse järgmised muudatused:

1) määruse 1. peatükk sõnastatakse järgmiselt:

„§ 1. Määruse reguleerimisala

(1) Määrusega kehtestatakse tervishoiuteenuse osutamist tõendavate andmete loetelu ning tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ja andmete säilitamise kord, tagades ühtsetest nõuetest lähtuvate andmete talletamise.

(2) Käesolev määrus ei ole kõikehõlmav ega piira tervishoiuteenuse osutajal täiendavate andmete töötlemist, kui see on vajalik tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi tagamiseks.

§ 1¹. Määruse kohaldamisala

Käesoleva määruse nõudeid ei kohaldata proviisori ja farmatseudi tegevuse dokumenteerimisel.

§ 2. Mõisted

Protseduur on käesoleva määruse tähenduses ravivõte.

§ 3. Dokumenteerimine

(1) Tervishoiuteenuse osutajal on kohustus dokumenteerida tervishoiuteenuse osutamine, sealhulgas teenuse osutamine sidevahendite teel, järgides käesolevas määruses sätestatud andmekooseise. Andmed dokumenteeritakse tervishoiuteenuse osutamise päeval või sellele järgneva tööpäeva jooksul, kui käesolevas määruses ei sätestata teisiti.

(2) Andmed dokumenteeritakse eesti keeles, vajaduse korral lisaks ladina keeles.

(3) Andmed dokumenteeritakse loetavalt ja korrektselt. Dokumenteerida tuleb kõik asjaolud, mis omavad tervishoiuteenuse eesmärgist tulenevalt tähtsust.

(4) Tervishoiuteenusest keeldumist tõendab patsiendi sellekohane allkiri. Allkirja andmisest keeldumise korral dokumenteeritakse keeldumine vähemalt kahe tervishoiutöötaja poolt, välja arvatud juhul kui teenuse olemusest tulenevalt osutatakse tervishoiuteenust üksi. Tervishoiuteenusest keeldumise andmeid säilitatakse tervishoiuteenuse osutamist tõendava dokumendi juures.

(5) Tervishoiuteenuse osutamise käigus kogutud andmeid, sealhulgas eriliiki isikuandmeid, töödeldakse õigusaktides sätestatud korras, tagades andmete kaitsetuse.”;

2) paragrahvi 4 lõiget 1 täiendatakse punktiga 4¹ järgmises sõnastuses:

„4¹) saatekirja vastus.”;

3)paragrahvi 4 lõiget 1 täiendatakse punktidega 19–21 järgmises sõnastuses;

„19) surmateatis,
20) surma põhjuse teatis,
21) perinataalsurma põhjuse teatis.”;

4)määruse 4. jagu sõnastatakse järgmiselt:

„4. jagu Saatekiri ja saatekirja vastus

§ 29. Saatekiri, selle koostamine ja edastamine

(1) Saatekiri on tervishoiuteenuse osutamise käigus tervishoiutöötaja otsuse alusel vormistatav dokument või andmete kogum, mis on aluseks patsiendi saatmisel uuringule, protseduurile, lahangule või ambulatoorsele või statsionaarsele tervishoiuteenust saama ning patsiendilt võetud proovimaterjali edastamisel uuringuks või analüüsiks ja patsiendi terviseandmete edastamisel e-konsultatsiooniks, arvestades käesolevas paragrahvis nimetatud piirangutega.

(2) Õde koostab saatekirja üksnes järgmistel juhtudel:

- 1) iseseisvas õendusabis võib õde lähtuvalt teenuse sisust vormistada saatekirja arsti vastuvõtule patsiendi seisundi hindamiseks varem määratud ravi- ja/või uuringuplaani ümberhindamiseks, laboriuuringute tegemiseks või proovimaterjali saatmiseks laborisse;
- 2) ambulatoorses eriarstiasis võib õde lähtuvalt teenuse sisust vormistada saatekirja patsiendi tagasisuunamiseks raviarsti vastuvõtule patsiendi seisundi hindamiseks varem määratud ravi- ja/või uuringuplaani ümberhindamiseks, laboriuuringute tegemiseks või proovimaterjali saatmiseks laborisse;
- 3) üldarstiasis võib õde lähtuvalt teenuse sisust vormistada saatekirja laboriuuringute tegemiseks või proovimaterjali saatmiseks laborisse.

(3) Iseseisvas ämmaemandusabis vormistab ämmaemand saatekirja lähtuvalt teenuse sisust üksnes juhul, kui patsient suunatakse arsti vastuvõtule patsiendi seisundi hindamiseks varem määratud ravi- ja/või uuringuplaani ümberhindamiseks, laboriuuringute tegemiseks või proovimaterjali saatmiseks laborisse ning uuringutele saatmiseks vastavalt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 26²lõike 3 alusel sätestatud teenuse osutamise tingimustel ja korras.

(4) Vajaduse korral võib saatekirja kasutada informatsiooni edastamiseks ka juhul, kui patsiendile on antud suunis pöörduda erakorralise meditsiini osakonda.

(5) Saatekiri koostatakse elektrooniliselt, välja arvatud saatekiri patoanoomilisele lahangule. Kui isikul puudub kehtiv identifitseeriv tunnus, väljastatakse patsiendile elektrooniliselt koostatud saatekirja väljatrükk. Kui saatekirja ei ole ajutiselt võimalik objektiivsel põhjusel elektrooniliselt koostada, koostatakse saatekiri paberil ja tehakse vastav märge selle väljastamise kohta.

(6) Saatekiri kinnitatakse saatekirja koostaja allkirjaga. Elektroonilise dokumendi puhul võib digitaalse allkirjastamise asendada asutuse digitaalse templiga, kui on eristatav selle koostanud isik.

(7) Saatekiri, välja arvatud saatekiri patoanoomilisele lahangule, edastatakse tervise infosüsteemi. Kui saatekirja ei ole ajutiselt võimalik objektiivsel põhjusel tervise infosüsteemi edastada, tehakse seda esimesel võimalusel alates põhjuse äralangemisest.

(8) Paberil väljastatud saatekiri peab sõltuvalt teenuse eripärast kajastama vähemalt käesoleva määruse § 30 lõigetes 1, 3 ja 4 sätestatud andmeid ja teisi teenusega seotud olulisi andmeid.

(9) Saatekiri ei ole nõutav, kui statsionaarsele tervishoiuteenusele suunamine toimub vältimatu abi korras sama ravi-asutuse sees.

(10) Patoanoomilisele lahangule saatmisel kohaldatakse käesoleva määruse 10. jao sätteid.

§ 30. Saatekirja andmekoosseis ja nõuetekohane täitmine

(1) Saatekirjaga ambulatoorsele vastuvõtule, haiglaravile, õendusabi saama või e-konsultatsioonile (edaspidi *teenus*) saatmisel on kohustuslik saatekirjale märkida:

- 1) patsiendi üldandmed (ees- ja perekonnanimi, isikukood, sünniaeg, sugu ja kontaktandmed);
- 2) saatekirja koostaja andmed (asutuse ja tervishoiutöötaja andmed);
- 3) saatekirja üldandmed, sealhulgas saatekirja unikaalne kood, saatekirja kinnitamise aeg, saatekirja kehtivuse algus- ja lõppkuupäev, arvestades patsiendi tervise seisundit ja teenuse olemust;
- 4) anamneesi andmed;
- 5) diagnoosi andmed;
- 6) teenuse nimetus, kuhu isik saadetakse, sealhulgas saatmise eesmärk ja aegkriitilisus;
- 7) e-konsultatsiooni ositava tervishoiuteenuse osutaja andmed (asutuse andmed).

(2) Saatekirjale märgitakse lisaks käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud andmetele teenuse eripärast tulenevad andmed:

- 1) selle tervishoiuteenuse osutaja andmed, kelle juurde patsient suunatakse;
- 2) objektiivne leid;
- 3) varasemad uuringud, sealhulgas varasemad operatsioonid;
- 4) allergiad ja ravimiskeem;
- 5) patsiendi kontaktisiku ja/või esindaja andmed (seos patsiendiga, ees- ja perekonnanimi, kontaktandmed);
- 6) muud teenuse osutamiseks vajalikud andmed.

(3) Iseseisvale statsionaarsele õendusabile ja koduõendusteenusele saatmisel on lisaks käesoleva paragrahvi lõigetes 1 ja 2 nimetatud andmetele kohustuslik märkida järgmised andmed:

- 1) raviprotseduuride teostamise vajadus ja sagedus;
- 2) patsiendi nõustamise vajadus;
- 3) terviseseisundi dünaamikas jälgimise vajadus ja sagedus;
- 4) haiguspuhuste õendustoimingute vajadus ja sagedus.

(4) Uuringule saatmisel on kohustuslik saatekirjale märkida:

- 1) patsiendi üldandmed (ees- ja perekonnanimi, isikukood, sünniaeg, sugu ja kontaktandmed);
- 2) saatekirja koostaja ja/või uuringu tellija andmed;
- 3) saatekirja üldandmed (dokumendi unikaalne kood, saatekirja kinnitamise aeg);
- 4) anamnees ja terviseseisundi andmed;
- 5) uuringule suunamise andmed (uuringu nimetus, selle tervishoiuteenuse osutaja andmed, kelle juurde patsient või proovimaterjal suunatakse, saatmise eesmärk).

(5) Saatekirjale märgitakse lisaks käesoleva paragrahvi lõikes 4 nimetatud andmetele uuringu eripärast tulenevad andmed:

- 1) diagnoosi andmed;
- 2) varem tehtud uuringud;
- 3) proovinõu, proovimaterjali ja proovi võtmise andmed, sealhulgas proovimaterjali võtmise aeg, proovinõu või uuringu identifikaator, proovimaterjali tüüp, proovinõu tüüp, uuringu paige, uuringumaterjali fikseerimise viis (10%-line formaliin, erifiksaator, fikseerimata);
- 4) patomorfoloogilise kiiruuringu andmed, vajaduse korral ka opereeriva arsti ees- ja perekonnanimi ning telefoninumber;
- 5) muud uuringu tegemiseks vajalikud andmed, sealhulgas proovimaterjali võtmise meetod ja operatsiooni nimetus.

(6) Saatekirja juurde kuuluv proovimaterjal märgistatakse proovinõu või uuringu identifikaatoriga.

(7) Saatekirja täpsem andmekoosseis lähtuvalt teenuse eripärast on sätestatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõike 2 alusel kehtestatud määruises.

(8) Tervishoiuteenuse osutajal on õigus nõuda mittenõuetekohase saatekirja koostajalt selle täiendamist. Saatekirja koostajal on kohustus saatekirja vastavalt täiendada. Saatekirja täiendamise nõue ei või takistada patsiendile tervishoiuteenuse osutamist.

§ 31. Saatekirja vastuseks antav dokument, selle koostamine ja edastamine

(1) Saatekirja vastus on tervishoiuteenuse osutamise käigus vormistatav dokument või andmete kogum, mis on vastuseks käesoleva määruse §-s 29 nimetatud toimingutele või patoanatoomilisele lahangule.

(2) Ambulatoorse või statsionaarse tervishoiuteenuse korral on saatekirja vastuseks antav dokument epikriis, mis on koostatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõike 2 kohaselt, välja arvatud käesoleva määruse §-s 97 nimetatud lahangu protokollil väljavõtte kanded.

(3) E-konsultatsioonile, uuringule ja protseduurile suunamise korral on saatekirja vastuseks käesoleva määruse §-s 32 nimetatud andmekoosseisuga dokument. Patoanatoomilise lahangu saatekirja vastus koostatakse käesoleva määruse §-s 95 sätestatud korras.

(4) Saatekirja vastus koostatakse elektrooniliselt. Kui isikul puudub kehtiv identifitseeriv tunnus, väljastatakse patsiendile koostatud saatekirja vastuse väljatrukk. Kui saatekirja vastust ei ole ajutiselt võimalik objektiivsel põhjusel elektrooniliselt koostada, koostatakse saatekirja vastus paberil ja tehakse vastav märges selle väljastamise kohta.

(5) Saatekirja vastus kinnitatakse koostaja allkirjaga. Elektroonilise dokumendi puhul võib digitaalset allkirjastamist asendada asutuse digitaalse templiga, kui on eristatav selle koostanud isik.

(6) Saatekirja vastus, välja arvatud patoanatomilise lahangu protokollil väljavõte, edastatakse tervise infosüsteemi. Kui saatekirja vastust ei ole ajutiselt võimalik objektiivsel põhjusel tervise infosüsteemi edastada, tehakse seda esimesel võimalusel alates põhjuse äralangemisest.

(7) Paberil väljastatud saatekirja vastus peab kajastama vähemalt käesoleva määruse § 32 lõikes 1 sätestatud andmeid ja teisi olulisi andmeid, arvestades osutatud teenuse eripära ja olemust. Patoanatomilise lahangu protokollil väljavõte peab kajastama käesoleva määruse §-s 97 sätestatud.

§ 32. Saatekirja vastuse andmekoosseis

(1) Saatekirja vastus vormistatakse järgmises andmekoosseisus, arvestades osutatud teenuse eripära ja olemust:

- 1) patsiendi üldandmed (ees- ja perekonnanimi, isikukood, sünniaeg, sugu ja kontaktandmed);
- 2) saatekirja koostaja andmed (tervishoiuasutuse ja tervishoiutöötaja andmed);
- 3) saatekirja unikaalne kood;
- 4) saatekirja vastuse koostaja andmed (tervishoiuasutuse ja tervishoiutöötaja andmed);
- 5) saatekirja vastuse üldandmed (unikaalne kood, kinnitamise aeg);
- 6) teenuse osutamise kuupäev;
- 7) tehtud uuringu tulemuse ja/või teenuseosutaja otsuse andmed;
- 8) uuringu tegija ja/või hindaja andmed (asutuse ja tervishoiutöötaja andmed).

(2) Saatekirja vastusele märgitakse lisaks käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud andmetele teenuse eripärast tulenevad andmed:

- 1) laboriuuringu puhul referentsväärtus või otsustuspiir ja võimaluse korral tulemuse tõlgendus;
- 2) labori- ja patomorfoloogilise uuringu proovimaterjali andmed, sealhulgas proovimaterjali võtmise aeg, proovimaterjali tüüp, proovinõu või uuringu identifikaator, proovimaterjali adekvaatsuse hinnang;
- 3) patomorfoloogilise uuringu puhul vajaduse korral patoloogi soovitud diagnoosi täpsustamiseks ja lisauuringuteks;
- 4) muud teenuse osutamiseks vajalikud andmed.

(3) E-konsultatsioonile, uuringule ja protseduurile suunamisel antava saatekirja vastuse täpsem andmekoosseis on sätestatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõike 2 alusel kehtestatud määruises.

§ 32¹. Saatekirja ja saatekirja vastuse säilitamine

Tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemis säilitatakse saatekirja ja saatekirja vastust viis aastat alates andmete kinnitamisest.”;

5)paragrahvi 37 lõike 8 punkt 6 sõnastatakse järgmiselt:

„6) surmaga, märkides surmaaja.”;

6)paragrahvi 40 punkt 10 tunnistatakse kehtetuks;

7)paragrahvi 73¹lõike 3 teine lause sõnastatakse järgmiselt:

„Paberkandjal kiirabikaart vormistatakse isekopeeruva paberil vastavalt käesoleva määruse lisas 29 toodud andmekoosseisule ning surmateatis vastavalt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõikes 2 sätestatud andmekoosseisule.”;

8)paragrahvi 73¹lõike 6 punkt 5 sõnastatakse järgmiselt:

„5) surmaandmed (kuupäev ja kellaeg).”;

9)paragrahvi 74 lõike 1 teine lause sõnastatakse järgmiselt:

„Kiirabibrigaadi pidaja säilitab paberkandjal vormistatud kiirabikaarti ja elustamiskaarti viis ning surmateatist kümme aastat alates andmete kinnitamisest.”;

10)paragrahvi 74 lõiget 2 täiendatakse kolmanda lausega järgmiselt:

„Paberil vormistatud surmateatise koopia on väljavõtteks perearstile.”;

11)paragrahvid 84–86 tunnistatakse kehtetuks;

12)paragrahv 87 sõnastatakse järgmiselt:

„§ 87. Uuringu vastuse aluseks oleva proovi säilitamine

Elupuhuse patomorfoloogilise uuringu tegemiseks võetud terviseandmeid sisaldavat koeproovi säilitatakse lähtuvalt tervishoiuteenuse osutamise vajadusest, kuid mitte kauem kui 30 aastat andmete kinnitamisest.”;

13)paragrahv 88 tunnistatakse kehtetuks;

14)määrust täiendatakse 9¹.–9³. jaoga järgmises sõnastuses:

„9¹. jagu Surmateatis

§ 88¹. Surmateatis

Surmateatis on surma põhjuse tuvastamise seaduse alusel surma fakti tõendav andmete dokument või selle osa, mis vormistatakse kohe pärast surma fakti tuvastamist ja mis on aluseks surma registreerimiseks rahvastikuregistris.

§ 88². Surmateatise vormistamine

- (1) Surmateatise koostab surma tuvastanud arst, õde või kiirabibrigaadi juht.
- (2) Surmateatis vormistatakse elektrooniliselt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõike 2 alusel sätestatud andmekoosseisus.
- (3) Surmateatise võib vormistada paberil, kui objektiivsel põhjusel ei ole võimalik tervise infosüsteemi kasutada.

§ 88³. Surmateatise säilitamine

Surmateatise vormistanud tervishoiuteenuse osutaja säilitab paberil vormistatud surmateatist kümme aastat alates selle kinnitamisest.

9². jagu Surma põhjuse teatis

§ 88⁴. Surma põhjuse teatis

Surma põhjuse teatis on surma põhjuse tuvastamise seaduse alusel surma põhjust kirjeldav dokument, mis vormistatakse pärast surma põhjuse tuvastamist.

§ 88⁵. Surma põhjuse teatise vormistamine

- (1) Surma põhjuse teatise koostab surma põhjuse tuvastanud arst, patoloog või kohtuarst.
- (2) Surma põhjuse teatis vormistatakse elektrooniliselt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59²lõike 2 alusel sätestatud andmekoosseisus.
- (3) Surma põhjuse teatise võib vormistada paberil, kui objektiivsel põhjusel ei ole võimalik tervise infosüsteemi kasutada.

§ 88⁶. Surma põhjuse teatise säilitamine

Surma põhjuse teatise vormistanud tervishoiuteenuse osutaja säilitab paberil vormistatud surma põhjuse teatist kümme aastat alates selle kinnitamisest.

9³. jagu Perinataalsurma põhjuse teatis

§ 88⁷. Perinataalsurma põhjuse teatis

Perinataalsurma põhjuse teatis on surma põhjuse tuvastamise seaduse alusel perinataalsurma põhjust kirjeldav dokument, mis vormistatakse pärast surma põhjuse tuvastamist.

§ 88⁸. Perinataalsurma põhjuse teatise vormistamine

- (1) Perinataalsurma põhjuse teatise koostab surma põhjuse tuvastanud arst, patoloog või kohtuarst.

(2) Perinataalsurma põhjuse teatis vormistatakse elektrooniliselt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59² lõike 2 alusel sätestatud andmekoosseisus.

(3) Perinataalsurma põhjuse teatise võib vormistada paberil, kui objektiivsel põhjusel ei ole võimalik tervise infosüsteemi kasutada.

§ 88⁹. Perinataalsurma põhjuse teatise säilitamine

Perinataalsurma põhjuse teatise vormistanud tervishoiuteenuse osutaja säilitab paberil vormistatud perinataalsurma põhjuse teatist kümme aastat alates selle kinnitamisest.”;

15) paragrahvi 89 lõige 2 tunnistatakse kehtetuks;

16) paragrahvi 89 lõikes 3 asendatakse sõnad „arstliku surmatõendi” sõnaga „surmateatise”;

17) paragrahvi 91 täiendatakse punktiga 4¹ järgmises sõnastuses:

„4¹) suremispaik;”;

18) paragrahvi 91 punkt 5 sõnastatakse järgmiselt:

„5) arvatav surma põhjus;”;

19) paragrahvi 92 lõige 2 tunnistatakse kehtetuks;

20) paragrahv 93 sõnastatakse järgmiselt:

„Lahangu protokollid andmeid säilitatakse 30 aastat andmete kinnitamisest.”;

21) paragrahvi 94 punkt 12 sõnastatakse järgmiselt:

„12) lahangul võetud koeproovide histoloogilise uuringu kirjeldus;”;

22) paragrahvi 94 punkt 15 sõnastatakse järgmiselt:

„15) haigusest tekitatud muutused kehas, nende tekkepõhjused ja -mehhanismid ning vahetu surmapõhjus;”;

23) paragrahvi 94 punktis 16 ja § 97 punktis 3 asendatakse sõnad „arstliku surmatõendi” sõnadega „surma põhjuse teatise”;

24) paragrahvi 97 punkt 2 sõnastatakse järgmiselt:

„2) haigusest tekitatud muutused kehas, nende tekkepõhjused ja -mehhanismid ning vahetu surmapõhjus;”;

25) paragrahvi 106⁸ lõikes 4 asendatakse sõnad „hooldusravi tervishoiuteenuse” sõnadega „iseseisva statsionaarse õendusabi”;

26) määruse 4. peatükki täiendatakse §-ga 106¹⁷ järgmises sõnastuses:

„§ 106¹⁷. Üleminekusätted

(1) Saatekirjana on käsitatav kuni 2019. aasta 1. juulini ka epikriis, mis väljastatakse asutusesisesel suunamisel ambulatoorselt ravilt ambulatoorsele ravile ning mis sisaldab teisele tervishoiutöötajale selgelt eristatavaid suuniseid ja soovitusi patsiendi edasiseks käsitluseks.

(2) Saatekirjana on käsitatav kuni 2020. aasta 1. jaanuarini ka epikriis, mis väljastatakse asutusesisesel suunamisel ambulatoorselt ravilt statsionaarsele ravile ning mis sisaldab teisele tervishoiutöötajale selgelt eristatavaid suuniseid ja soovitusi patsiendi edasiseks käsitluseks.

(3) Saatekiri, millel puudub kehtivusaeg, ei ole kasutatav viie aasta möödudes selle kinnitamisest.”;

27) määruse lisad 13 ja 14 tunnistatakse kehtetuks.

Riina Sikkut
Tervise- ja tööminister

Marika Priske
Kantsler