

ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal

ERGO kriitiliste haiguste kindlustuse tingimused



Hea klient!

Kriitiliste haiguste kindlustuse tingimustes selgitame põhimõtteid, millest juhindume Teile teenuse osutamisel. Kriitiliste haiguste kindlustust on võimalik valida ERGO elukindlustuse lepingu sõlmimisel juurde lisakindlustusena, kui olete valinud ühe või mõlemad järgmistest põhikindlustustest: elukindlustus, õnnetusjuhtumikindlustus.

Lisaks käesolevatele tingimustele kehtivad meie ja Teie vahelises suhtes ka ERGO elukindlustusteenuste üldtingimused. Kui käesolevate tingimuste ja üldtingimuste vahel peaks esinema vastuolusid, siis lähtume käesolevatest tingimustest.

Kõik tingimused leiate meie veebilehelt: www.ergo.ee

See, millised tingimused konkreetse teenuse ja kindlustuslepingu suhtes kehtivad, on märgitud kindlustuspoliisil.

Palun võtke aega süvenemiseks ja lugege kindlustustingimused läbi. Küsimuste puhul palun võtke meiega ühendust info@ergo.ee

Meil on hea meel Teile abiks olla.

Sisukord

1.	Keda kindlustame	3
2.	Mida kindlustus katab	3
3.	Millistele juhtumitele kindlustuskaitse ei laiene (välistused)	3
4.	Mida teha kindlustusjuhtumi korral	4
5.	Millised on hüvitamise põhimõtted	4
6.	Kriitiliste haiguste ja diagnostiliste kriteeriumide loend	4

1. Keda kindlustame

- 1.1 Kindlustatud isik on kindlustuslepingus nimeliselt määratud füüsiline isik (edaspidi ka Teie). Kindlustatud isiku vanus lepingu sõlmimisel saab olla 18-64 eluaastat. Kindlustatud isiku vanus lepingus saab olla 18 kuni 69 eluaastat.
- 1.2 Soodustatud isik on kindlustatud isik.

2. Mida kindlustus katab

- 2.1 Kindlustusjuhtumiks loeme kindlustatud isiku meditsiiniliselt tõendatud kriitilist haigust, mis sisaldub poliisil märgitud kindlustusvariandis ning mis vastab punktis 6.2 kirjeldatud kriitiliste haiguste diagnoosimise kriteeriumidele. Haiguste loend, mida loeme kriitiliseks haiguseks, on toodud siinsete kindlustustingimuste punktis 6.1.
- 2.2 Kindlustusjuhtumi korral maksame soodustatud isikule kindlustuslepingus kokku lepitud kindlustussumma.
- 2.3 Kindlustuspoliisile märgime, milline kriitiliste haiguste kindlustusvariant kehtib kindlustatud isiku suhtes. Teil on võimalik valida kahe kindlustusvariandi vahel:
 - 2.3.1 **kolme kriitilise haiguse kindlustus**, mille puhul hõlmab kindlustuskaitse üksnes järgmiste haiguste diagnoosimist: müokardiinfarkt, insult ja hulgiskleroos;
 - 2.3.2 **kolmekümne kaheksa kriitilise haiguse kindlustus**, mille puhul hõlmab kindlustuskaitse kõikide punktis 6.1 nimetatud haiguste diagnoosimist.
- 2.4 Kindlustusleping kehtib kogu maailmas. Kindlustuskaitse kehtib tähtajaliselt kuni selle kalendrikuu lõpuni, mil kindlustatud isikul täitub 70 eluaastat.

3. Millistele juhtumitele kindlustuskaitse ei laiene (välistused)

- 3.1 Kindlustushüvitist me ei maksa järgmistel juhtudel:
 - 3.1.1 juhtumid, millele ei laiene kindlustuskaitse vastavalt meie elukindlustusteenuste üldtingimustele (üldised välistused);
 - 3.1.2 diagnoos ei vasta kõigile kriitilise haiguse diagnoosimise nõuetele, mis on loetletud siinsete kindlustustingimuste punktis 6.2, sh vastava haiguse juures kirjeldatud juhtumid, millele kindlustuskaitse ei laiene;
 - 3.1.3 kriitiline haigus diagnoositi esimese kolme kuu jooksul alates kriitilise haiguse kindlustuskaitse kehtivuse alguskuupäevast, mis on märgitud kindlustuspoliisile;
 - 3.1.4 kriitilise haiguse põhjustas kindlustatud isiku tahtlik kehavigastus või tema enesetapukatse;
 - 3.1.5 kriitilise haiguse põhjuseks on kindlustatud isiku tegelemine profispordi ja/või ekstreemspordiga, välja arvatud juhul, kui oleme Teiega kindlustuslepingus kokku leppinud teisiti;
 - 3.1.6 kriitiline haigus põhjustas kindlustatud isiku surma ühe kuu jooksul alates kriitilise haiguse diagnoosimise päevast.
- 3.2 Kindlustushüvitist me ei maksa, kui kriitiline haigus tekkis põhjusel, mis ilmnis ajal, mil kindlustuskaitse ei kehtinud. Kui kindlustuskaitse peatati või lõpetati, hakkab see kriitiliste haiguste kindlustusjuhtumite suhtes uuesti kehtima kolm kuud pärast kindlustuskaitse taastamise kuupäeva.
- 3.3 Kriitiliste haiguste kindlustus ei kehti, kui:
 - 3.3.1 kindlustatud isikul on kaasasündinud haigus või puue, mis on põhjuslikus seoses kriitilise haiguse diagnoosiga;
 - 3.3.2 kindlustatud isikul on AIDS või kes on HI-viiruse kandjad;
 - 3.3.3 kindlustatud isik põeb ateroskleroosi, diabeeti, kroonilisi raskekujulisi vere-, maksa-, neeru- või kopsuhaigusi

- 3.3.4 kindlustatud isik on vaimuhaige või tal on krooniline raskekujuline neuroloogiline häire;
- 3.3.5 juhtum on põhjuslikus seoses alkoholi, uimastite, toksiliste või narkootiliste ainete või arsti poolt mittemääratud ravimite tarvitamisega;
- 3.3.6 kindlustatud isik on viidud üle eriharidusasutusse või täidab vabaduskaotuslikku karistust või peab kasutama kohustuslikke meditsiiniabivahendeid.

4. Mida teha kindlustusjuhtumi korral

- 4.1 Teavitage meid kriitilise haiguse diagnoosist viivitamata, kuid mitte hiljem kui 30 päeva haiguse diagnoosimisest, ning esitage meile järgmised andmed:
 - 4.1.1 hüvitistaotlus;
 - 4.1.2 Teie isikut tõendav dokument;
 - 4.1.3 Teie kriitilist haigust tõendavad meditsiinilised dokumendid: haiguslugu haiguse diagnoosi, selle kulgemise, testide, ravi ja tehtud operatsioonide kohta;
 - 4.1.4 muud meie nõutud dokumendid, mis on olulised kindlustusjuhtumi asjaolude kindlakstegemiseks.
- 4.2 Meil on õigus suunata Teid väljamakse kohustuse kindlakstegemiseks meditsiinilisele lisauuringule või arstlikule läbivaatusele.
- 4.3 Meil on õigus küsida lisateavet kindlustusjuhtumi tuvastamiseks Teid ravinud arstidelt ja raviasutustelt.

5. Millised on hüvitamise põhimõtted

- 5.1 Kindlustusjuhtumi korral maksame välja kindlustatud isiku kriitilise haiguse kindlustussumma ühekordse maksena.
- 5.2 Iga kindlustatud isiku kindlustussumma maksame välja ainult ühe korra, olenemata kriitiliste haiguste arvust või nende kordumisest. Kogu kindlustussumma väljamaksmise järel kindlustuskaitse lõpeb.
- 5.3 Kui olete kriitiliste haiguste kindlustussummat suurendanud ja kindlustatud isikul diagnoositakse kriitiline haigus esimese kolme kuu jooksul alates kindlustussumma suurendamise kuupäevast, maksame välja kriitiliste haiguste kindlustushüvitise summas, mis vastab enne suurendamist kehtinud kindlustussummale.

6. Kriitiliste haiguste ja diagnostiliste kriteeriumide loend

6.1 Kriitiliste haiguste loend:

- Müokardiinfarkt
- Insult
- Hulgiskleroos
- Pärgarteri šunteerimine
- Krooniline neeruhaigus
- Olulise elundi, liitkoe või luuüdi siirdamine
- Südameklapi operatsioon
- Aordi operatsioon
- Jäsemete halvatus
- Sügav nägemiskaotus
- Kurtus
- Kõnevõime kaotus
- Alzheimeri tõbi

- Püsiv vegetatiivne seisund
- Aplastiline aneemia
- Healoomuline ajukasvaja
- Esmane kardiomiopaatia
- Raske maksahaigus
- Krooniline kopsuhaigus
- Kooma
- Sporaadiline Creutzfeldti-Jakobi tõbi
- Äge viirusentsefaliit
- Fulminantne viirushepatiit
- Raske peatrauma
- HIV-nakkus veretoodete ülekandmise tõttu
- HIV-nakkus, mis on saadud tööl vastavas ametis
- Jäsemete kaotus
- Kolmanda astme põletused
- Motoorse neuroni haigus
- Bakteriaalne meningiit
- Lihasdüstroofia
- Esmane pulmonaalhüpertensioon
- Idiopaatiline Parkinsoni tõbi
- Süsteemne sklerosis (skleroderma)
- Süsteemne erütematoosluupus
- Krooniline kõhunäärme põletik
- Raske reumatoidartriit
- Nekrotiseeriv fastsiit.

6.2 Kriitiliste haiguste diagnostiliste kriteeriumide loend:

6.2.1 Müokardiinfarkt

Müokardiinfarkt on südamekoe surm verevoolu pikaajalise obstruktsiooni tõttu. Selle määratluse alusel näitab müokardiinfarkti südame biomarkerite (troponiin või CKMB) sisalduse suurenemine ja/või vähenemine väärtusteni, mida peetakse diagnostilisteks müokardiinfarkti jaoks, koos vähemalt kahe järgmise kriteeriumiga:

- isheemia sümptomid (nagu rinnavalv);
- elektrokardiogrammi (EKG) muutused, mis viitavad uuele isheemiale (uued ST-T muutused või uus Hisi kimbu vasaku sääre blokaad);
- patoloogiliste Q-sakkide teke EKG-s.

Diagnoos peab olema kardioloogi kinnitatud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- äge koronaarsündroom (stabiilne või ebastabiilne stenokardia);
- troponiinisalduse suurenemine ilma nähtava südame isheemiatõveteta (nt müokardiit, südame tipu ümardumine, südamepõrutus, kopsuemboolia, ravimite toksilisus);
- müokardiinfarkt normaalsete pärgarteritega või põhjustatud pärgarterite vasospasmi, müokardi sildamise või ravimite/narkootikumide kuritarvitamise poolt;
- müokardiinfarkt, mis tekib 14 päeva jooksul pärast koronaarangioplastikat või šunteerimist.

6.2.2 **Insult**

Ajukoe surm ägeda tserebrovaskulaarse sündmuse tõttu, mille põhjuseks on koljusisene tromboos või verejooks (sealhulgas subarahnoidaalne hemorraagia) või ekstrakraniaalsest allikast pärit emboolia, mille korral esinevad:

- uute neuroloogiliste sümptomite äge algus;
- uued objektiivsed neuroloogilised defitsiidid¹ kliinisel läbivaatusel.

Neuroloogiline defitsiit peab püsima üle kolme kuu pärast diagnoosimise kuupäeva. Diagnoos peab olema neuroloog kinnitatud ja seda peavad toetama piltuuringute leiud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- transitoorne isheemiline atakk (TIA) ja pikaajaline pöörduv isheemiline neuroloogiline defitsiit (PRIND);
- ajukoe või -veresoonte traumaatiline vigastus;
- neuroloogilised defitsiidid üldise hüpoksia, infektsiooni, põletikulise haiguse, migreeni või meditsiinilise sekkumise tõttu;
- juhuslikud leiud piltuuringutel (KT- või MRT-uuring) ilma selgelt seotud kliiniliste sümptomiteta (vaikne insult);
- nägemisnärv või võrkkesta või vestibulaarorgani koe surm.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- KT- või MRT-uuringutel või muude pildiagnostika meetoditega nähtud kõrvalekalded ilma selgete seotud kliiniliste sümptomiteta;
- neuroloogilised nähud, mis esinevad ilma sümptomaatilise kõrvalekaldeta, nt refleksiidid ilma muude sümptomiteta;
- psühholoogilise või psühhiaatrilise päritoluga sümptomid.

6.2.3 **Hulgiskleroos**

Hulgiskleroosi selge diagnoos peab olema neuroloogi kinnitatud ja seda peavad toetama kõik järgmised kriteeriumid:

- olemasolev motoorse või sensoorse funktsiooni kliiniline häire peab olema esinenud pidevalt vähemalt kuue kuu jooksul;
- magnetresonantstomograafia (MRT) näitab vähemalt kaht hulgiskleroosile iseloomulikku demüelinisatsioonikahjustust pea- või seljaajus.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- võimalik hulgiskleroos ja neuroloogiliselt või radioloogiliselt isoleeritud sündroomid, mis viitavad hulgiskleroosile, kuid ei ole selle jaoks diagnostilised;
- isoleeritud nägemisnärvide neuriit ja neuromyelitis optica.

6.2.4 **Pärgarteri šunteerimine**

Südameoperatsioon kahe või enama pärgarteri ahenemise või ummistuse korrigeerimiseks šuntidega. Kaetud on südameoperatsioon täieliku sternotoomiaga (rinnakuluu vertikaalse lahtilõikamisega) ja minimaalselt invasiivsed protseduurid (osaline sternotoomia või torakotomia). Kardioloog või südamekirurg peavad pidama operatsiooni meditsiiniliselt vajalikuks ja seda peavad toetama koronaarangiogrammi leiud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- pärgarteri šunteerimine ühe pärgarteri ahenemise või ummistuse raviks;
- koronaarangioplastika või stendi paigaldus.

6.2.5 Krooniline neeruhaigus

Krooniline ja pöördumatu mõlema neeru puudulikkus, mille tulemusena alustatakse hemodialüüsi või peritoneaaldialüüsi või tehakse neerusiirdamine. Dialüüs peab olema meditsiiniliselt vajalik ja nefroloogi kinnitatud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- äge pöörduv neerupuudulikkus ajutise neerudialüüsiga.

6.2.6 Olulise elundi, liitkoe või luuüdi siirdamine

Kindlustatud isik peab olema ühe või enama järgneva allograft- või isograft-siiriku retsipient:

- süda;
- neer;
- maks (sealhulgas jagatud maksa ja elusdoonori maksa siirdamine);
- kops (sealhulgas elusdoonori kopsusagara siirdamine või ühe kopsu siirdamine);
- luuüdi (allogeenne hematopoeetiliste tüvirakkude siirdamine, millele eelneb totaalne luuüdi ablatsioon);
- peensool;
- kõhunääre.

See määratlus katab ka osalise või täieliku näo, labakäe, käsivarre ja jala siirdamise (liitkoe allografti siirdamine). Siirdamiseni viinud seisund peab olema ravimatu ühegi muu meetodiga spetsialisti kinnituse alusel.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- muude elundite, kehaosade või kudede siirdamine (kaasa arvatud sarvkest ja nahk);
- muude rakkude siirdamine (kaasa arvatud saarekeste rakud ja muud tüvirakud peale hematopoeetiliste).

6.2.7 Südameklapi operatsioon

Operatsioon ühe või enama defektse südameklapi asendamiseks või parandamiseks. Kaasa arvatud minimaalselt invasiivsed ja kateetripõhised protseduurid. See määratlus katab järgmised protseduurid:

- südameklapi asendamine või parandamine täieliku sternotoomiaga (rinnakuloo vertikaalse lahtilõikamisega), osalise sternotoomiaga või torakotoomiaga;
- Rossi protseduur;
- kateetripõhine valvuloplastika;
- transkateetriline aordiklapi implantatsioon (TAVI).

Kardioloog või südamekirurg peavad pidama operatsiooni meditsiiniliselt vajalikuks ja seda peavad toetama ehkardiogrammi või südame kateteriseerimise leiud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- transkateetriline mitraalklapi klammerdamine.

6.2.8 Aordi operatsioon

Operatsioon aordi ahenemise, ummistuse, aneurüsmi või dissektsiooni raviks. See määratlus katab minimaalselt invasiivsed protseduurid, nagu endovaskulaarne stentproteesimine. Kirurg peab pidama operatsiooni meditsiiniliselt vajalikuks ja seda peavad toetama piltuuringute leiud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- rinna- või kõhuaordi harude operatsioonid (sealhulgas aortofemoraalsed või aortoiliakaalsed šunteerimised);

- aordiga seotud pärilike sidekoehäirete (nt Marfani sündroom, Ehlersi-Danlosi sündroom) operatsioonid;
- aordi traumaatilisele vigastusele järgnev operatsioon.

6.2.9 Jäsemete halvatus

Mis tahes kahe jäseme lihastalitluse täielik ja pöördumatu kaotus seljaaju või peaaju vigastuse või haiguse tõttu. Jäse on määratletud kui täielik käsi või täielik jalg. Halvatus peab esinema enam kui kolm kuud, olema neuroloogi kinnitatud ning seda peavad toetama kliinilised ja diagnostilised leiud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- halvatus enesekahjustamise ja psühholoogiliste häirete tõttu;
- Guillaini-Barré sündroom;
- perioodiline või pärilik halvatus.

6.2.10 Sügav nägemiskaotus

Mõlema silma sügav nägemiskaotus, mille põhjuseks on haigus või trauma, mida ei saa korrigeerida refraktiivse korrigeerimise, ravimite või operatsiooniga. Sügav nägemiskaotus on kas nägemisteravus 3/60 või vähem (0,05 või vähem detsimaalsüsteemis) paremas silmas pärast parimat korrigeerimist või nägemisväli vähem kui 10° diameetriga paremas silmas pärast parimat korrigeerimist. Diagnoos peab olema oftalmoloogi kinnitatud.

6.2.11 Kurtus

Püsiva ja pöördumatu kuulmise kaotuse selge diagnoos mõlemas kõrvas haiguse või juhusliku vigastuse tagajärjel. Diagnoos peab olema kõrva-nina-kurguarsti kinnitatud ja seda peab toetama keskmine kuulmislävi üle 90 dB paremas kõrvas puhta tooni audiogrammi kasutades.

6.2.13 Alzheimeri tõbi

Alzheimeri tõve selge diagnoos, mida tõestavad kõik järgmised:

- intellektuaalse võimekuse kaotus, mis hõlmab mälu ja täidesaatvate funktsioonide (järjestamine, organiseerimine, abstraherimine ja plaanimine) häirumist, mis põhjustab vaimse ja sotsiaalse funktsioneerimise olulist nõrgenemist;
- isiksuse muutus – järkjärguline algus ja kognitiivsete funktsioonide pidev halvenemine;
- teadvuse häire puudub;
- tüüpilised neuropsühholoogilised ja neurooloogiliste piltuuringute (nt KT-uuring) leiud;
- haigus nõuab pidevat järelevalvet (24 tundi ööpäevas).

Diagnoos ja järelevalve vajadus peab olema neuroloogi kinnitatud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- muud dementsuse vormid aju või süsteemsete häirete või psühhiaatriliste seisundite tõttu.

6.2.14 Püsiv vegetatiivne seisund

Vegetatiivne seisund on reageerimise ja teadvuse puudumine ajupoolkerade düsfunktsiooni tõttu, samas kui ajutüvi, mis kontrollib hingamist ja südame funktsiooni, jääb terveks. Selge diagnoosi peavad kinnitama kõik järgmised:

- täielik teadlikkuse puudumine enda ja keskkonna kohta;
- võimetus teistega suhelda;
- puuduvad tõendid kehvade või reproduitseeritavate käitumuslike vastuste kohta välistele stiimulitele;
- säilinud ajutüve funktsioonid;
- muude ravitavate neurooloogiliste või psühhiaatriliste häirete välistamine asjakohaste neurofüsioloogiliste või neuropsühholoogiliste testidega või piltuuringutega.

Diagnoos peab olema neuroloog kinnitatud ja seisund peab olema meditsiiniliselt dokumenteeritud vähemalt ühe kuu jooksul ilma igasuguse kliinilise paranemiseta.

6.2.15 **Aplastiline aneemia**

Aplastilise aneemia selge diagnoos, mille tulemuseks on luuüdi raske puudulikkus koos aneemia, neutropeenia ja trombotsütopeeniaga. Seisundit peab ravima vereülekannetega ja vähemalt ühega järgmistest:

- luuüdi stimuleerivad ravimid;
- immunosupressandid;
- luuüdi siirdamine.

Diagnoos peab olema hematoloogi kinnitatud ja seda peab tõendama luuüdi histoloogia.

6.2.16 **Healoomuline ajukasvaja**

Healoomulise (mittepahaloomulise) ajukasvaja, mis paikneb kolju sees ja pärineb aju, ajukelme või kraniaalnärvide koest, selge diagnoos. Kasvajad peab ravima vähemalt ühega järgmistest:

- täielik või mittetäielik kirurgiline eemaldamine;
- stereotaktiline radiokirurgia;
- välise kiiritusega radioteraapia.

Kui meditsiinilistel põhjustel ei ole üksi ravivõimalus võimalik, peab kasvaja põhjustama püsivat neuroloogilist defitsiiti¹, mis on dokumenteeritud vähemalt kolme kuu jooksul pärast diagnoosimise kuupäeva. Diagnoos peab olema neuroloogi või neurokirurgi kinnitatud ja seda peavad toetama piltuuringute leiud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- mis tahes peaaju tsüsti, granuloomi, hamartoomi või arterite või veenide väärtõrre diagnoosimine ja ravi;
- ajuripatsi kasvajad.

6.2.17 **Esmane kardiomiopaatia**

Ühe järgmise esmase kardiomiopaatia selge diagnoos:

- dilatatiivne kardiomiopaatia;
- hüpertroofiline kardiomiopaatia (obstruktiivne ja mitteobstruktiivne);
- restriktiivne kardiomiopaatia;
- arütmogeenne parema vatsakese kardiomiopaatia.

Haigus peab põhjustama vähemalt üht järgmistest:

- vasaku vatsakese väljutusfraktsioon (LVEF) vähem kui 40% mõõdetuna kaks korda vähemalt 3-kuulise intervalliga;
- füüsiliste tegevuste väljendunud piirang, kui tavapärasest väiksema aktiivsusega tegevus põhjustab väsimust, südamepekslemist, õhupuudust või valu rinnas (New Yorgi Südameassotsiatsiooni III või IV klass) vähemalt kuue kuu jooksul;
- implanteeritava kardioverter-defibrillaatori (ICD) implanteerimine kardialse äkksurma ennetamiseks.

Diagnoos peab olema kardioloogi kinnitatud ja seda peab toetama elektrokardiogramm või südame MRT. Kardioloog peab pidama implanteeritava kardioverter-defibrillaatori (ICD) implanteerimist meditsiiniliselt vajalikuks.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- teisene (isheemiline, valvulaarne, metaboolne, toksiline või hüpertensiivne) kardiomiopaatia;
- vasaku vatsakese funktsiooni mööduv vähenemine müokardiidi tõttu;
- kardiomiopaatia süsteemse haiguse tõttu;

- implanteeritava kardioverter-defibrillaatori (ICD) implanteerimine esmase arütmia (nt Brugada või pika QT-intervalli sündroomi) tõttu.

6.2.18 **Raske maksahaigus**

Raske maksahaiguse selge diagnoos, mida tõendab Child-Pugh' skoor vähemalt 7 punkti (Child-Pugh' klass B või C).

Skoori arvutamiseks tuleb kasutada kõiki järgmisi muutujaid:

- üldbilirubiini sisaldus;
- seerumi albumiinisaldus;
- astsiidi raskusaste;
- rahvusvaheline normaliseeritud suhe (INR);
- hepaatiline entsefalopaatia.

Diagnoos peab olema gastroenteroloogi kinnitatud ja seda peavad toetama piltuuringute leiud. Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- raske maksahaigus sekundaarselt alkoholi või ravimite/narkootikumide kasutamisele (sealhulgas B- või C-hepatiit, mis on omandatud intravenoosse narkootikumide kasutamisega).

6.2.19 **Krooniline kopsuhaigus**

Raske kopsuhaiguse selge diagnoos, mis põhjustab kroonilist hingamispuudulikkust ja mida tõestavad kõik järgmised:

- FEV1 (forsseeritud ekspiratoorne maht sekundis) vähem kui 40% eeldatavast kahel mõõtmisel vähemalt 1-kuulise vahega;
- hapnikravi vähemalt 16 tundi päevas minimaalselt kolme kuu jooksul;
- hapniku osarõhu (PaO₂) püsiv vähenemine alla 55 mmHg (7,3 kPa) arteriaalses veregaaside analüüsis mõõdetuna ilma hapniku manustamiseta.

Diagnoos peab olema spetsialisti kinnitatud.

6.2.20 **Kooma**

Teadvusetuse seisundi selge diagnoos, mille puhul puuduvad reaktsioonid või vastused välistele stiimulitele või sisemistele vajadustele, mis:

- annab Glasgow' koomaskaalal skoori 8 või vähem vähemalt 96 tunni jooksul,
- nõuab elu toetavate süsteemide kasutamist,
- põhjustab püsivat neuroloogilist defitsiiti¹, mida tuleb hinnata vähemalt 30 päeva jooksul pärast kooma tekkimist.

Diagnoos peab olema neuroloogi kinnitatud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- meditsiiniliselt indutseeritud kooma;
- mis tahes kooma, mille põhjuseks on enese tekitatud vigastus, alkoholi või ravimite/narkootikumide tarvitamine.

6.2.21 **Sporaadiline Creutzfeldti-Jakobi tõbi**

Sporaadilise Creutzfeldti-Jakobi tõve (sCJD) diagnoos, mis tuleb klassifitseerida „tõenäolisena“ kõigi järgmiste kriteeriumide alusel:

- progresseeruv dementsus;
- vähemalt kaks neljast järgmisest kliinilisest väljendusest: müokloonus, visuaalsed või tserebellaarsed nähud, püramidaalsed/ekstrapüramidaalsed nähud, akineetiline mutism;

- elektroentsefalogramm (EEG) näitab teravaid lainekomplekse ja/või 14-3-3 valgu olemasolu tserebrospinaalvedelikus;
- rutiinsed uuringud ei viita alternatiivsele diagnoosile.

Diagnoos peab olema neuroloogi kinnitatud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- iatrogenne või perekondlik Creutzfeldti-Jakobi tõbi;
- Creutzfeldti-Jakobi tõve (vCJD) variant.

6.2.22 Äge viirusentsefaliit

Ägeda viirusentsefaliidi selge diagnoos, mis põhjustab püsivat neuroloogilist defitsiiti¹, mis on dokumenteeritud vähemalt kolme kuu jooksul pärast diagnoosimise kuupäeva. Diagnoos peab olema neuroloogi kinnitatud ja seda peavad toetama tüüpilised kliinilised sümptomid ja tserebrospinaalvedeliku või ajubiopsia leiud.

Ülalmainitud määratluse korral ei kaeta järgmist:

- entsefaliit HIV-i olemasolul;
- bakteriaalse või algloomade nakkuse põhjustatud entsefaliit;
- müalgiline või paraneoplastiline entsefalomüeliit.

6.2.23 Fulminantne viirushepatiit

Fulminantse viirushepatiidi selge diagnoos, mida tõendavad kõik järgmised:

- ägeda viirushepatiidi tüüpiline seroloogiline kulg;
- hepaatilise entsefalopaatia tekkimine;
- maksa suuruse vähenemine;
- bilirubiinisalduse tõus;
- koagulopaatia rahvusvahelise normaliseeritud suhtega (INR) üle 1,5;
- maksapuudulikkuse tekkimine 7 päeva jooksul pärast sümptomite algust;
- anamneesis puudub teadaolev maksahaigus.

Diagnoos peab olema gastroenteroloogi kinnitatud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- ägeda maksapuudulikkuse kõik muud mitteviiruslikud põhjused (sealhulgas paratsetamooli või aflatoksiini intoksikatsioon);
- intravenoosse narkootikumide kasutamisega seotud fulminantne viirushepatiit.

6.2.24 Raske peatrauma

Peaaju funktsioonihäire selge diagnoos traumaatilise peavigastuse tõttu. Peatrauma peab põhjustama täieliku võimetuse sooritada ise vähemalt kolme tegevust kuuest igapäevasest tegevusest vähemalt kolm kuud järjest ilma mõeldava tervenemise võimaluseta.

Igapäevased tegevused on:

- pesemine – võime pesta vannis või duši all (sealhulgas vanni ja duši alla minek ja sealt väljatulek) või pesta rahuldavalt muude vahenditega;
- riidesse panek ja lahtiriietumine – võime panna selga, võtta ära, kinnitada ja avada kõiki riietusesemeid ning vajaduse korral tugesid, kunstjäsemeid ja muid kirurgilisi seadmeid;
- söömine – võime süüa, kui toit on ettevalmistatud ja muudetud kättesaadavaks;

- personaalse hügieeni hoidmine – võime hoida isikliku hügieeni rahuldavat taset, kasutades tualetti või juhtides muul moel soole- ja põiefunktsiooni;
- liikumine ruumide vahel – võime liikuda ühest ruumist teise tasasel põrandal;
- voodisse minek ja sealt välja tulek – võime minna voodisse ja sealt välja tulla toolile või ratastooli.

Diagnoos peab olema neuroloogi või neurokirurgi kinnitatud ja seda peavad toetama tüüpilised piltuuringute (KT-uuring või aju MRT) leiud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- mis tahes raske peatrauma enese põhjustatud vigastuse, alkoholi või ravimite/narkootikumide kasutamise tõttu.

6.2.25 HIV-nakkus veretoodete ülekandmise tõttu

Inimese immuunpuudulikkuse viiruse (HIV) infektsiooni selge diagnoos, mille põhjuseks on verekomponentide ülekandmine. HIV-nakkuse peavad kinnitama kõik järgmised:

- nakkuse põhjuseks on meditsiiniliselt vajalik veretoodete ülekandmine, mis on saadud pärast poliisi jõustumist;
- asutus või vereteenistus, mis sooritas veretoodete ülekande, on ametlikult registreeritud ja terviseametkondade tunnustatud;
- asutus või vereteenistus, mis sooritas veretoodete ülekande, tunnustab vastutust;
- HIV-i serokonversioon peab toimuma 12 kuu jooksul pärast vereülekannet;
- saastunud veretoote ülekandmine peab olema tehtud Euroopa Liidus või Šveitsis.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- HIV-nakkus, mis on saadud muul ülekandumise teel, sealhulgas seksuaalne tegevus või narkootikumide kasutamine;
- HIV-nakkus veretoodete ülekandmise tulemusena, mis tehti hemofiilia või *thalassaemia major'i* tõttu.

6.2.26 HIV-nakkus, mis on saadud tööl vastavas ametis

Inimese immuunpuudulikkuse viiruse (HIV) infektsiooni selge diagnoos, mille põhjuseks intsident, mis toimus tavapärase töökohustuste täitmisel järgmistes ametites:

- arst või hambaarst;
- meditsiiniõde või ämmaemand;
- arsti assistent või hambaarsti assistent;
- laboritöötaja või laboritehnik;
- tuletõrjetöötaja;
- kiirabitöötaja;
- haigla majahoidja või haigla hooldustöötaja;
- politseinik;
- vanglaametnik.

HIV-nakkuse peavad kinnitama kõik järgmised:

- intsident peab olema toimunud pärast kindlustuskaitse jõustumist;
- intsident peab olema teatatud, uuritud ja dokumenteeritud asjaomaste ametkondade kehtivate juhiste kohaselt (näiteks töötajate hüvitusfond);
- HIV-negatiivne vereanalüüs peab olema tehtud 5 päeva jooksul pärast intsidenti;
- HIV-i serokonversioon peab toimuma 12 kuu jooksul pärast intsidenti;

- intsident peab olema toimunud tööülesannete täitmisel Euroopa Liidus või Šveitsis.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- HIV-nakkus, mis on saadud muul ülekandumise teel, sealhulgas seksuaalne tegevus või narkootikumide kuritarvitamine.

6.2.27 **Jäsemete kaotus**

Kahe või enama jäseme täieliku randme- või hüppeliigese tasemel või sellest kõrgemal äralõikamise selge diagnoos, mille põhjuseks on õnnetus või meditsiiniliselt vajalik amputatsioon. Diagnoos peab olema spetsialisti kinnitatud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- jäsemete kaotus enesevigastuse tõttu.

6.2.28 **Kolmanda astme põletused**

Põletused, mis hõlmavad naha hävinemist kogu sügavuses kuni alloleva koeni (kolmanda astme põletused) ja katavad vähemalt 20% kehapinnast mõõdetuna „üheksate reeglina“ või „Lundi ja Bowderi kaardiga“. Diagnoos peab olema spetsialisti kinnitatud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- kolmanda astme põletused enesevigastamise tagajärjel;
- kõik esimese ja teise astme põletused.

6.2.29 **Motoorse neuroni haigus**

Ühe järgmise motoorse neuroni haiguse selge diagnoos:

- amüotrofiline lateraalskleroos (ALS ehk Lou Gehrigi haigus);
- primaarne lateraalskleroos (PLS);
- progresseeruv lihasatroofia (PMA);
- progresseeruv bulbaarparalüüs (PBP).

Haigus peab põhjustama täieliku võimetuse sooritada ise vähemalt kolme tegevust kuuest igapäevasest tegevusest vähemalt kolm kuud järjest ilma mõeldava tervenemise võimaluseta. Igapäevased tegevused on:

- pesemine – võime pesta vannis või duši all (sealhulgas vanni ja duši alla minek ja sealt väljatulek) või pesta rahuldavalt muude vahenditega;
- riidesse panek ja lahtiriietumine – võime panna selga, võtta ära, kinnitada ja avada kõiki riietusesemeid ning vajaduse korral tugesid, kunstjäsemeid ja muid kirurgilisi seadmeid;
- söömine – võime süüa, kui toit on ettevalmistatud ja muudetud kättesaadavaks;
- personaalse hügieeni hoidmine – võime hoida isikliku hügieeni rahuldavat taset, kasutades tualetti või juhtides muul moel soole- ja põiefunktsiooni;
- liikumine ruumide vahel – võime liikuda ühest ruumist teise tasasel põrandal;
- voodisse minek ja sealt välja tulek – võime minna voodisse ja sealt välja tulla toolile või ratastooli.

Diagnoos peab olema neuroloogi kinnitatud ja seda peavad toetama närvijuhtivuse uuringud (NCS) ja elektromüograafia (EMG).

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- multifokaalne motoorne neuropaatia (MMN) ja inklusioonkehakeste müosiit;
- poliümüeliidijärgne sündroom;
- spinaalne lihasatroofia;
- polümüosiit ja dermatomüosiit.

- polümüosiit ja dermatomüosiit.

6.2.30 **Bakteriaalne meningiit**

Bakteriaalse meningiidi selge diagnoos, mis põhjustab püsivat neuroloogilist defitsiiti¹, mis on dokumenteeritud vähemalt kolme kuu jooksul pärast diagnoosimise kuupäeva. Diagnoos peab olema neuroloogi kinnitatud ja seda peab toetama patogeensete bakterite kasv tserebrospinaalvedeliku kultuuris.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- aseptiline, viiruslik, parasitaarne või mitteinfektsioosne meningiit.

6.2.31 **Lihasdüstroofia**

Ühe järgmise lihasdüstroofia selge diagnoos:

- Duchenne'i lihasdüstroofia (DMD);
- Beckeri lihasdüstroofia (BMD);
- Emery-Dreifussi lihasdüstroofia (EDMD);
- jäsemevõtme lihasdüstroofia (LGMD);
- fastsioskapulohumeraalne lihasdüstroofia (FSHD);
- 1. tüüpi müotoonne düstroofia (MMD ehk Steinerti tübi);
- okulofarüngeaalne lihasdüstroofia (OPMD).

Haigus peab põhjustama täieliku võimetuse sooritada ise vähemalt kolme tegevust kuuest igapäevasest tegevusest vähemalt kolm kuud järjest ilma mõeldava tervenemise võimaluseta.

Igapäevased tegevused on:

- pesemine – võime pesta vannis või duši all (sealhulgas vanni ja duši alla minek ja sealt väljatulek) või pesta rahuldavalt muude vahenditega;
- riidesse panek ja lahtiriietumine – võime panna selga, võtta ära, kinnitada ja avada kõiki riietusesemeid ning vajaduse korral tugesid, kunstjäsemeid ja muid kirurgilisi seadmeid;
- söömine – võime süüa, kui toit on ettevalmistatud ja muudetud kättesaadavaks;
- personaalse hügieeni hoidmine – võime hoida isikliku hügieeni rahuldavat taset, kasutades tualetti või juhtides muul moel soole- ja põiefunktsiooni;
- liikumine ruumide vahel – võime liikuda ühest ruumist teise tasasel põrandal;
- voodisse minek ja sealt välja tulek – võime minna voodisse ja sealt välja tulla toolile või ratastooli.

Diagnoos peab olema neuroloogi kinnitatud ja seda peavad toetama elektromüograafia (EMG) ja lihasebiopsia leiud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- 2. tüüpi müotoonne düstroofia (PROMM) ja kõik müotoonia vormid.

6.2.32 **Esmane pulmonaalhüpertensioon**

Pulmonaalse hüpertensiooni selge diagnoos, mida tõestavad kõik järgmised:

- füüsiliste tegevuste väljendunud piirang, kui tavapärasest väiksema aktiivsusega tegevus põhjustab väsimust, südamepekslemist, õhupuudust või valu rinnas (New Yorgi Südameassotsiatsiooni III või IV klass) kuue kuu jooksul;
- kopsuarteri keskmine rõhk üle 25 mmHg puhkeolekus, mõõdetuna südame parema poole kateteriseerimisega.

Diagnoos peab olema kardioloogi või kopsuspetsialisti kinnitatud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- pulmonaalne hüpertensioon sekundaarselt kopsu-, südame- või süsteemsele haigusele;
- krooniline trombembooliline pulmonaalne hüpertensioon (CTEPH);
- ravimi või toksiini indutseeritud pulmonaalne hüpertensioon.

6.2.33 **Idiopaatiline Parkinsoni tõbi**

Esmase idiopaatilise Parkinsoni tõve selge diagnoos, mida tõestavad vähemalt kaks järgmistest kliinilistest nähtudest:

- lihasrigiidsus;
- treemor;
- bradükineesia (liikumise ebanormaalne aeglus, füüsiliste ja vaimsete reaktsioonide loidus).

Idiopaatiline Parkinsoni tõbi peab põhjustama [enne 65. eluaastat] täieliku võimetuse ise sooritada vähemalt kolme tegevust kuuest igapäevasest tegevusest vähemalt kolm kuud järjest ilma adekvaatse farmakoterapiata.

Igapäevased tegevused on:

- pesemine – võime pesta vannis või duši all (sealhulgas vanni ja duši alla minek ja sealt väljatulek) või pesta rahuldavalt muude vahenditega;
- riidesse panek ja lahtiriietumine – võime panna selga, võtta ära, kinnitada ja avada kõiki riietusesemeid ning vajaduse korral tugesid, kunstjäsemeid ja muid kirurgilisi seadmeid;
- söömine – võime süüa, kui toit on ettevalmistatud ja muudetud kättesaadavaks;
- personaalse hügieeni hoidmine – võime hoida isikliku hügieeni rahuldavat taset, kasutades tualetti või juhtides muul moel soole- ja põiefunktsiooni;
- liikumine ruumide vahel – võime liikuda ühest ruumist teise tasasel põrandal;
- voodisse minek ja sealt välja tulek – võime minna voodisse ja sealt välja tulla toolile või ratastooli.

Diagnoos peab olema neuroloogi kinnitatud.

Neurostimulaatori implanteerimine sümptomite kontrollimiseks aju süvastimulatsiooniga on olenemata igapäevastest tegevustest selle määratlusega kaetud. Neuroloog või neurokirurg peab pidama implanteerimist meditsiiniliselt vajalikuks.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- teisene parkinsonism (sealhulgas ravimi või toksiini indutseeritud parkinsonism);
- essentsiaalne treemor;
- teiste neurodegeneratiivsete häiretega seotud parkinsonism.

6.2.34 **Süsteemne skleroos (skleroderma)**

Süsteemse skleroosi selge diagnoos, mida tõestavad kõik järgmised:

- tüüpilised laboratoorsed leiud (nt Scl-70 vastased antikehad);
- tüüpilised kliinilised nähud (nt Raynaud' sündroom, naha skleroos, erosioonid);
- pidev ravi kortikosteroidide või muude immunosuppressantidega.

Lisaks peab olema diagnoositud ühe järgmise elundi haigus:

- kopsufibroos difusioonivõimega (DCO) alla 70% oodatavast;
- pulmonaalne hüpertensioon kopsuarteri keskmise rõhuga üle 25 mmHg puhkeolekus, mõõdetuna südame parema poole kateteriseerimisega;

- krooniline neeruhaigus glomerulaarfiltratsiooni kiirusega alla 60 ml/min (MDRD valem);
- vasaku vatsakese olulise diastoolse funktsioonihäire ehk kardioograafilised nähud.

Diagnoos peab olema spetsialisti kinnitatud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- lokaliseeritud skleroderma ilma elundite haaratuseta;
- eosinofiilne fastsiit;
- CREST-sündroom.

6.2.35. **Süsteemne erütematoosluupus**

Süsteemse erütematoosluupuse selge diagnoos, mida tõestavad kõik järgmised:

- tüüpilised laboratoorsed leiud, nagu antinukleaarsete antikehade (ANA) või dsDNA vastaste antikehade olemasolu;
- erütematoosluupusega seotud sümptomid (liblikakujuline lööve, valgustundlikkus, serosiit);
- pidev ravi kortikosteroidide või muude immunosuppressantidega.

Lisaks peab olema diagnoositud ühe järgmise elundi haaratus:

- luupusnefriit proteiinuuriaga vähemalt 0,5 g/päevas ja glomerulaarfiltratsiooni kiirusega alla 60 ml/min (MDRD valem);
- Libmani-Sacksi endokardiit või müokardiit;
- neuroloogilised defitsiidid¹ või hood vähemalt kolme kuu jooksul, mida toetavad tserebrospinaalvedeliku või EEG leiud. Selles kontekstis ei ole peavalud, kognitiivsed ja psühhiaatrilised sümptomid tüüpilised neuroloogilised defitsiidid.

Diagnoos peab olema spetsialisti kinnitatud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- diskoidne erütematoosluupus või alaäge kutaanne erütematoosluupus;
- ravimindutseeritud erütematoosluupus.

6.2.36 **Krooniline kõhunäärmepõletik**

Raske kroonilise kõhunäärmepõletiku selge diagnoos, mida tõestavad kõik järgmised:

- kõhunäärme eksokriinne puudulikkus kehakaalu languse ja steatorröaga;
- kõhunäärme endokriinne puudulikkus pankreatilise diabeediga;
- suukaudse asendusravi vajadus kõhunäärme ensüümidega

Need seisundid peavad olema esinenud vähemalt kolm kuud. Diagnoos peab olema gastroenteroloogi kinnitatud ja seda peavad toetama piltuuringute ja laboratoorsed leiud (nt väljaheite elastaas).

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- krooniline kõhunäärmepõletik alkoholi või ravimite/narkootikumide kasutamise tõttu;
- äge kõhunäärmepõletik.

6.2.37 **Raske reumatoidartriit**

Reumatoidartriidi selge diagnoos, mida tõestavad kõik järgmised:

- tüüpilised põletiku sümptomid (artralgia, turse, valulikkus) vähemalt 20 liigeses kuue nädala jooksul diagnoosimise ajal ja oluliselt suurenenud CRV sisaldus;

- reumatoidfaktor positiivne (vähemalt kaks korda suurem normi ülemisest väärtusest) ja/või tsitrulliinivastaste antikehade olemasolu;
- pidev ravi kortikosteroididega;
- ravi „haigust modifitseerivate antireumaatiliste ravimite“ kombinatsiooniga (nt metotreksaat ja sulfasalasiin/leflunomiid) või TNF-i inhibiitoriga vähemalt kuue kuu jooksul.

Diagnoos peab olema reumatoloogi kinnitatud. Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- reaktiivne artriit;
- psoriaatiline artriit;
- aktiveerunud osteoartriit.

6.2.38. **Nekrotiseeriv fastsiit**

Nekrotiseeriva fastsiidi selge diagnoos, mida tõestavad kõik järgmised:

- progresseeruv, kiiresti leviv bakteriaalne infektsioon sügavas fastsias koos jäsemete või kehatüve subkutaansete kudede teisese nekroosiga;
- palavik ja C-reaktiivse valgu (CRV) sisalduse kiire suurenemine;
- kogu nekrootilise koe kirurgiline resektsioon.

See määratlus katab Fournier' gangreeni. Diagnoos peab olema kirurgi kinnitatud ning seda peavad tõendama mikrobioloogilised ja histoloogilised leiud.

Ülalmainitud määratlus ei kata järgmist:

- gaasgangreen;
- diabeedi, neuropaatia või vaskulaarsete haiguste põhjustatud gangreen.

¹ Neuroloogiline defitsiit

Närvisüsteemi düsfunktsiooni sümptomid, mis esinevad kliinilisel läbivaatusel. Kaetud sümptomite hulka kuuluvad tuimus, hüperesteesia (suurenenud tundlikkus), paralüüs, lokaliseerunud nõrkus, düsartria (kõneraskused), afaasia (kõnevõimetus), düsfaagia (neelamisraskused), nägemishäired, kõndimisraskused, koordineerimise puudumine, treemor, krampid, letargia, dementsus, deliirium ja kooma.