Väljaandja:	Sotsiaalminister
Akti liik:	määrus
Teksti liik:	terviktekst
Redaktsiooni jõustumise kp:	16.04.2007
Redaktsiooni kehtivuse lõpp:	06.12.2007
Avaldamismärge:	

Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise metoodika

Vastu võetud 19.01.2007 nr 9
RTL 2007, 8, 135
jõustumine 29.01.2007

Muudetud järgmise määrusega (kuupäev, number, avaldamine Riigi Teatajas, jõustumise aeg):

4.04.2007 nr 39 (RTL 2007, 30, 542) 16.04.2007 (kohaldatakse alates 1.01.2007 ja 1.04.2007)

Määrus kehtestatakse «Ravikindlustuse seaduse» § 32 alusel.

1. peatükk
ÜLDSÄTTED

§ 1. Reguleerimisala

(1) Käesoleva määrusega kehtestatakse kindlustatud isikult Eesti Haigekassa (edaspidi *haigekassa*) poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise metoodika.

(2) Käesolevas määruses kasutatavate koodide numbrid tähistavad «Ravikindlustuse seaduse» § 30 alusel Vabariigi Valitsuse poolt kehtestatud «Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu» (edaspidi *tervishoiuteenuste loetelu*) sätestatud tervishoiuteenuste koode või haigekassa ja perearsti vahel sõlmitavas ravi rahastamise lepingus kokkulepitud koode.

§ 2. Tasu maksmise kohustuse ülevõtmine

(1) Kindlustatud isiku kindlustuskaitse kehtivuse ajal võtab haigekassa kindlustatud isikult tervishoiuteenuse (edaspidi *teenus*) eest tasu maksmise kohustuse üle (edaspidi *tasub*) «Ravikindlustuse seaduse» §-s 39 sätestatud korras tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud ravi rahastamise lepingu (edaspidi *leping*) alusel.

(2) Pärast kindlustuskaitse lõppemist tasub haigekassa tervishoiuteenuse osutajale «Ravikindlustuse seaduse» § 29 lõikes 3 sätestatud korras, kui vältimatu arstiabi osutamise vajaduse tingis kindlustuskaitse kehtivuse ajal toimunud kindlustusjuhtum.

(3) Haigekassa ja tervishoiuteenuse osutaja lepivad teenuste osutamise eest rakendatavates hindades kokku lepingu sõlmimisel või selle muutmisel, arvestades tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud teenuste piirmäärasid ja piirhindu ning hinnates «Ravikindlustuse seaduse» §-s 36 sätestatud asjaolusid.

(4) Kui «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 55 lõike 1 alusel kehtestatud Vabariigi Valitsuse määruses nimetatud piirkondlik-, kesk-, üld- või kohalik haigla (edaspidi vastavalt *piirkondlik-, kesk-, üld- või kohalik haigla*) osutab kindlustatud isikutele eriarstiabi tervishoiuteenuseid (välja arvatud hooldusravi tervishoiuteenused) üle kalendriaastaks lepingus kokkulepitud ravijuhtude arvu, võtab haigekassa kokkulepitud ravijuhtude arvu ületavate osutatud teenuste eest tasu maksmise kohustuse üle koefitsiendiga 0,3 tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud piirhinnast.

§ 3. Teenuste eest tasumise vormistamine

(1) Teenuse eest tasumiseks esitab tervishoiuteenuse osutaja haigekassale nõuetekohaselt vormistatud raviarve.

(2) Kindlustatud isikule osutatud teenused vormistatakse raviarvel, mille andmed ja raviarve täitmise nõuded on sätestatud käesoleva määruse 8. peatükis. Kui tervishoiuteenuse osutaja osutab teenuseid teise Euroopa Liidu liikmesriigi pädevas asutuses kindlustatud isikule, kes tõendab oma kindlustuskaitset Euroopa Liidu ravikindlustuskaardi või selle asendussertifikaadi või kindlustajariigi pädeva asutuse poolt väljastatud vormikohase tõendi (E 112, E 123) alusel, lisatakse esitatud dokumendist koopia raviarvele.

(3) Tervishoiuteenuse osutaja vormistab raviarve ka ravikindlustusega hõlmamata isikule vältimatu abi osutamise ja välislepingute alusel välismaalasele vältimatu abi osutamise korral.

(4) Teenused vormistatakse raviarvel teenuse osutamise kuupäeval kehtinud piirhinna või haigekassa ja tervishoiuteenuse osutaja vahel kokku lepitud hinna alusel.

2. peatükk
ÜLDARSTIABI EEST TASUMINE

§ 4. Üldarstiabi eest tasumine

(1) Haigekassa tasub perearstile, kellele on «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 35 lõike 1 alusel kinnitatud nimistu (edaspidi *kinnitatud nimistuga töötav perearst*) kindlustatud isikule osutatud teenuse eest tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud pearaha, baasraha ja lisatasu piirhinna alusel ettemaksena igakuuliselt.

(2) Haigekassa tasub perearstile täiendavalt käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud summadele perearsti poolt osutatud, käesoleva määruse § 6 lõikes 1 kehtestatud teenuste eest esitatud raviarvete alusel, arvestades samas lõikes kehtestatud rahalise piiranguga.

(3) Kui perearst osutab üldarstiabi haigekassa ravikindlustuse andmekogusse kandmata isikule, kes tõendab kindlustuskaitse olemasolu teises Euroopa Liidu liikmesriigis väljastatud Euroopa Liidu ravikindlustuskaardi, Euroopa Liidu ravikindlustuskaardi asendussertifikaadi või E-vormiga, tasub haigekassa perearstile raviarve alusel. Perearsti esmase vastuvõtu korral rakendatakse koodiga 3002 ja korduva vastuvõtu korral koodiga 3004 tähistatud teenuste piirhindu ning neile kohalduvaid sätteid. Haigekassa tasub tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud piirhinna alusel täiendavalt käesoleva määruse §-des 5 ja 6 loetletud teenuste eest ulatuses, mis ei hõlma käesoleva määruse § 9 lõikes 1 nimetatud tegevusi. Teenuste eest tasumisel ei kohaldata käesoleva paragrahvi lõikeid 1 ja 2 ning käesoleva määruse § 6 lõikes 1 nimetatud rahalist piirangut.

§ 5. Pearaha arvel osutatava teenuse eest tasumine

(1) Haigekassa tasub pearaha arvel perearsti osutatud järgmiste tegevuste eest:
1) tervist edendav ja haigusi ennetav töö;
2) haige ambulatoorne vastuvõtt ning koduvisiidid;
3) haige läbivaatus, diagnostika ja raviplaani koostamine, diagnoosi määramine;
4) nõustamine tervise säilitamise, taastamise, töö ja elukorralduse suhtes ning vajadusel ravi määramine;
5) ravimite soovitamine ja retsepti väljakirjutamine;
6) raviprotseduuride tegemine;
7) teenuste osutamist tõendavate dokumentide vormistamine;
8) esmase arstliku ekspertiisi tegemine haige töövõime ja terviseseisundi kohta;
9) vajadusel haige veo korraldamine haiglasse.

(2) Haigekassa tasub pearaha arvel perearsti osutatud järgmiste uuringute ning protseduuride eest:
1) verejooksu sulgemine;
2) elustamine;
3) lahastamine haige veoks;
4) rinnanäärme palpatsioon;
5) eesnäärme palpatsioon;
6) kuulmislanguse määramine, kuulmise sõeltest;
7) otoskoopia;
8) välise kuulmekäigu loputus;
9) rinoskoopia;
10) nina-neelu tamponaad;
11) nägemisteravuse kontroll;
12) vaateväljade esmane määramine;
13) värvitaju kontroll;
14) silmapõhja vaatlus;
15) PEF-meetria;
16) antropomeetria;
17) elektrokardiogrammi tegemine ja hindamine;
18) veeni punktsioon;
19) süstimine;
20) sidumine (v.a põletushaige sidumine);
21) lokaalanesteesia;
22) perifeersed närviblokaadid;
23) kusepõie loputus;
24) imiku/väikelapse psühhomotoorse arengu hindamine.

(3) Haigekassa tasub pearaha arvel järgmiste laboriuuringute eest:

Laboriuuringud	Tervishoiuteenuse kood
Glükoos	66101
Erütrotsüütide settekiiruse uuring	66200
Hemogramm (vere automaatuuring leukogrammita või kolmeosalise leukogrammiga)	66201
Hemogramm viieosalise leukogrammiga	66202
Uriinianalüüs testribaga	66207

(4) Pearaha arvel tasutavate uuringute, raviprotseduuride ja laboriuuringute eest tasub perearst eriarstiabi tervishoiuteenuse osutajale juhul, kui perearst on suunanud haige eriarsti juurde pearaha arvel tasutavaid uuringuid tegemata.

(5) Perearsti poolt teisese arvamuse andmine on pearaha arvel osutatav teenus.

§ 6. Täiendavalt tasutavad teenused

(1) Haigekassa tasub täiendavalt perearsti pearaha arvel tasutavatele teenustele kuni 27% perearsti nimistule pearahadeks arvestatud summast aastas järgmiste uuringute, protseduuride ja laboriuuringute eest:

Uuringud, protseduurid ja laboriuuringud	Tervishoiuteenuse kood
Biopsia	7004
Õõne punktsioon	7005
Pareesidega haige massaaž	7011
Liikumishäirega haige ujumisseanss	7014
Ravivõimlemine (liikumisravi)	7016
Ravivõimlemisseanss basseinis	7017
Väljendunud liigesjäikusega haige mudaraviseanss	7022
Diatermokoagulatsioon, krüoteraapia	7025
Pindmiste (väikeste) naha- ja aluskoe tuumorite eemaldamine	7100
Troofilise haavandi korrastamine	7100
Pindmise mädakolde avamine	7100
Panariitsiumi avamine	7100
Sissekasvanud küüne resektsioon	7100
Haava suturatsioon	7101
Kipslahase asetamine	7106
Põletushaige ambulatoorne sidumine	7111
Kateteriseerimine	7159
Püsikateetri panemine	7160
Epitsüstostoomi vahetus	7162
Kusepõie loputus ja ravimi viimine põide (ambulatoorselt)	7163
Silmapõhja fotografeerimine	7260
Silmapõhja uuring kolmepeegliläätse või Volke luubiga	7263
Emakasisese rasestumisvastase vahendi paigaldamine ja eemaldamine	7352
Günekoloogiline läbivaatus koos preparaadi võtmisega	7359
Ösofagogastroduodenoskoopia	7551–7553
Sigmoidoskoopia	7556
Kolonoskoopia	7557–7558
Fiiberbronhoskoopia	7559
Rektoskoopia	7562
Kolposkoopia	7563
Ultraheli Doppleri uuring veresoontele	6006

Kolju röntgenograafia	6061–6062
Lülisamba röntgenograafia	6063–6064
Luude ja liigeste röntgenograafia	6065–6066
Rindkere röntgenograafia	6067–6068, 6070
Nina-kõrvalkoobaste röntgenograafia	6069
Nina-neelu röntgenograafia	6087
Kuseteede röngtenoskoopia	6071
Mammograafia	6074
Südame, kopsude, keskseinandi ja diafragma röntgenoskoopia	6076
Mao röntgenuuring	6078–6079
Irrigoskoopia	6081
Kõhuõõne ülevaatlik röntgenograafia	6086
Urograafiad	6088–6089
Luu densitomeetria	6112
Radiorenograafia	6165
Elektroentsefalograafia uuring digitaal-komputeriseeritud EEG-aparaadiga	6250
Elektroentsefalograafia	6251
Elektrokardiograafia koormustest	6324
Holteri monitooring	6326
Ehhokardiograafia	6339–6340
Spirograafia	6301
Bronhodilataatortest	6302
Toonaudiomeetria	6402
Tümpanomeetria	6408
Sonograafia	6001–6003, 6009, 6010, 6012
Albumiin, valk	66100
Kreatiniin, uurea, kusihape	66102
Bilirubiin, konjugeeritud bilirubiin	66103
Kolesterool, triglütseriidid	66104
Kolesterooli fraktsioonid: HDL, LDL	66105
Ensüümid: ALP, ASAT, ALAT, LDH, CK, GGT, CK-MBa, alfa-amülaas	66106
Naatrium, kaalium, kaltsium	66107
Kloriid, liitium, laktaat, ammoonium	66108
Raud, magneesium, fosfaat	66109
Lipaas, pankrease amülaas	66110
Antistreptolüsiin-O, reumatoidfaktor	66111
C-reaktiivne valk	66112
Happe-aluse tasakaal	66113
Hemoglobiini derivaadid ja variandid: karboksühemoglobiin, methemoglobiin, fetaalne hemoglobiin	66114
Vastsündinu bilirubiin	66115
IgG uriinis või liikvoris	66116
Albumiin uriinis (mikroalbumiin) või liikvoris	66117
Glükohemoglobiin	66118
Immunofiksatsioon: liikvori oligoklonaalsed immunoglobuliinid, uriini või seerumi monoklonaalsed immunoglobuliinid	66119
Seerumi valkude elektroforees	66120
Uriini või liikvori valkude elektroforees	66121
Isoensüümide elektroforees	66122
Spetsiifilised valgud 1: IgA, IgM, IgG, transferriin	66123
Spetsiifilised valgud 2: tseruloplasmiin, haptoglobiin, C3, C4, tsüstatiin C, prealbumiin, alfa1-antitrüpsiin, immunoglobuliinide kapa- ja lambda-ahelad	66124

Immunoglobuliinide alaklassid	66125
Süsivesikdefitsiitne transferriin	66126
Transferriini lahustuvad retseptorid	66127
Angiotensiini muundav ensüüm	66128
Koliini esteraas	66129
Hemoglobiin plasmas	66130
Osmolaalsus	66131
Krüoglobuliinid	66132
Glükoos-6-fosfaatdehüdrogenaas	66133
D-ksüloos uriinis	66135
Porfüüriauuringud: delta-aminolevuliinhape, koproporfüriin	66136
Fenüülalaniini kvantitatiivne määramine fluoromeetrilisel meetodil	66137
Ainevahetushaiguste sõeluuringud	66138
Ainevahetushaiguste eriuuringud: aminohapped, suhkrud, puriinid ja pürimidiinid, orgaanilised happed, pika ahelaga rasvhapped, kreatiin, guanidinoatsetaat	66139
Gaaskromatograafiline uuring: alkoholid (etanooli kinnitav uuring, metanool, isopropanool) ja atsetoon, etüleenglükool	66140
Narkootiliste ainete ja ravimite sõeluuringud: barbituraadid, bensodiasepiin, opiaadid, amfetamiinid, tritsüklilised antidepressandid, fentsüklidiin, kokaiin, metadoon, kannabinoidid	66141
Etanool	66142
Ravimite kontsentratsiooni määramine 1: digoksiin, fenobarbitaal, fenütoiin, gentamütsiin, karbamasepiin, teofülliin, valproaat, vankomütsiin	66143
Ravimite kontsentratsiooni määramine 2: tsüklosporiin, paratsetamool, amikatsiin, salitsülaadid, metotreksaat	66144
Metallide määramine: Cu, Zn, Pb, Hg, Cd, Mn	66145
Retikulotsüütide uuring	66203
Vereäige mikroskoopiline uuring	66204
Luuüdi tsütoloogiline uuring	66205
Tsütokeemiline üksikuuring	66206
Uriini sademe mikroskoopiline uuring	66208
Väljaheite sõeluuringud (peitveri, rasvhapped)	66209
Kehavedelike (liikvori, pleura-, perikardi-, astsiidi-, sünoviaal- või amnionivedeliku) makroskoopiline või tsütoosi uuring	66211
Kehavedelike (liikvori, pleura-, perikardi-, astsiidi-, sünoviaal- või amnionivedeliku) tsütogramm	66212
Sperma ülduuring: veeldumine, väljanägemine, maht, konsistents, pH	66213
Sperma mikroskoopiline uuring: spermatosoidide arv, liikuvus, rakulised elemendid, aglutinatsioon	66214
Veritsusaja uuring	66300
Trombotsüütide agregatsiooni uuringud	66301
Hüübimisjada sõeluuringud: PT, APTT	66302
Fibriini laguproduktide uuringud: fibriini D-dimeerid, fibriini monomeerid	66306
ABO-veregrupi ja Rh(D) kinnitav määramine (ABO-grupp määratud nii otsese kui ka pöördreaktsiooniga)	66400
ABO-veregrupi ja Rh(D) määramine (ABO-grupp määratud otsese reaktsiooniga)	66401

ABO-veregrupi määramine patsiendi identifitseerimisel või erütrokomponentide kontrollil	66402
Algmaterjali mikroskoopiline uuring natiivpreparaadis	66500
Algmaterjali mikroskoopiline uuring fikseeritud värvitud preparaadis	66501
Algmaterjali mikroskoopiline uuring eelneva kultiveerimisega või kontsentreerimisega	66502
Mikroskoopiline uuring mükobakterite määramiseks	66503
Bioloogilise materjali aeroobne külv põhisöötme(te)le	66510
Bioloogilise materjali aeroobne külv lisasöötme(te)le	66511
Bioloogilise materjali külv inkubeerimisega spetsiifilises keskkonnas (mikroaerofiilid, anaeroobid, kapnofiilid)	66512
Bioloogilise materjali külv spetsiifiliste (harva esinevate või raskesti kultiveeritavate) patogeenide määramiseks	66513
Bioloogilise materjali külv spetsiaalsesse/ automatiseeritud külvisüsteemi	66514
Bioloogilise materjali külv mükobakterite määramiseks (klassikaline meetod)	66515
Bioloogilise materjali külv mükobakterite määramiseks (vedelsöötmesüsteem)	66516
Bioloogilise materjali uuring koekultuuril	66517
Mükobakterite samastamine	66520
Mikroorganismi samastamine üksikute biokeemiliste või immunoloogiliste reaktsioonide abil	66521
Mikroorganismi samastamine biokeemilise või immunoloogilise spetsiaalse/automatiseeritud süsteemi abil	66522
Täpsustav samastamine	66523
Ravimtundlikkuse määramine diskdifusiooni meetodil kuni kuue preparaadi suhtes	66530
Minimaalse inhibeeriva kontsentratsiooni määramine ühes preparaadis	66531
Mikroorganismi markeri määramine aglutinatsiooni-, hemaglutinatsiooni-, lateksaglutinatsioonireaktsioonil	66540
Haigustekitaja markeri määramine immunofluorestsentsmeetodil	66541
Kiiranalüüs haigustekitaja markeri määramiseks immuunkromatogeensel meetodil	66542
Sõeluuringud, hormoonuuringud, haigustekitajate uuringud immuunmeetodil	66706
Aneemia-, südame-, kasvajamarkerite määramine, haigustekitajate uuringud, antikehade, vitamiinide ja ensüümide määramine immuunmeetodil	66707
Tsütokiinide, allergeenipaneelide, spetsiifiliste markerite määramine ja haigustekitajate uuringud immuunmeetodil	66708
Harvaesinevad ja kinnitavad uuringud, erakorralised analüüsid immuunmeetodil	66709
Kiiranalüüs testribaga	66710
Immunofluorestsentsuuring	66711
Immunofluorestsentsuuring valmisslaididel	66712
Biopsiamaterjali immunofluorestsentsuuring	66713
Immunoblot-uuring	66714
Kompleksne immunoblot-uuring	66715
Spetsiifiliste antikehade kompleksne samastamine	66716
Histoloogilised uuringud	6901–6903
Tsütoloogilised uuringud	6911–6913

(2) Haigekassa tasub perearstile raviarvete esitamisel täiendavalt käesoleva paragrahvi lõikes 1 kehtestatud 27%-lisele summale normaalse raseduse jälgimiseks tehtud uuringute eest tervishoiuteenuste loetelus sisalduvate teenuste piirhindade alusel.

(3) Haigekassa tasub perearstile raviarvete esitamisel täiendavalt käesoleva paragrahvi lõikes 1 kehtestatud 27%-lisele summale perearsti saatekirja alusel surnu patoanatoomilisele lahangule vedamise ja tehtud patoanatoomiliste lahangute eest tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud teenuste piirhindade alusel.

§ 7. Koolitervishoiuteenuse eest tasumine

Koodiga 3081 tähistatud koolitervishoiuteenuse piirhinda rakendatakse päevases õppevormis põhiharidust, üldkeskharidust või põhihariduse baasil kutsekeskharidust omandavale õpilasele koolis tervishoiuteenuse osutamise korral.

§ 8. Lisatasu tasumine kinnitatud nimistuga töötavale perearstile

(1) Haigekassa tasub perearstile lisatasu haiguste ennetamise ja krooniliste haigete jälgimise ning ravitöö tulemuslikkuse (edaspidi *tegevus*) eest hindamisele eelneva kalendriaasta või käesolevas paragrahvis sätestatud juhul hindamisele eelneva kahe kalendriaasta tegevuse jooksul kogutud punktide alusel, kui perearsti tegevus vastab käesolevas paragrahvis sätestatud kriteeriumidele.

(2) Haiguste ennetamise tegevuse kriteeriumid on järgmised:

0–18-aastased isikud		**KOOD**	**HÕLMATUS**	**PUNKTE**
0–2-aastaste laste vaktsineerimine		9020	90%	5
		9021	90%	5
		9022	90%	5
		9023	90%	5
		9024	90%	5
		9025	90%	5
		9026	90%	5
		9027	90%	5
		9028	90%	5
Laste läbivaatus ja väikelaste üldine tervisekontroll	1. elukuul	9031	90%	5
	3. elukuul	9032	90%	5
	12. elukuul	9033	90%	5
	2 aasta vanuselt	9034	90%	5
Kooliminevate laste läbivaatus (6-, 7- ja 8-aastastel)		9030	90%	15
				80

Südame-veresoonkonnahaiguste ennetus

40–60-aastastel isikutel	**KOOD**	**HÕLMATUS**	**PUNKTE**
40–60-aastastel isikutel määratud üldkolesterool	66104	30%	8
40–60-aastastel isikutel määratud glükoos	66101	80%	8
40–60-aastastel isikutel määratud kolesterooli fraktsioonid	66105	80%	8
40–60-aastastel isikutel määratud triglütseriidid	66104	80%	8
40–60-aastastel isikutel tehtud EKG uuring	6320 või 6322 või 6326	80%	8
Pereõe nõustamine	9015	50%	8
			48

Emakakaelavähi ennetus

30–59-aastastel isikutel	KOOD	HÕLMATUS	PUNKTE
Kehavedelike (liikvori, pleura-, perikardi-, astsiidi-, sünoviaal- või amnionivedeliku) tsütogramm	66212	30%	40
			40

Rinnanäärmevähi ennetus

50–59-aastastel isikutel	KOOD	HÕLMATUS	PUNKTE
50–59-aastastel naistel tehtud mammograafilised uuringud	6074	70%	30
			30

(3) Südame-veresoonkonnahaiguste ennetus on populatsioonipõhine primaarne preventsioon 40–60-aastaste isikute vanusegrupis. Sihtgrupi moodustavad asümptomaatilised, väliselt terved isikud.

(4) Perearsti nimistu hõlmatust arvestatakse 2006. ja 2007. aastal tehtud analüüside koodide 6501f ja 6500b ning 66104 ja 66101 järgi.

(5) Koodiga 66105, 66104, 6320 või 6322 või 6326 tähistatud uuring määratakse patsientidele, kelle üldkolesterooli tase on üle 5,2 mmol/l.

(6) Perearsti nimistu hõlmatust arvestatakse 2006. ja 2007. aastal tehtud uuringu koodide 6911, 6912 või 66212 järgi. Nimetatud uuring viiakse läbi üks kord kolme aasta jooksul populatsioonipõhiselt kas perearsti või günekoloogi poolt ja naiste hõlmatus arvestatakse 2006. ja 2007. aastal nimistus olevatele vastava vanusegrupi naistele tehtud analüüsi järgi. Perearst võib tegutseda ka nõustajana ja suunata patsiendi vastavale uuringule eriarsti juurde.

(7) Koodiga 6074 tähistatud uuringute maht kalendriaastaks määratakse «Rinnavähi varajase avastamise projektis», mida teostatakse «Ravikindlustuse seaduse» § 34 alusel kooskõlastatult Sotsiaalministeeriumiga. Riikliku vähistrateegia raames skriiningut korraldav asutus saadab välja kutsed naistele uuringus osalemiseks ja on kohustatud teavitama perearsti tema nimistus olevatest naistest, kellele vastava kalendriaasta jooksul saadetakse «Rinnavähi varajase avastamise projektis» osalemiseks kutse. Perearst nõustab tema nimistus olevaid naisi, keda on planeeritud kutsuda uuringule, uuringu vajalikkusest ja vajadusel liikuva mammograafi töö kavast maakonniti kalendriaastas.

(8) Koodiga 6074 tähistatud uuringu hõlmatus peab olema 70% perearsti nimistus olevatest naistest, kellele vastaval kalendriaastal saadetakse kutse «Rinnavähi varajase avastamise projektis» osalemiseks.

(9) Krooniliste haigete jälgimise tegevuse kriteeriumid on järgmised:

DIABEET II	KOOD	HÕLMATUS	PUNKTE
Diabeet II (rahvusvahelises haiguste ja tervisega seotud probleemide statistilise klassifikatsiooni kümnendas väljaandes (edaspidi *RHK 10*) kood E11) krooniliste haigete loetelu seisuga 01.01. olemas		Jah	20
Diabeet II haiged, kellel on tehtud EKG	6320 või 6322 või 6323	90%	7
Diabeet II haigetel vaadatud silmapõhjad kolmepeegliläätse või Volke luubiga või silmapõhja fotografeerimine	7263 või 7260	80%	7

Diabeet II haiged, kellel määratud glükohemoglobiin	66118	90%	7
Diabeet II haigetel määratud kreatiniin vereseerumis	66102	90%	7
Diabeet II haigetel määratud üldkolesterool	66104	90%	7
Diabeet II haigetel määratud triglütseriidid	66104	90%	7
Diabeet II haigetel määratud kolesterooli fraktsioonid	66105	90%	7
Diabeet II haigetel tehtud uriini analüüs testribaga	66207	90%	7
Diabeet II haigetel määratud albumiin uriinis (mikroalbumiin)	66117	90%	7
Pereõe nõustamine	9015	80%	8
			91

HÜPERTOONIATÕBI		KOOD	HÕLMATUS	PUNKTE
Hüpertooniatõve (RHK 10 kood: I10–I15 ja haiguse raskusastmed) krooniliste haigete loetelu seisuga 01.01. olemas			Jah	20
I aste	Glükoos	66101	80%	7
	Üldkolesterool	66104	80%	7
	EKG	6320 või 6322 või 6323	80%	7
	Uriini analüüs testribaga	66207	80%	7
	Pereõe nõustamine	9015	50%	8
II aste	Üldkolesterool	66104	80%	7
	Triglütseriidid	66104	80%	7
	Kolesterooli fraktsioonid	66105	80%	7
	Glükoos	66101	80%	7
	Kreatiniin	66102	80%	7
	Albumiin uriinis (mikroalbumiin)	66117	80%	7
	EKG	6320 või 6322 või 6323	80%	7
	Uriini analüüs testribaga	66207	80%	7
III aste	Üldkolesterool	66104	90%	7
	Triglütseriidid	66104	90%	7
	Kolesterooli fraktsioonid	66105	90%	7
	Glükoos	66101	90%	7
	Albumiin uriinis (mikroalbumiin)	66117	90%	7
	Kreatiniin	66102	90%	7
	EKG	6320 või 6322 või 6323	90%	7
	Uriini analüüs testribaga	66207	90%	7

	Vaadatud silmapõhjad kolmepeegliläätse või Volke luubiga või silmapõhja fotografeerimine	7263 või 7260	90%	7
				175

(10) Diabeet II (RHK 10 kood: E11) haigete loetelu esitatakse haigekassale jooksva kalendriaasta 1. jaanuari seisuga.

(11) Diabeet II haigetel võetakse hõlmatuse arvestamisel arvesse 2006. ja 2007. aastal tehtud uuringud koodidega 6320, 6322 või 6323. Uuring viiakse läbi vastavalt ravijuhendile, tulemustasu arvestusse läheb uuringu läbiviimine üks kord kolme aasta jooksul.

(12) Diabeet II haigetel võetakse hõlmatuse arvestamisel arvesse 2006. ja 2007. aastal tehtud uuringud koodidega 7263 või 7260. Uuringute teostamise sageduse sätestab ravijuhend, tulemustasu arvestusse läheb uuringu läbiviimine üks kord kahe aasta jooksul.

(13) Diabeet II haigetel võetakse hõlmatuse arvestamisel arvesse 2006. aastal tehtud uuringud koodidega 6503f, 6503g või 2007. aastal tehtud uuringud koodiga 66105. Uuringute teostamise sageduse sätestab ravijuhend, tulemustasu arvestusse läheb uuringu läbiviimine üks kord kolme aasta jooksul.

(14) Hüpertooniatõve (RHK 10 kood: I10–I15 ja haiguse raskusastmed) haigete loetelu esitatakse haigekassale jooksva kalendriaasta 1. jaanuari seisuga.

(15) Hüpertooniatõve I astme haigete puhul viiakse 2006. aastal koodidega 6500b, 6501f, 6320 või 6322 või 6323, 6601 või 6602 tähistatud uuringud ning 2007. aastal koodidega 66101, 66104, 6320 või 6322 või 6323, 66207 tähistatud uuringud läbi ravijuhendis sätestatud sagedusega, tulemustasu arvestusse läheb uuringu läbiviimine üks kord kolme aasta jooksul.

(16) Hüpertooniatõve I astme haigete puhul arvestatakse pereõe nõustamistegevust.

(17) Hüpertooniatõve II astme haigete puhul viiakse koodidega 66104, 66105, 66101, 66102 tähistatud uuringud läbi ravijuhendis sätestatud sagedusega, tulemustasu arvestusse läheb uuringu läbiviimine üks kord aastas. Koodidega 6320 või 6322 või 6323, 66207, 66117 või 2006. aastal koodidega 6607, 6505d, 6612 või 6512d tähistatud uuringud viiakse läbi ravijuhendis sätestatud sagedusega, tulemustasu arvestusse läheb uuringu läbiviimine üks kord kolme aasta jooksul.

(18) Hüpertooniatõve III astme haigete puhul viiakse koodidega 66104, 66105, 66101, 66117, 66102, 6320 või 6322 või 6323, 66207 tähistatud uuringud läbi ravijuhendis sätestatud sagedusega, tulemustasu arvestusse läheb uuringu läbiviimine üks kord aastas. Koodidega 7263 või 7260 tähistatud uuringud viiakse läbi ravijuhendis sätestatud sagedusega, tulemustasu arvestusse läheb uuringu läbiviimine üks kord kolme aasta jooksul.

(19) Diabeet II haiged ja hüpertooniatõve III astme haiged suunab perearst koodidega 7263 või 7260 tähistatud uuringule või silmaarsti vastuvõtule.

(20) Ravitöö tulemuslikkuse tegevuse kriteeriumid on järgmised:

Rasedate jälgimine ning kirurgilised manipulatsioonid ja pisioperatsioonid		**KOOD**	**PUNKTE**
Rasedate jälgimine ja günekoloogiline läbivaatus	Raseduse tuvastamine ja jälgimise plaani koostamine	2252K	4
	Raseduse kulu jälgimine kuni 20. rasedusnädalani	2253K	4
	Raseduse kulu jälgimine 20.–36. rasedusnädalani	2255K	4
	Raseduse kulu jälgimine 36.–40. nädalani	2257K	4
	Günekoloogiline läbivaatus koos preparaadi võtmisega	7359	4
Kirurgilised manipulatsioonid ja pisioperatsioonid	Ambulatoorne pisioperatsioon (pindmise mädakolde avamine, panariitsiumi avamine jmt)	7100	4
	Nahahaava suturatsioon	7101	4

	Põletushaige ambulatoorne sidumine	7111	4
	Kateteriseerimine	7159	4
	Püsikateetri paigaldamine	7160	4
	Epitsüstostoomi vahetus	7162	4
	Kusepõie loputus ja ravimi viimine põide (ambulatoorselt)	7163	4
	Kipslahase asetamine	7106	4

(21) Perearsti poolt koodidega 2252K, 2253K, 2255K, 2257K, 7359, 7100, 7101, 7111, 7159, 7160, 7162, 7163 ja 7106, tähistatud tegevusel annab iga kood perearstile 4 arvestuslikku punkti.

(22) Nimistuga töötavale perearstile määratakse lisatasu koefitsiendiga 0,8, kui on täidetud järgmised nõuded:
1) perearsti tegevusel haiguste ennetamisel on arvestuslikest punktidest täidetud vähemalt 90% (178 punkti);
2) perearsti tegevusel krooniliste haigete jälgimisel on arvestuslikest punktidest täidetud vähemalt 80% (212 punkti).

(22^1) Nimistuga töötavale perearstile makstakse 2006. aasta eest lisatasu koefitsiendiga 0,5, kui perearsti tegevuse hindamise tulemusena saab perearst tulemuseks vähemalt 250 punkti.

[RTL 2007, 30, 542– jõust. 16.04.2007] – kohaldatakse alates 1.01.2007 ja 1.04.2007

(22^2) Nimistuga töötavale perearstile makstakse 2006. aasta eest lisatasu koefitsiendiga 0,25, kui perearsti tegevuse hindamise tulemusena saab perearst tulemuseks vähemalt 40 ja ta on haigekassale esitanud krooniliste haigete (diabeet II ja hüpertooniatõbi) loetelud seisuga 01.01.2006.

[RTL 2007, 30, 542– jõust. 16.04.2007] – kohaldatakse alates 1.01.2007 ja 1.04.2007

(23) Nimistuga töötavale perearstile makstakse lisatasu koefitsiendiga 1,0, kui:
1) perearsti tegevusel haiguste ennetamisel on arvestuslikest punktidest täidetud 100% (198 punkti) ja krooniliste haigete jälgimisel on arvestuslikest punktidest täidetud 100% (266 punkti) või,
2) lisaks käesoleva paragrahvi lõikes 22 sätestatud nõuetele on perearsti ravitöö tulemuslikkusest täidetud vähemalt 80 punkti.

(24) Haigekassa hindab perearsti poolt esitatud raviarvete alusel perearsti tegevust hindamisele eelnenud kalendriaasta või käesolevas paragrahvis sätestatud juhul hindamisele eelnenud kahe kalendriaasta tegevusega kogutud punktide alusel ning kinnitab hindamise tulemused hiljemalt kalendriaasta 1. juuliks. Lisatasu määratakse perearstile üheks aastaks alates hindamise kalendriaasta 1. juulist.

(25) Perearstil on õigus algatada käesoleva paragrahvi lõike 24 alusel tehtud haigekassa otsuse suhtes vaidemenetlus kolmekümne kalendripäeva jooksul «Haldusmenetluse seaduses» sätestatud korras.

(26) Perearstide nimed, kellele on määratud lisatasu, avalikustatakse haigekassa veebilehel kalendriaasta 1. juuliks.

3. peatükk
ERIARSTIABI EEST TASUMINE

1. jagu
Ambulatoorne eriarstiabi

§ 9. Ambulatoorse eriarstiabi eest tasumine

(1) Tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud eriarsti vastuvõtu piirhind sisaldab järgmisi tegevusi:
1) vestlus haigega ja anamneesi kogumine ning talletamine;
2) haige läbivaatus, diagnostika ja raviplaani koostamine, diagnoosi määramine;
3) ravi määramine;
4) nõustamine tervise säilitamise ja parandamise osas;
5) nõustamine töö- ja elukorralduse osas;
6) ravimite soovitamine ja retsepti väljakirjutamine;
7) teenuste osutamist tõendavate dokumentide vormistamine;
8) lihtsamate raviprotseduuride tegemine, sh süstimine, sidumine, aparaatne füsioteraapia, osokeriit- ja parafiinravi, v.a põletushaige sidumine (kood 7111);
9) teised, vastuvõtu käigus vajalikud tegevused, mis on otseselt seotud teenuste osutamisega;

10) laboriuuringud, mis on sätestatud tervishoiuteenuste loetelu 8. peatükis koodidega 66101 (on arvestatud vastuvõtu piirhinna sisse, juhul kui seda on tehtud üks kord päevas), 66200, 66201, 66202 ja 66207.

(2) Eriarsti vastuvõtt ning ambulatoorsel ravil viibivale haigele tehtud uuringud ja osutatud teenused, v.a käesoleva paragrahvi lõikes 1 loetletud tegevused, vormistatakse raviarvel.

(3) Sama eriarsti või õe poolt haigele ühe haigusjuhu korral tehtud uuringud ja osutatud teenused ning nende poolt sama haigusjuhu korral teiselt tervishoiuteenuse osutajalt tellitud uuringud ja protseduurid vormistatakse ühel raviarvel.

§ 10. Vähihaige koduse toetusravipäeva eest tasumine

Vähihaige koduse toetusravipäeva, koodiga 7408 tähistatud teenuse piirhind sisaldab eriarsti või õe koduvisiidi käigus tehtud järgmisi tegevusi ja protseduure koos vajalike materjalidega:
1) põieloputus ja kateetri vahetamine;
2) krooniliste haavade sidumine, plaastrite vahetus, lamatiste profülaktika;
3) pidev hapnikravi;
4) tilkfusioon;
5) pidev valutustamine (valupump);
6) sondiga toitmine;
7) punktsioonid, haige punktsioonijärgne jälgimine;
8) vajadusel teadvuseta haige jälgimine;
9) põetus-hooldusplaani koostamine esmasel koduvisiidil ja haige omaste õpetamine, terviseseisundi muutumisel põetusplaani muutmine koos omaste õpetamisega;
10) klistiiri tegemine;
11) suuõõne puhastamine suuõõnekasvaja korral;
12) imavsidemed;
13) haige ja tema omaste psühhosotsiaalne nõustamine, arvestades vähihaige eripära.

§ 11. Koduse peritoneaaldialüüsi ravipäeva eest tasumine

Koduse peritoneaaldialüüsi ravipäeva, koodiga 7033 tähistatud teenuse piirhind sisaldab kulutusi vajalikele tarvikutele, lahustele, haige õpetamisele ning nõustamisele.

§ 12. Päevaravi ja päevakirurgia eest tasumine

(1) Päevaravi ja päevakirurgia tingimustes osutatava teenuse piirhind sisaldab kulutusi järgmistele tegevustele:
1) soovitused tervise säilitamiseks ja parandamiseks;
2) soovitused töö- ja elukorralduse osas;
3) ravimite soovitamine ja retsepti väljakirjutamine;
4) teenuste osutamist tõendavate dokumentide vormistamine;
5) lihtsamate raviprotseduuride tegemine, sh süstimine, sidumine, aparaatne füsioteraapia, osokeriit- ja parafiinravi, v.a põletushaige sidumine (kood 7111);
6) teised vastuvõtu käigus vajalikud tegevused, mis on otseselt seotud teenuste osutamisega;
7) tervishoiuteenuste loetelu 8. peatükis sätestatud järgmised laboriuuringud: kood 66101 (on arvestatud piirhinna sisse, juhul kui seda on tehtud üks kord päevas), koodid 66200, 66201, 66202 ja 66207;
8) haige hooldus, põetus, ravimid ning üks söögikord.

(2) Anesteesia, kompleksteenuste ja operatsioonide eest päevakirurgias tasub haigekassa tervishoiuteenuste loetelu 4., 5. ja 6. peatükis kehtestatud piirhindade alusel.

2. jagu
Statsionaarne eriarstiabi

§ 13. Statsionaarse eriarstiabi arvestus

(1) Statsionaarse eriarstiabi põhiline arvestusühik on voodipäev, mille maksumuse aluseks on haige ravil viibimise ööpäevane kestus, v.a tervishoiuteenuste loetelus sätestatud juhtudel.

(2) Voodipäeva piirhind sisaldab kulutusi järgmistele tegevustele:
1) vestlus haigega ja anamneesi kogumine ning talletamine;
2) haige läbivaatus, diagnostika ja raviplaani koostamine, kliinilise diagnoosi püstitamine, ravi määramine;
3) soovitused tervise säilitamiseks ja parandamiseks;
4) soovitused töö- ja elukorralduse osas;
5) haige hooldus, põetus, toitlustamine;
6) lihtsamate raviprotseduuride tegemine, sh süstimine, sidumine, aparaatne füsioteraapia, osokeriit- ja parafiinravi, v.a põletushaige sidumine (kood 7111);
7) ravimid, v.a tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud ravimid;
8) laboriuuringud, mis on kehtestatud tervishoiuteenuste loetelu 8. peatükis koodidega 66101 (on arvestatud voodipäeva piirhinna sisse juhul, kui seda on tehtud üks kord ööpäevas); 66100, 66102, 66103, 66104, 66106, 66107, 66112, 66200, 66201, 66202, 66207, 66117;
9) eriarstide konsultatsioonid.

(3) Voodipäevade arv ja haigele tehtud terviseuuringud ning osutatud teenused, v.a käesoleva paragrahvi lõikes 2 loetletud tegevused, vormistatakse samal raviarvel.

(4) Ühe tervishoiuteenuse osutaja juures statsionaarsel ravil viibimise ajal sama või teise tervishoiuteenuse osutaja poolt osutatud tervishoiuteenused vormistatakse samal statsionaarse ravi raviarvel.

§ 14. Voodipäevade arvestus

(1) Haige ravil viibimisel sama tervishoiuteenuse osutaja erinevates osakondades ei tohi ühegi tervishoiuteenuste loetelu §13 lõikes 1 loetletud erialajärgsete voodipäevade arv eraldi ületada vastavat voodipäevade maksimumarvu ning kokku suurimat voodipäevade maksimumarvu (v.a koodidega 2045–2048, 2053 ja 2059 tähistatud tervishoiuteenused).

(2) Erialajärgsete voodipäevade arvu hulka loetakse ka I astme intensiivravi päevad.

(3) Tegevusloal märkega «sealhulgas» märgitud eriala voodipäevakulude eest tasumisel rakendatakse põhierialale vastavat voodipäeva piirhinda.

§ 15. Hooldusravi ja haige lapse põetamise eest tasumine

Hooldusravi voodipäeva piirhind (kood 2053) sisaldab hooldushaige ravi ja põetamisega seotud tegevuste ja protseduuride maksumust ning ravimeid, v.a tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud ravimid.

§ 16. Intensiivravi eest tasumine

(1) Intensiivravi teenuste eest tasub haigekassa tervishoiuteenuse osutajale sotsiaalministri 6. mai 2002. a määruse nr 76 «Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord» lisades 19 ja 20 sätestatud ja haigusloos TISS-lehele kantud toimingute ning nende 24 tunni jooksul kogutud hindepunktide alusel punktide arvu järgi järgmiselt:
1) 8–14 punkti – I aste (kood 2044);
2) 15–24 punkti – II aste (kood 2045);
3) 25–39 punkti – III aste (kood 2046);
4) 40 ja enam punkti – III A aste (kood 2059).

(2) Vähem kui 8 punkti korral tasub haigekassa tervishoiuteenuste loetelu § 13 lõikes 1 loetletud erialajärgse voodipäeva piirhinna.

(3) Haige viibimisel intensiivravil ööpäevas 18 ja enam tundi tasub haigekassa voodipäevajärgse piirhinna alusel ning alla 18-tunnisel viibimisel tegelikult viibitud tundide eest käesoleva määruse § 59 punktis 4 sätestatud teenuse hulga alusel.

(4) Madalama astme intensiivravi eest võib tasuda ka kõrgema astme tegevusloaga intensiivraviosakonnas tehtud ravi eest, lähtudes punktide arvust.

(5) Põletushaige I ja II astme intensiivravi korral tasub haigekassa kokku kuni 25 intensiivravipäeva eest.

(6) Kulude eest tasumisel intensiivravi pikenemisel üle käesolevas paragrahvi lõikes 5 kehtestatud intensiivravipäevade arvu kooskõlastatakse tasu maksmine kõrgema astme intensiivravi piirhinna alusel eelnevalt haigekassa piirkondliku osakonnaga, kelle nimekirja kindlustatud isik on kantud.

4. peatükk
UURINGUTE JA PROTSEDUURIDE EEST TASUMINE

§ 17. Füsioteraapia ja tegevusteraapia eest tasumine

(1) Füsioteraapia (kestus 60 min) (kood 7041) sisaldab järgmisi tegevusi:
1) füsioterapeutiline hindamine;
2) füsioterapeutilise diagnoosi määramine;
3) füsioteraapia planeerimine;
4) füsioteraapia tegevuste läbiviimine (kehaline harjutus, massaaž, füüsikalise ravi protseduurid).

(2) Tegevusteraapia (kestus 60 min) (kood 7042) sisaldab järgmisi tegevusi:
1) tegevusvõime hindamine;
2) igapäevaelu oskuste õpetamine ja harjutamine;
3) tegevuseelduste arendamine, taastamine ja säilitamine;
4) igapäevaelu tegevuste sooritamist toetavate abivahendite määramine, soovitamine ning kasutama õpetamine;
5) keskkonna kohandamine patsiendi tegevusvõimele vastavaks;
6) individuaalsete ortooside valmistamine;

7) tegevusvõimealane juhendamine ja nõustamine.

5. peatükk
KOMPLEKSTEENUSE EEST TASUMINE

§ 18. Kompleksteenuste eest tasumine

(1) Kompleksteenuste piirhinnad sisaldavad operatsioonieelsel ja -järgsel perioodil tehtavate uuringute, protseduuride, voodipäevade, intensiivravi, anesteesia, operatsiooni, meditsiiniseadmete ja veretoodete maksumust järgmiste kompleksteenuste korral:

Teenuse nimetus	Teenuse kood
Suure liigese endoproteesimine	2240K
Apendektoomia	2242K
Ingvinaalherniotoomia	2243K
Umbilikaal- ja femoraalherniotoomia	2244K
Laparoskoopiline koletsüstektoomia	2245K
Eesnäärme TUR-resektsioon	2246K
Transuretraalne nõelablatsioon	2247K
Katarakti operatsioon	2248K
Alajäseme veenilaiendite operatsioon koos safenektoomiaga	2250K
Kusiti fikseerimine tupe kaudu proleenlingu abil	2275K
Pehmekoe defekti parandamine koeekspandri abil	2282K

(2) Koodiga 2207K tähistatud tervishoiuteenus sisaldab sünnitusabi voodipäevi, epiduraalaneteesiat, reesuskonflikti ja vastsündinu K-vitamiini profülaktikat, vastsündinu hooldamist, elustamist ning ravi (v.a intensiivravi alates II astmest) ja ema ja vastsündinu diagnostikat (v.a histoloogilised uuringud ja lahang).

§ 19. Normaalse raseduse jälgimise eest tasumine

Normaalse raseduse jälgimise eest tasub haigekassa kompleksteenusena, mille kohta vormistab rasedat jälgiv perearst ühe raviarve iga rasedusperioodi lõppedes, lähtudes Eesti Naistearstide Seltsi poolt heakskiidetud raseduse jälgimise juhendist järgmiselt:

Teenuse nimetus	Teenuse kood
Raseduse tuvastamine ja kulu jälgimise plaani koostamine	2252K
Raseduse kulu jälgimine kuni 20. rasedusnädalani	2253K
Raseduse kulu jälgimine 20.–36. nädalani	2255K
Raseduse kulu jälgimine 36.–40. nädalani	2257K

§ 20. Embrüo siirdamise ja kehavälise viljastamise kompleksteenuste eest tasumine

Embrüo siirdamise ja kehavälise viljastamise eest (koodid 2208K ja 2281K) tasub haigekassa juhul, kui embrüo siirdamisel on järgitud «Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seaduse» §-des 5, 9, 10, 14, 16 ja 17 sätestatut.

§ 21. Ööpäevaringse vältimatu arstiabi eest tasumine

(1) Ööpäevaringse vältimatu arstiabi andmise toetust ühe eriala kohta kvartalis (kood 2280K) tasub haigekassa eriarsti ööpäevaringse kohaloleku korral Vabariigi Valitsuse 2. aprilli 2003. a määruses nr 105 «Haiglavõrgu arengukava» (edaspidi *arengukava*) nimetatud haiglatele.

(2) Ööpäevaringse vältimatu arstiabi andmise toetust ühe eriala kohta kvartalis (kood 2280K) tasub haigekassa SA Tartu Ülikooli Kliinikumile järgmiste erialade eest:
1) üldkirurgia;
2) otorinolarüngoloogia;
3) neuroloogia;
4) ortopeedia;
5) sünnitusabi ja günekoloogia;
6) sisehaigused;
7) pediaatria;
8) psühhiaatria;
9) erakorraline meditsiin.

(3) Ööpäevaringse vältimatu arstiabi andmise toetust ühe eriala kohta kvartalis (kood 2280K) tasub haigekassa SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglale järgmiste erialade eest:

1) üldkirurgia;
2) otorinolarüngoloogia;
3) neuroloogia;
4) ortopeedia;
5) sünnitusabi ja günekoloogia;
6) sisehaigused;
7) psühhiaatria;
8) erakorraline meditsiin.

(4) Ööpäevaringse vältimatu arstiabi andmise toetust ühe eriala kohta kvartalis (kood 2280K) tasub haigekassa SA Tallinna Lastehaiglale järgmiste erialade eest:
1) lastekirurgia;
2) pediaatria;
3) erakorraline meditsiin.

(5) Ööpäevaringse vältimatu arstiabi andmise toetust ühe eriala kohta kvartalis (kood 2280K) tasub haigekassa keskhaiglatele järgmiste erialade eest:
1) üldkirurgia;
2) sünnitusabi ja günekoloogia;
3) sisehaigused;
4) pediaatria;
5) erakorraline meditsiin.

(6) Ööpäevaringse vältimatu arstiabi andmise toetust ühe eriala kohta kvartalis (kood 2280K) tasub haigekassa üldhaiglatele järgmiste erialade eest:
1) üldkirurgia;
2) sünnitusabi ja günekoloogia;
3) sisehaigused;
4) erakorraline meditsiin.

(7) Ööpäevaringse vältimatu arstiabi andmise toetust ühe eriala kohta kvartalis (kood 2280K) tasub haigekassa SA Hiiumaa Haiglale järgmiste erialade eest:
1) üldkirurgia;
2) sisehaigused;
3) erakorraline meditsiin.

Sealjuures on nõutav ühe loetelus nimetatud eriala arsti kohalolek haiglas ööpäevaringselt. Teised nimetatud erialade arstid on ööpäevaringselt valves telefoniväljakutsel kohalejõudmisega 30 minuti jooksul.

(8) Ööpäevaringse vältimatu arstiabi andmise toetust ühe eriala kohta kvartalis (kood 2280K) tasub haigekassa kohalikele haiglatele erakorralise meditsiini eriala eest.

§ 22. Diagnoosipõhise kompleksteenuse ja muude samaaegselt osutatud teenuste eest tasumine

(1) Järgneva raviarve vormistamise korral DRG piirhindu ei rakendata.

(2) DRG piirhindu ei rakenda raviarve vormistamisel tervishoiuteenuse osutaja, kust statsionaarsel või päevaravil viibinud kindlustatud isik suunatakse edasi statsionaarsele ravile (v.a statsionaarsele hooldusravile või statsionaarsele taastusravile) järgmiselt:
1) kohalik haigla edasi suunamisel piirkondlikku, kesk- või üldhaiglasse;
2) üldhaigla ja arengukavas nimetamata tervishoiuteenuse osutajad edasi suunamisel piirkondlikku või keskhaiglasse;
3) keskhaigla edasi suunamisel piirkondlikku haiglasse.

(3) DRG piirhindu ei rakenda raviarve vormistamisel tervishoiuteenuse osutaja, kuhu kindlustatud isik on suunatud statsionaarselt ravilt (v.a statsionaarselt hooldusravilt või statsionaarselt taastusravilt) või päevaravilt järgmiselt:
1) kohalik haigla, kuhu kindlustatud isik on suunatud piirkondlikust, kesk- või üldhaiglast;
2) üldhaigla ja arengukavas nimetamata tervishoiuteenuse osutajad, kuhu kindlustatud isik on suunatud piirkondlikust või keskhaiglast;
3) keskhaigla, kuhu kindlustatud isik on suunatud piirkondlikust haiglast.

6. peatükk
LABORIUURINGUTE JA RAVIMITE EEST TASUMINE

§ 23. Laboriuuringu eest tasumine

(1) Laboriuuringu piirhind sisaldab analüüsi võtmiseks vajaminevate tarvikute maksumust.

(2) Juhul kui üks tervishoiuteenuse osutaja ostab laboriuuringu teiselt tervishoiuteenuse osutajalt, arvestab laboriuuringu teinud tervishoiuteenuse osutaja analüüsi võtmiseks vajalike tarvikute maksumuse teenuse müügihinnast maha.

§ 24. Ravimite eest tasumine

(1) Mitte-Hodgkini lümfoomi kemoteraapiakuuri (kood 308R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:
1) tsütostaatilise ravi kombinatsioon rituksimabiga esimese rea raviskeemina CD20-positiivse difuusse B-suurerakulise lümfoomi korral;
2) monoravi rituksimabiga III–IV staadiumi teiste kemoterapeutikumide suhtes resistentse või retsidiveerunud follikulaarse lümfoomi korral.

(2) Rinnakasvajate kemoteraapiakuuri (kood 314R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:
1) antratsükliinravi adjuvantkeemiaravina ja kaugelearenenud rinnavähi esimese rea keemiaravina, kui patsient pole saanud adjuvantravis antratsükliine või adjuvantravist on möödas üle 1 aasta;
2) CMF kombinatsioonravi adjuvantkeemiaravina ja kaugelearenenud rinnavähi esimese rea keemiaravina, kui patsiendil on ravi antratsükliinidega vastunäidustatud ning haigus on hea kuluga;
3) taksaani ja antratsükliini kombinatsioonravi esimese rea keemiaravina kaugelearenenud rinnavähiga patsientidel, kui patsient on saanud adjuvantravis antratsükliine, haigusevaba periood on alla 1 aasta ja haigus on agressiivse kuluga;
4) monoravi trastuzumabiga teise rea keemiaravina kaugelearenenud rinnavähiga patsientidel, kui kasvajal esineb HER2 üleekspressioon (3+ immuunohistokeemilisel uuringul või FISH-positiivsed) ning kes on eelnevalt saanud keemiaravi antratsükliini ja taksaane sisaldavate raviskeemidega, v.a juhud, kui patsiendile on need ravimid vastunäidustatud;
5) trastuzumabi ja taksaani kombinatsioonravi teise rea keemiaravina kaugelearenenud rinnavähiga patsientidel, kui kasvajal esineb HER2 üleekspressioon (3+ immuunohistokeemilisel uuringul või FISH-positiivsed) ning kes on eelnevalt saanud ravi antratsükliini sisaldava raviskeemiga;
6) monoravi taksaaniga teise rea keemiaravina kaugelearenenud rinnavähiga HER2 retseptor negatiivsetel patsientidel antratsükliini sisaldava keemiaravi järgselt;
7) alternatiivina kemoteraapiale ravi gosereliiniga (üks ravikuur koosneb 4 süstist; kuni 6 ravikuuri ühel patsiendil) pre- ja perimenopausis I ja II staadiumi hormoonsõltuva rinnavähiga patsientidel, kes kuuluvad keskmise riski gruppi (puuduvad regionaalsed metastaasid, kasvajakolde suurim läbimõõt on kuni 2 cm, diferentseerumisaste G1-G2, östrogeen- ja/või progesteroonretseptor positiivsed).

(3) Koodidega 305R–318R ja 321R tähistatud teenuste piirhindade alusel tasub haigekassa juhul, kui kemoteraapiakuur on läbi viidud sellekohast tegevusluba omavas haiglas töötava onkoloogi (koodi 318R puhul uroloogi) või hematoloogi poolt tingimusel, et ravikuuri ettevalmistamise ja läbiviimise ajal on tagatud tsütostaatiliste ravimite käsitsemisjuhendite tingimuste täitmine.

(4) Koodiga 330R tähistatud teenuse piirhinna alusel tasub haigekassa juhul, kui arengukavas nimetatud piirkondlikes ja keskhaiglates on vastavalt Sotsiaalministri 31. oktoobri 2003. a määrusele nr 117 «Haiglanakkuste seire, ennetamise ja tõrje abinõude ning sellekohase teabe edastamise kord ning mikrobioloogia- ja viroloogialaborist haiglanakkuse laboratoorse seire ning mikroobide ravimresistentsuse uurimise tulemuste Tervisekaitseinspektsioonile edastamise kord» loodud nakkushaiguste kontrolli teenistus ja on tagatud infektsioonhaiguste kvalifikatsiooniga haiglanakkustõrje arsti pidev järelevalve.

(5) Seedesüsteemi kemoteraapiakuuri (kood 310R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:
1) 5 FU/FA: kolorektaalvähi adjuvantne või palliatiivne ravi, kui patsient ei talu agressiivsemat keemiaravi;
2) 5 FU/FA kombinatsioon irinotekaaniga: kolorektaalvähi palliatiivne ravi 1. või 2. reana sõltuvalt varasemast ravist, kui patsient talub agressiivsemat keemiaravi ning on vastunäidustused bevacizumabile;
3) 5 FU/FA kombinatsioon oksaliplatiiniga: kolorektaalvähi adjuvantne ja palliatiivne 1. või 2. rea ravi sõltuvalt varasemast ravist, kui patsient talub agressiivsemat keemiaravi ning on vastunäidustused bevacizumabile;
4) 5 FU/FA kombinatsioon bevacizumabiga: kolorektaalvähi palliatiivne keemiaravi, kui patsient ei talu või on vastunäidustused irinotekaanile ja oksaliplatiinile;
5) 5 FU/FA kombinatsioon irinotekaani ja bevacizumabiga: kolorektaalvähi palliatiivne 1. või 2. rea ravi sõltuvalt varasemast ravist, kui patsient talub agressiivsemat keemiaravi;
6) 5 FU/FA kombinatsioon oksaliplatiini ja bevacizumabiga: kolorektaalvähi palliatiivne 1. või 2. rea ravi sõltuvalt varasemast ravi, kui patsient talub agressiivsemat keemiaravi;
7) Irinotekaani monoteraapia: kolorektaalvähi 2. või 3. rea palliatiivne ravi oksaliplatiini sisaldava raviskeemi järgselt;
8) 5 FU kombinatsioon doksorubitsiini ja mitomütsiiniga: maovähi palliatiivne ravi, kui patsient ei talu agressiivsemat keemiaravi tsisplatiiniga või on haigus tsisplatiini sisaldava skeemi foonil progresseerunud. Sapiteede kartsinoomi ravi;
9) 5 FU kombinatsioon tsisplatiini ja epirubitsiiniga: maovähi palliatiivne või neoadjuvantne ravi heas üldseisundis haigetele, kes taluvad agressiivset keemiaravi;
10) 5 FU kombinatsioon tsisplatiiniga: mao- ning söögitoruvähi palliatiivne ning neoadjuvantne ravi, kui haige talub agressiivset keemiaravi. Pankrease kartsinoomi ravi, kui patsiendil on gemtsitabiin vastunäidustatud;
11) Dotsetakseeli sisaldavad raviskeemid: mao- ning söögitoruvähi palliatiivne ning neoadjuvantne ravi heas üldseisundis haigetele, kes taluvad agressiivset keemiaravi;
12) Gemtsitabiini monoteraapia: pankrease kartsinoomi 1. rea ravi, kui patsient talub gemtsitabiini.

(6) Günekoloogilise sfääri kemoteraapiakuuri (kood 311R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:

1) paklitakseeli monoteraapia: metastaatilise munasarjakartsinoomi II rea ravi peale ravi ebaõnnestumist plaatinapreparaatidega;
2) dotsetakseeli monoteraapia: metastaatilise munasarjakartsinoomi II rea ravi peale ravi ebaõnnestumist plaatinapreparaatidega kui paklitakseel on vastunäidustatud;
3) karboplatiini monoteraapia: munasarjakartsinoomi retsidiivi korral enam kui 1 aasta möödumisel taksaani ja plaatinapreparaadi kombinatsioonravist või 1. rea ravi kui taksaan on vastunäidustatud;
4) topotekaani monoteraapia: munasarjakartsinoomi retsidiivi korral vähem kui 1 aasta möödumisel taksaani ja plaatinapreparaadi kombinatsioonravist;
5) gemtsitabiini kombinatsioon karboplatiiniga: munasarjakartsinoomi retsidiivi korral vähem kui 1 aasta möödumisel taksaani ja plaatinapreparaadi kombinatsioonravist;
6) tsisplatiini monoteraapia: levinud emakakaelakartsinoomi ravi kombinatsioonis kiiritusraviga, samuti metastaatilise munasarjakartsinoomi ravi kui esineb vastunäidustus karboplatiinile ja taksaanidele;
7) paklitakseeli kombinatsioon plaatinapreparaatidega: kaugelearenenud munasarjakartsinoomi 1. rea ravi, samuti metastaatilise endomeetriumi ravi kui antratsükliin on vastunäidustatud ja levinud emakakaelakartsinoomi ravi;
8) dotsetakseeli kombinatsioon plaatinapreparaatidega: kaugelearenenud munasarjakartsinoomi 1. rea ravi kui paklitakseel on vastunäidustatud;
9) tsisplatiini kombinatsioon ifosfamiidiga: levinud endomeetriumisarkoomi ravi, samuti levinud emakakaelakartsinoomi ravi;
10) tsisplatiini kombinatsioon doksorubitsiiniga: metastaatiliste endomeetriumikartsinoomi ravi.

(7) Kroonilise lümfoidse leukeemia kemoteraapiakuuri (kood 321R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:
1) fludarabiinravi esimese rea keemiaravina alla 65-aastastel heas üldseisundis füüsiliselt aktiivsetel patsientidel ning teise rea keemiaravina haiguse progresseerumise korral esimese rea ravi järgselt või kui haigus on resistentne esimese rea ravile;
2) CHOP raviskeemi kasutamine teise rea keemiaravina patsientidel, kellel fludarabiinravi on vastunäidustatud või toimeta.

7. peatükk
TERVISHOIUTEENUSE OSUTAJALE TEENUSE OSUTAMISE EEST MAKSTAVA TASU ARVUTAMISE METOODIKA

1. jagu
Üldsätted

§ 25. Metoodika rakendusala

Käesolevat metoodikat rakendatakse tervishoiuteenuste loetellu kantava teenuse piirhinna arvutamisel ja loetellu kantud teenuse piirhinna muutmisel.

2. jagu
Eriarstiabi

§ 26. Mõisted

Mõisted käesoleva jao tähenduses:
1) tegevuspõhine kuluarvestus on kuluarvestuse metoodika (*activity based costing*– ABC), mis põhineb põhjuslikul seosel tervishoiuteenuse osutaja poolt osutatava teenuse, teenuse osutamiseks vajalike tegevuste ja tegevusteks vajalike ressursside (edaspidi *ressurss*) vahel;
2) ressursid on tööjõud, üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmed, ruumid, korduvkasutusega meditsiiniseadmed, ühekordse kasutusega meditsiiniseadmed ja ravimid, tugiteenused;
3) ressursi kasutamise optimaalne maht on ühe kalendriaasta jooksul teenuste osutamiseks vajalik ühe ressursi maht, mida mõõdetakse ajalistes mõõtühikutes (minut) või arvulistes mõõtühikutes (kasutuskordade arv, protseduuride arv, voodipäevade arv, kroon);
4) ressursi kasutamise keskmine maht on ühe teenuse osutamiseks vajaliku ressursi kasutamise keskmine maht;
5) ressursi kogukulu perioodis on ressursi kogukulu kalendriaastas, mille kohta andmed esitatakse vastavalt käesoleva määruse lisale 12;
6) teenuse standardkulu on teenuse osutamiseks vajalike ressursside kasutamise keskmise mahu järgi arvutatud kulu, tuginedes eksperthinnangule;
7) eksperthinnang – «Ravikindlustuse seaduse» § 31 lõike 2 alusel Vabariigi Valitsuse kehtestatud korras määratud isiku antud hinnang.

§ 27. Ressursi ühe mõõtühiku kulu arvutamine

(1) Tööjõu, üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme, ruumide- ja korduvkasutusega meditsiiniseadme kulu ühe mõõtühiku maksumuse arvutamisel jagatakse ressursi kogukulu perioodis ressursi kasutamise optimaalse mahuga.

(2) Ühekordse kasutusega meditsiiniseadmete ja ravimite ning tugiteenuste kulu ühe mõõtühiku maksumus on võrdne ressursi kasutamise keskmise mahuga.

§ 28. Tööjõu kulu arvestamine

(1) Tööjõu kasutamise keskmise mahu arvestamisel lähtutakse ühe teenuse osutamiseks vajalikust töötajate arvust ja keskmisest tööajast, mis sisaldab otseselt teenuse osutamiseks ning ettevalmistamiseks vajalikku aega.

(2) Tööjõu kulu perioodis käesoleva jao tähenduses koosneb:
1) brutopalgast;
2) maksudest brutopalgalt (sotsiaalmaks ja töötuskindlustusmakse);
3) koolitus- ja lähetuskulust;
4) bürookulust;
5) tööriiete kulust;
6) juhtimiskulust;
7) töökoha kulust (ruum, inventar).

(3) Tööjõu kulu arvestamise alus perioodis (v.a brutopalk ja maksud brutopalgalt) töötajate lõikes, tuginedes eksperthinnangule, on kehtestatud käesoleva määruse lisas 2.

(4) Töötajate brutopalga kuluna arvestatakse teenuse standardkulus järgmisi summasid:
1) arsti brutopalk on 121 krooni 90 senti tunnis;
2) õe brutopalk on 58 krooni 50 senti tunnis;
3) hooldustöötaja brutopalk on 31 krooni 60 senti tunnis;
4) muu kõrgharidusega spetsialisti brutopalk on 121 krooni 90 senti tunnis;
5) muu keskharidusega spetsialisti brutopalk on 58 krooni 50 senti tunnis.

[RTL 2007, 30, 542– jõust. 16.04.2007] – kohaldatakse alates 1.01.2007 ja 1.04.2007

(5) Käesoleva paragrahvi lõikes 4 brutopalgana toodud summasid muudetakse lähtuvalt riikliku ravikindlustuse rahalistest võimalustest ja riigi tervishoiupoliitikast.

(6) Tööjõu kasutamise optimaalne maht ja teenuse osutamiseks vajalik tööjõu kasutamise keskmine maht, mis tugineb eksperthinnangule, on kehtestatud käesoleva määruse lisas 3.

§ 29. Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme kulu arvestamine

(1) Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme kasutamise keskmine maht arvestatakse teenuse standardkulusse vastavalt teenuse osutamiseks keskmiselt kuluvast ajast või protseduuride arvust vastava seadme kohta.

(2) Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme kulu perioodis koosneb:
1) kulumist;
2) hooldus- ja remondikuludest.

(3) Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme kulum arvestatakse teenuse standardkulusse vastavalt teenuse osutamiseks keskmiselt kuluvale ajale, seadme optimaalsele kasutamise mahule, soetusmaksumusele ja amortisatsiooniperioodile.

(4) Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme hooldus- ja remondikulu arvestatakse teenuse standardkuludesse vastavalt teenuse osutamiseks keskmiselt kuluvale ajale, lähtudes ressursi optimaalsest kasutamise mahust ja hoolduskulust aastas, kuid mitte suuremas summas kui eksperdi poolt antud hinnangus.

(5) Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme soetusmaksumus ja kasutamise optimaalne maht määratakse käesoleva määrusega kehtestatud lisa 1 andmete alusel, mis ei või olla väiksem eksperdi poolt antud hinnangust.

(6) Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmete amortisatsiooniperiood, selle kasutamise optimaalne maht ja kasutamise keskmine maht teenustes, tuginedes eksperthinnangule, on kehtestatud käesoleva määruse lisas 4.

§ 30. Ruumide kasutuskulu arvestamine

(1) Ruumide kasutamise maht arvestatakse teenuse standardkulusse vastavalt teenuse osutamiseks keskmiselt kuluvale ajale vastavas ruumis.

(2) Ruumide kogukulu perioodis koosneb:
1) hoonete ja rajatiste kulum;
2) kinnistute, hoonete ja ruumide kommunaalkulud (sealhulgas küte, elekter, vesi, kanalisatsioon, valvekulu, maamaks, olmeprügi vedu);
3) kinnistute, hoonete ja ruumidega seotud muud kulud (hooldus, remont, koristuskulu);
4) ruumis paiknevate seadmete ja inventari kulu.

(3) Ruumide kulu arvestatakse teenuse standardkuludesse, tuginedes eksperthinnangule, vastavalt käesoleva määruse lisale 5.

(4) Ruumide suurus määratakse lähtuvalt «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 22 lõike 4 alusel kehtestatud haigla liikide nõuetest.

(5) Teenuse osutamiseks vajaliku ruumi ja teenuse osutamisega mitte seotud pinna suuruse ja ruutmeetri ehitusmaksumuse arvestamisel lähtutakse eksperthinnangust.

(6) Ruumis paiknevate muude ressursside loetelu, tuginedes eksperthinnangule, on kehtestatud käesoleva määruse lisas 6.

(7) Ruumide kasutamise optimaalne maht ja nende kasutamise keskmine maht teenustes, tuginedes eksperthinnangule, on kehtestatud käesoleva määruse lisas 7.

§ 31. Korduvkasutusega meditsiiniseadmete kulu arvestamine

(1) Korduvkasutusega meditsiiniseadmete kulu arvestatakse teenuse standardkuludesse vastavalt teenuse osutamiseks vajaliku meditsiiniseadme kasutamise keskmisele mahule.

(2) Korduvkasutusega meditsiiniseadmete kogukulu perioodis arvestatakse:
1) meditsiiniseadmete maksumusest;
2) meditsiiniseadmete kasutamise optimaalsest mahust.

(3) Korduvkasutusega meditsiiniseadmete soetusmaksumus ja selle kasutamise optimaalne maht määratakse esitatud taotluse alusel lähtudes mõistlikust kasutuskordade arvust, kuid mitte väiksemast kasutamise optimaalsest mahust kui eksperdi poolt antud hinnang.

(4) Korduvkasutusega meditsiiniseadmete kasutamise optimaalne maht ja nende kasutamise keskmine maht teenustes, tuginedes eksperthinnangule, on kehtestatud käesoleva määruse lisas 8.

§ 32. Ühekordsete meditsiiniseadmete ja ravimite kulu arvestamine

(1) Ühekordsete meditsiiniseadmete ja ravimite kulu arvestatakse teenuse standardkulusse vastavalt teenuse osutamiseks vajalikule meditsiiniseadme ja ravimi kasutamise keskmisele mahule.

(2) Ühekordsete meditsiiniseadmete ja ravimite kulu (v.a tervishoiuteenuste loetelu peatükis «Meditsiiniseadmed ja ravimid» sätestatu korral) arvestamisel lähtutakse tervishoiuteenuse osutajate poolt teenuse osutamiseks tehtud meditsiiniseadmete ja ravimite keskmisest kulust.

(3) Ravimid ja meditsiiniseadmed arvestatakse muu tervishoiuteenuse standardkulusse juhul, kui nende nimetus ja piirhind ei ole sätestatud tervishoiuteenuste loetelu peatükis «Meditsiiniseadmed ja ravimid».

(4) Tervishoiuteenuste loetelu peatükis «Meditsiiniseadmed ja ravimid» sätestatud meditsiiniseadme ja ravimi standardkulu arvutamisel võetakse aluseks «Riigihanke seaduses» sätestatud viimase pakkumismenetluse tulemusel sõlmitud hankelepingus kokkulepitud meditsiiniseadme või ravimi ostuhind (edaspidi *ostuhind*) või «Ravikindlustuse seaduse» § 42 lõike 2 alusel kehtestatud sotsiaalministri määruse alusel esitatud ravimi hulgimüügi ostuhinna alusel kalkuleeritud ravimi hulgimüügihind (edaspidi *hulgimüügihind*) või meditsiiniseadme hulgimüügihind, tuginedes eksperthinnangule.

(5) Ühekordsete meditsiiniseadmete ja ravimite kasutusvajadus teenustes (v.a tervishoiuteenuste loetelu peatükis «Meditsiiniseadmed ja ravimid» sätestatu korral), tuginedes eksperthinnangule, on kehtestatud käesoleva määruse lisas 9.

(6) Tervishoiuteenuste loetelu peatükis «Meditsiiniseadmed ja ravimid» sisalduvate ravimite maksumus, kasutusvajadus ja osakaalud teenuses, tuginedes eksperthinnangule, on kehtestatud käesoleva määruse lisas 15.

(7) Tervishoiuteenuste loetelu peatükis «Meditsiiniseadmed ja ravimid» sätestatud meditsiiniseadmete maksumus, kasutusvajadus ja osakaal teenuses, tuginedes eksperthinnangule, on kehtestatud käesoleva määruse lisas 16.

§ 33. Tugiteenuste kulu arvestamine

(1) Teenuse standardkuludesse arvestatakse järgmised tugiteenuste kulud vastavalt teenuse liigile või ressursi kasutamise keskmisele mahule:
1) patsiendi haldus – klienditeenindus ja patsiendi andmete haldus;
2) pesu pesemine;
3) patsientide toitlustamine;

4) seadmete, inventari ja instrumentide sterilisatsioon;
5) jäätmekäitlus;
6) sisseostetav APEX analüüsiteenus;
7) tervishoiuteenuse osutamisega seotud transport.

(2) Tugiteenuste kasutuskulu arvestatakse teenuse standardkulusse, tuginedes eksperthinnangule, vastavalt käesoleva määruse lisale 10.

(3) Tugiteenuste kasutamise keskmine maht teenustes, tuginedes eksperthinnangule, on kehtestatud käesoleva määruse lisas 11.

§ 34. Teenuse standardkulu arvutamine

(1) Teenuse standardkulu arvutatakse «Ravikindlustuse seaduse» § 31 lõikes 5 nimetatud isiku poolt esitatud andmete alusel käesoleva määrusega kehtestatud korras.

(2) Teenuse standardkulu arvutamiseks summeeritakse käesoleva määruse teenuse osutamisega seotud lisades 3, 4, 7, 8, 11 määratud ressursivajaduse ja § 27 alusel arvutatud ressursi ühe mõõtühiku maksumuse korrutised ning liidetakse käesoleva määruse lisas 9 teenuse osutamisega seotud tegevustes kirjeldatud ressursside kulud ja käesoleva määruse § 35 lõike 3 punktis 9 loetletud teenuste osutamiseks vajalikud kulud.

(3) Tervishoiuteenuste loetelu peatükis «Meditsiiniseadmed ja ravimid» sätestatud ravimite standardkulu arvutamiseks liidetakse lisas 15 esitatud teenuses sisalduvate ravimite või ravikuuride maksumuste, mis saadakse ravimi ühe ühiku ostuhinna või hulgimüügihinna ning ravikuuris sisalduva toimeaine keskmise koguse patsiendi kohta korrutisena, ja osakaalude korrutised.

(4) Tervishoiuteenuste loetelu peatükis «Meditsiiniseadmed ja ravimid» sätestatud meditsiiniseadme standardkulu arvutamisel liidetakse lisas 16 esitatud teenuses sisalduvate meditsiiniseadmete maksumuste, mis saadakse teenuses sisalduva meditsiiniseadme koguse ja ühe ühiku ostuhinna või hulgimüügihinna korrutisena, ja osakaalude korrutised.

§ 35. Ettepaneku tegemine piirhinna arvutamiseks

(1) Ettepaneku tegemiseks lisab «Ravikindlustuse seaduse» § 31 lõikes 5 nimetatud isik «Ravikindlustuse seaduse» § 31 lõike 2 alusel kehtestatud Vabariigi Valitsuse määruse lisas loetletud andmetele käesoleva määruse lisas 1 toodud näidisvormil loetletud andmed (edaspidi *algataja taotlus*).

(2) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 sätestatud algataja taotluse vormistab ja allkirjastab teenuse piirhinna taotleja esindaja.

(3) Tervishoiuteenuste loetelusse uue teenuse lisamise või loetelus kehtestatud teenuse piirhinna muutmiseks peab algataja taotlus sisaldama järgmisi andmeid:
1) töötajate kood vastavalt käesoleva määruse lisale 3 – ametinimetus, arv ja keskmine teenuse osutamiseks kuluv aeg (otsene- ja ettevalmistusaeg);
2) üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme kood vastavalt käesoleva määruse lisale 4 – nimetus, soetusmaksumus, amortisatsiooniaeg, hoolduskulu aastas, keskmine kasutusaeg või protseduuride arv taotletava teenuse osutamiseks ja optimaalne protseduuride arv või tööaeg meditsiiniseadme kohta (aastas);
3) teenuse osutamiseks vajalik ruumi kood vastavalt käesoleva määruse lisale 7 – nimetus ja keskmine kasutusaeg;
4) uue teenuse lisamisel ruumis paiknev seade ja/või inventar vastavalt käesoleva määruse lisale 4 – nimetus, ühik, kogus;
5) korduvkasutusega meditsiiniseadmete kood vastavalt käesoleva määruse lisale 8 – nimetus, kogused, keskmine kasutuskordade arv ja keskmine soetusmaksumus;
6) ühekordsete meditsiiniseadmete ja ravimite kood vastavalt käesoleva määruse lisale 9 (v.a tervishoiuteenuste loetelu peatükis «Meditsiiniseadmed ja ravimid» sätestatu korral) – nimetus, kogused ja keskmine soetusmaksumus;
7) tervishoiuteenuste loetelu peatükis «Meditsiiniseadmed ja ravimid» sätestatud ravimid – paikme või näidustuse nimetus, paikme või näidustuse raviks või teenuses kasutatava(te) ravimi(te) või ravikuuri(de) nimetus(ed), ravikuuris sisalduva(te) toimeaine(te) nimetus(ed) ja manustamisviis(id), ravikuuris sisalduva(te) toimeaine(te) mõõtühik, ravikuuris sisalduva toimeaine keskmine kogus patsiendi kohta, ostuhind või hulgimüügi ostuhind ühiku kohta, ravikuuri osakaal paikme või näidustuse ravis, paikme või näidustuse osakaal teenuses;
8) tervishoiuteenuste loetelu peatükis «Meditsiiniseadmed ja ravimid» sätestatud ühekordsed meditsiiniseadmed – nimetus, kogus, hankelepingu ostuhind või hulgimüügihind ning osakaal teenuses;
9) tugiteenuste kood vastavalt käesoleva määruse lisale 11 – nimetus ja kogused esitatakse järgmiselt: keskmine pesusse mineva pesu kogus kilogrammides, patsiendi toitlustamine (jah/ei), keskmine sterilisatsiooni vajadus kuupmeetrites ning keskmine jäätmekäitluseks mineva materjali kogus kilogrammides;
10) teised teenused, mis on nimetatud tervishoiuteenuste loetelus – teenuse kood, nimetus ja kogus.

(4) Kui teenuse osutamiseks vajalikku ressurssi ei ole käesoleva määruse lisades 3–4, 7–9 ja 11 nimetatud, siis taotluses ei täideta ressursi koodi veergu.

§ 36. Teenuse piirhinna muutmine

(1) Teenuse piirhinna muutmiseks vaadatakse tegevusteks vajalike määruse § 28 lõike 2 punktides 1 ja 2 ning § 30 lõike 2 punktis 1 nimetatud ressursside kulu ja ressursside kasutamise optimaalne maht vaadatakse üle kord aastas «Ravikindlustuse seaduse» § 31 lõikes 5 nimetatud isiku algatusel.

(2) Käesoleva määruse lisades 3–4, 6–9 ja 11 nimetatud teenuste osutamiseks vajalike ressursside keskmine kasutusvajadus ning lisades 2, 5 (v.a hoonete ja rajatiste kulum) ja 10 toodud ressursside kulu ja ressursside kasutamise optimaalne maht vaadatakse üle «Ravikindlustuse seaduse» § 31 lõikes 5 nimetatud isiku algatusel, kui on esitatud «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 22 lõikes 4 sätestatud haigla liikidest vähemalt ühe piirkondliku haigla, keskhaigla ja üldhaigla piirhinna arvutamise aastale eelneva viimase majandusaasta aruande andmed käesoleva määruse lisas 12 toodud kulude jaotuste ja samade haiglate osutatud teenuste mahud käesoleva määruse lisas 13 toodud vormi kohaselt.

§ 37. Teenuse piirhinna arvutamine

Teenuse piirhind arvutatakse lähtudes teenuse standardkuludel põhinevast hinnast ning «Ravikindlustuse seaduse» §-st 31.

§ 38. Diagnoosipõhise kompleksteenuse (DRG) piirhinna arvutamine ja muutmine

(1) DRG piirhind arvutatakse DRG piirhinna arvutamisele eelneva 12 kuu jooksul haigekassale esitatud statsionaarsete ja ambulatoorsete kirurgiliste ravijuhtude raviarvete alusel järgmiselt:
1) leitakse iga DRG grupi ravijuhtude raviarvete aritmeetiline keskmine maksumus ja standardhälbe suurus;
2) jäetakse välja need ravijuhud, mis on kallimad või odavamad kui kolm standardhälvet aritmeetilisest keskmisest;
3) arvutatakse allesjäänud ravijuhtude raviarvete uus aritmeetiline keskmine ja standardhälve;
4) jäetakse välja need ravijuhud, mis on kallimad või odavamad kui kaks standardhälvet aritmeetilisest keskmisest;
5) kui väärtus, mis saadakse punktis 3 nimetatud aritmeetilisest keskmisest lahutades punktis 4 nimetatud kahe standardhälbe väärtust on väiksem kui loetelus kehtestatud odavaima piirhinnaga voodipäev, siis valitakse minimaalseks alumiseks piiriks odavaima voodipäeva piirhind;
6) arvutatakse allesjäänud ravijuhtude abil uus aritmeetiline keskmine maksumus, mis on vastava DRG piirhind;
7) kui peale punktis 4 kirjeldatud kallimate ja odavamate ravijuhtude raviarvete eemaldamist hinnaarvutusest jääb alles vähem kui 30 ravijuhtu, võetakse aluseks möödunud 24 kuu vastavasse DRG-sse grupeerunud ravijuhtude raviarved ning korratakse punkte 1–6.

(2) Kui raviarve teenusepõhine hind on väiksem või suurem kui lõike 1 punktides 4 ja 5 kirjeldatud piirid, siis statsionaarsete ja ambulatoorsete kirurgiliste ravijuhtude eest DRG alusel ei maksta ning raviarve makstakse 100% teenusepõhiselt.

3. jagu
Üldarstiabi

§ 39. Mõisted

Mõisted käesoleva jao tähenduses:
1) ressursid on tööjõud, üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmed, ruumid, korduvkasutusega meditsiiniseadmed, ühekordse kasutusega meditsiiniseadmed ja ravimid, teenuse osutamise, koduvisiitidega ja asjaajamisega seotud transport ning muud vajalikud ressursid;
2) ressursi kasutamise keskmine maht on ühe teenuse osutamiseks vajaliku ressursi kasutamise keskmine maht;
3) ressursi kogukulu perioodis on ressursi kogukulu kalendriaastas;
4) ressursi kasutamise optimaalne aeg on teenuse osutamiseks vajaliku ressursi kasutamise aeg kalendriaastas;
5) eksperthinnang – «Ravikindlustuse seaduse» § 31 lõike 2 alusel Vabariigi Valitsuse kehtestatud korras määratud isiku antud hinnang.

§ 40. Üldarstiabi osutamiseks vajalikud ressursid

(1) Pearaha piirhind sisaldab järgmisi ressursse:
1) tööjõud;
2) üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmed;
3) alla üheaastase kasutusajaga korduvkasutusega meditsiiniseadmed ja ühekordse kasutusega meditsiiniseadmed ning ravimid;
4) muud ressursid.

(2) Üleriigilise perearsti nõuandetelefoni konsultatsiooni ja üleriigilise perearsti nõuandetelefoni ööpäevaringse teenuse piirhind sisaldab järgmisi ressursse:
1) tööjõud;

2) muud ressursid.

(3) Koolitervishoiuteenuse piirhind sisaldab järgmisi ressursse:
1) tööjõud;
2) üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmed;
3) alla üheaastase kasutusajaga korduvkasutusega meditsiiniseadmed ja ühekordse kasutusega meditsiiniseadmed ning ravimid;
4) muud ressursid.

(4) Baasraha piirhind sisaldab järgmisi ressursse:
1) ruumid;
2) koduvisiitidega ja asjaajamisega seotud transport.

(5) Lisatasu, kui perearsti tegevuskoht asub lähimast «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 55 lõike 1 alusel kehtestatud haiglate loetelus nimetatud haiglast 20–40 km kaugusel ja kaugemal kui 40 km (edaspidi *kaugusetasu*), sisaldab teenuse osutamisega seotud transpordikulu.

(6) Uue teenuse lisamiseks tervishoiuteenuste loetellu esitatakse taotlus, milles peavad sisalduma andmed teenuste osutamiseks vajalike ressursside ja eeldatavate kulude kohta.

§ 41. Tööjõukulu arvestamine

(1) Tööjõukulu perioodis käesoleva jao tähenduses koosneb:
1) brutopalgast;
2) maksudest brutopalgalt (sotsiaalmaks ja töötuskindlustusmakse);
3) koolituskulust.

(2) Töötajate brutopalga kuluna arvestatakse teenuse piirhinnas järgmisi summasid:
1) arsti brutopalk on 93 krooni ja 75 senti tunnis;
2) õe brutopalk on 48 krooni ja 75 senti tunnis;
3) abilise (nt registraator, raamatupidaja, koristaja jt) brutopalk on 25 krooni tunnis.

[RTL 2007, 30, 542– jõust. 16.04.2007] – kohaldatakse alates 1.01.2007 ja 1.04.2007

(3) Käesoleva paragrahvi lõikes 2 brutopalgana toodud summasid muudetakse lähtuvalt riikliku ravikindlustuse rahalistest võimalustest ja riigi tervishoiupoliitikast.

(4) Pearaha piirhinnas tööjõukulu arvutamisel võetakse aluseks taotluses esitatud tööaeg töötajate lõikes, kuid mitte rohkem kui on sätestatud «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 8 lõike 6 alusel kehtestatud perearsti tööjuhendis.

(5) Koolitervishoiuteenuse piirhinnas tööjõukulu arvutamisel võetakse õe tööaja arvestamisel aluseks «Töö- ja puhkeaja seaduses» sätestatud tööaeg ja arsti tööaja arvestamisel taotluse esitatud andmed tööaja kohta, kuid mitte rohkem kui on eksperdi poolt antud hinnang.

(6) Üleriigilise perearsti nõuandetelefoni konsultatsiooni ja üleriigilise perearsti nõuandetelefoni ööpäevaringse teenuse piirhinnas tööjõukulu arvestamisel võetakse tööaja arvestamisel aluseks «Töö- ja puhkeaja seaduses» sätestatud tööaeg.

(7) Koolituskulu arvutatakse teenuse piirhinda esitatud taotluse alusel, kuid mitte enam kui on eksperdi poolt antud hinnang.

§ 42. Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme kulu arvestamine

(1) Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme kulu perioodis koosneb:
1) kulumist;
2) hooldus- ja remondikuludest.

(2) Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme kulum arvestatakse pearaha piirhinda vastavalt seadme soetusmaksumusele ja amortisatsiooniperioodile.

(3) Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme hooldus- ja remondikulu arvestatakse pearaha piirhinda esitatud taotluse alusel, kuid mitte enam kui on eksperdi poolt antud hinnang.

(4) Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme soetusmaksumus ja amortisatsiooniperiood määratakse esitatud taotluse alusel, kuid mitte vähem kui on eksperdi poolt antud hinnang.

§ 43. Ruumide kasutuskulu arvestamine

(1) Ruumide kasutuse kogukulu perioodis koosneb:
1) hoonete ja rajatiste kulum või renditud hoonete ja kinnistute rendikulu;

2) kinnistute, hoonete ja ruumide või renditud kinnistute, hoonete ja ruumide kommunaalkulud (sealhulgas küte, elekter, vesi, kanalisatsioon, valvekulu, maamaks, koristuskulu, olmeprügi vedu);
3) kinnistute, hoonete ja ruumidega seotud muud kulud (hooldus, remont).

(2) Ruumide suuruse määramisel lähtutakse «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 10 alusel kehtestatud nõuetest.

(3) Teenuse osutamiseks vajaliku ruumi ruutmeetri ehitusmaksumuse ning renditud hoonete ja kinnistute ühe m^2rendihinna arvestamisel lähtutakse eksperdi antud hinnangust.

(4) Ruumide kulu arvutamise aluseks on lõikes 2 kehtestatud ruumi suurus ja lõikes 1 esitatud kinnistute, hoonete ja ruumide kasutamisega seotud kulud ning ruumi ehitusmaksumus või renditud hoonete ja kinnistute rendihind üldpinna ühe m^2kohta, kuid mitte enam kui on eksperdi poolt antud hinnang.

§ 44. Korduvkasutusega meditsiiniseadmete kulu arvestamine

(1) Korduvkasutusega meditsiiniseadmete kogukulu perioodis arvestatakse:
1) meditsiiniseadmete maksumusest;
2) meditsiiniseadmete kasutamise optimaalsest ajast.

(2) Korduvkasutusega meditsiiniseadmete soetusmaksumus ja kasutamise optimaalne aeg määratakse esitatud taotluse alusel lähtudes mõistlikust kasutusajast, kuid mitte vähem kui on eksperdi poolt antud hinnang.

§ 45. Ühekordsete meditsiiniseadmete ja ravimite kulu arvestamine

(1) Ühekordsete meditsiiniseadmete ja ravimite kulu arvestatakse pearaha ja koolitervishoiuteenuse piirhinda vastavalt ressursside kasutamise keskmisele mahule.

(2) Ühekordsete meditsiiniseadmete ja ravimite kulu arvestamisel lähtutakse tervishoiuteenuste osutajate poolt teenuse osutamiseks tehtud keskmisest kulust perioodis.

(3) Ravimid arvestatakse pearaha ja koolitervishoiuteenuse piirhinda juhul, kui nende nimetus ja piirhind ei ole sätestatud tervishoiuteenuste loetelus.

§ 46. Muude ressursside arvestamine

(1) Muud teenuse osutamisega seotud ressursid pearaha piirhinna tähenduses on bürootarbed, kindlustus ja infotehnoloogia.

(2) Muud teenuse osutamisega seotud ressursid üleriigilise perearsti nõuandetelefoni konsultatsiooni ja üleriigilise perearsti nõuandetelefoni ööpäevaringse teenuse piirhinna tähenduses on nõustamistarkvara, nõustamiskeskuse tehniline infrastruktuur ja nõustamiskeskuse üldjuhtimisega seotud ressursid.

(3) Muud teenuse osutamisega seotud ressursid koolitervishoiuteenuse piirhinna tähenduses on teenuse osutamiseks vajalik tarkvara ja teenuse üldjuhtimisega seotud ressursid.

(4) Muud teenuste osutamisega seotud ressursid arvestatakse teenuse piirhinda lähtudes teenuse osutamiseks tehtud keskmisest kulust perioodis, mille suurus ei ületa eksperdi poolt antud hinnanguga kindlaks määratud suurust. Teenuse osutamisega seotud ressursside kulu esitatakse taotluses ressursside lõikes.

§ 47. Asjaajamisega seotud transpordikulu arvestamine

Koduvisiitidega ja asjaajamisega seotud transpordikulu arvestatakse baasraha piirhinda lähtudes teenuse osutamiseks tehtud keskmisest kulust perioodis, kuid mitte enam kui on eksperdi poolt antud hinnang.

§ 48. Kaugusetasu arvestamine

Kaugusetasu arvestatakse väljasõidu keskmise pikkuse, väljasõitude keskmise arvu ja kütuse kulu alusel, kuid mitte enam kui on eksperdi poolt antud hinnang.

§ 49. Ettepaneku tegemine piirhinna arvutamiseks

(1) Teenuse piirhinna arvutamise algatab «Ravikindlustuse seaduse» § 31 lõikes 5 nimetatud isik, esitades lisaks «Ravikindlustuse seaduse» § 31 lõike 2 alusel kehtestatud Vabariigi Valitsuse määruse lisas loetletud andmetele käesoleva määruse lisas 14 toodud näidisvormil loetletud andmed.

(2) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 sätestatud algataja taotluse vormistab ja allkirjastab teenuse piirhinna muutmise taotleja esindaja.

(3) Algataja taotlus peab sisaldama teenuse iseloomust lähtuvalt järgmisi andmeid, mis on esitatud perearstiabi teenuste korral «Tervishoiuteenuse korraldamise seaduse» § 8 lõike 4 alusel kehtestatud minimaalse nimistu suuruse ja koolitervishoiuteenuse korral 600 õpilase kohta:
1) töötajate ametinimetus, arv ja keskmine tööaeg ning koolituskulu kalendriaastas;
2) üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme nimetus, soetusmaksumus, amortisatsiooniaeg, hooldus- ja remondikulu kalendriaastas;
3) teenuse osutamiseks vajaliku ruumi pinna suurus ja ruumide keskmine kasutuskulu, sh keskmine rendikulu kalendriaastas;
4) korduvkasutusega meditsiiniseadmete nimetus, kogused kalendriaastas, keskmine kasutusaeg ja keskmine soetusmaksumus;
5) ühekordse kasutusega meditsiiniseadmete ja ravimite nimetus, kogused kalendriaastas ja keskmine soetusmaksumus;
6) muu ressursi kulu kalendriaastas kulu liikide lõikes;
7) koduvisiitidega ja asjaajamisega seotud transpordikulu kalendriaastas;
8) kaugusetasu osas väljasõidu kilomeetrite ja väljasõitude arv kalendriaastas ning keskmine kütusekulu kilomeetri kohta;
9) üleriigilise perearsti nõuandetelefoni konsultatsiooni puhul kontaktide arv kalendriaastas.

(4) Koolitervishoiuteenuse piirhinna arvutamiseks esitatakse lõike 3 punktides 1, 4 ja 5 esitatud andmed 11 kalendrikuu kohta.

(5) Üleriigilise perearsti nõuandetelefoni konsultatsiooni ja üleriigilise perearsti nõuandetelefoni ööpäevaringse teenuse piirhinna arvutamiseks esitatakse lõike 3 punktides 1, 6 ja 9 esitatud andmed kalendriaasta kohta.

(6) Üldarstiabi teenuste piirhinnad vaadatakse üle «Ravikindlustuse seaduse» § 31 lõikes 5 nimetatud isiku algatusel, kui on esitatud vähemalt kuue erinevas maakonnas vastava teenuse osutaja piirhinna arvutamise aastale eelneva viimase majandusaasta aruande andmed käesoleva määruse lisa 14 alusel.

§ 50. Teenuse piirhinna arvutamine

(1) Teenuse piirhind arvutatakse lähtudes esitatud andmetest, eksperthinnangutest ning «Ravikindlustuse seaduse» §-st 31.

(2) Pearaha piirhind arvutatakse järgmiselt:
1) arsti ja õe tööaeg jagatakse ühe kindlustatud isiku kohta pearaha vanusegruppide lõikes, arvestades kindlustatud isikute osakaalu vastavas vanusegrupis;
2) ülejäänud töötajate (arsti ja õe asendaja, abilise) puhul summeeritakse tööjõukulu, koolituskulu, ühekordse kasutusega meditsiiniseadmete ja ravimite kulu, korduvkasutusega meditsiiniseadmete kulu, üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmete kulu ja muud kulud ning jagatakse ühe kindlustatud isiku kohta, võttes aluseks minimaalse nimistu suuruse, mis on kehtestatud «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 8 lõike 4 alusel;
3) käesoleva lõike punktis 1 ja 2 nimetatud kulu summeeritakse vanusegruppide lõikes.

(3) Baasraha piirhinna arvutamisel jagatakse ruumide kasutuskulu ning koduvisiitidega ja asjaajamisega seotud transpordikulu summa kalendriaastas kalendrikuude arvuga.

(4) Kaugusetasu arvutamisel jagatakse väljasõidu keskmise pikkuse, väljasõitude keskmise arvu ja kütuse kulu korrutis kalendriaastas kalendrikuude arvuga.

(5) Koolitervishoiuteenuse piirhind ühe õpilase kohta arvutatakse jagades tööjõukulu ja alla üheaastase kasutusajaga korduvkasutusega ja ühekordse kasutusega meditsiiniseadmete, üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmete ja muude ressursside kulude summa kalendriaastas 11 kuuga ning seejärel arvuga 600.

(6) Üleriigilise perearsti nõuandetelefoni ööpäevaringse teenuse piirhinna arvutamisel ühes kalendrikuus jagatakse tööjõu ja muude ressursside kulude summa kalendriaastas kalendrikuude arvuga.

(7) Üleriigilise perearsti nõuandetelefoni konsultatsiooni piirhinna arvutamisel jagatakse tööjõu ja muude ressursside kulude summa kalendriaastas nõuandetelefoni konsultatsioonide arvuga kalendriaastas.

8. peatükk
RAVIARVE ANDMED JA VORMISTAMISE NÕUDED

§ 51. Raviarve vormistamine

(1) Tervishoiuteenuse osutaja vormistab kindlustatud isikule osutatud teenuse eest raviarve sotsiaalministri 6. mai 2002. a määrusega nr 76 «Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord» kehtestatud tervisekaardi või haigusloo alusel.

(2) Kooskõlastatult haigekassaga on tervishoiuteenuse osutaja juhil õigus anda raviarve vormistamise õigus ka teenust osutavale arstikutseta spetsialistile (logopeed, psühholoog, füsioterapeut, tegevusterapeut).

Psühholoogidele, füsioterapeutidele ja tegevusterapeutidele raviarve vormistamise õiguse andmisel arvestatab haigekassa erialaühenduse arvamusega. Tervishoiuteenuse osutaja taotlusel kehtestab haigekassa arstikutseta spetsialisti koodi.

(3) Ühe haigusjuhu korral osutatud teenused vormistatakse ühel raviarvel, v.a käesoleva määruse §-s 63 sätestatud juhul.

§ 52. Raviarve esitamine ja säilitamine

(1) Tervishoiuteenuse osutaja edastab raviarve haigekassale tervishoiuteenuse osutaja ja haigekassa vahel sõlmitud lepingus sätestatud tingimustel ja korras.

(2) Haigekassale esitatav raviarve peab vastama käesoleva peatükiga kehtestatud raviarve andmete ja vormistamise nõuetele.

(3) Raviarvet säilitatakse seitse aastat.

§ 53. Raviarve üldandmed

Raviarvele kantakse järgmised üldandmed:
1) raviarve seeria, mis vastab arve plangile trükitud tähisele või väljatrüki puhul tervishoiuteenuse osutaja ja haigekassa vahel kokkulepitud raviarve tähistamise viisile;
2) raviarve number, mis vastab arve plangile trükitud numbrile või väljatrüki puhul tervishoiuteenuse osutaja poolt kehtestatud numereerimise korrale;
3) haigekassa piirkondliku osakonna kood, mille andmekogusse kindlustatud isik on kantud;
4) raviarve alustamise kuupäev.

§ 54. Teenust iseloomustavad andmed

(1) Raviarvele kantakse järgmised teenust iseloomustavad andmed:
1) vältimatu arstiabi osutamise kohta (JAH korral J, EI korral E);
2) töövõimetuslehe väljaandmise kohta (JAH korral J, EI korral E);
3) teenuse tüübi kood käesoleva paragrahvi lõikes 2 sätestatud loendi alusel.

(2) Raviarvele kantakse teenuse tüübi kood järgmiselt:

Kood	Teenuse tüüp
1	ambulatoorne (v.a päevaravi ja päevakirurgia)
2	statsionaarne
3	vältimatu hambaravi üle 19-aastastele
4	hambaravi alla 19-aastastele
10	hambaproteesimine alla 19-aastastele
11	ortodontia alla 19-aastastele
12	hambahaiguste ennetus alla 19-aastastele
13	ennetus (koolitervishoid)
14	ennetus (v.a koolitervishoid)
15	statsionaarne taastusravi
16	ambulatoorne taastusravi
17	perearsti teenused
18	statsionaarne hooldusravi
19	päevaravi ja päevakirurgia
20	ambulatoorne hooldusravi
31	hambaproteeside rahaline hüvitis

(3) Raviarvele kantakse osutatud teenuse põhieriala kood vastavalt tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud ravi rahastamise lepingule.

[Paragrahvi 55 sõnastus kuni 31.03.2007]

§ 55. Ravile suunamise andmed

Raviarvele kantakse eriarsti vastuvõtule suunanud arsti järgmised andmed:
1) eriarsti vastuvõtu korral vastuvõtule suunanud arsti ees- ja perekonnanimi;

2) arsti vastuvõtule toomisel kiirabiga – «kiirabi»;
3) ilma saatekirjata arsti vastuvõtule tulnu korral – «tuli ise»;
4) haige tagasikutsumisel sama arsti juurde pärast statsionaarset ravi – «tagasikutse»;
5) haige suunamisel arsti vastuvõtule politsei, päästeameti, tuletõrje poolt – «politsei»;
6) suunanud arsti eriala koodi ei märgita raviarvel, kui kanne sisaldab tähistusi «kiirabi», «tuli ise», «tagasikutse», «politsei»;
7) suunanud arsti kood või lähtuvalt eriarsti vastuvõtule tuleku viisist märgitakse kood järgmiselt:

T0001	«kiirabi»
T0002	«tuli ise»
T0003	«tagasikutse»
T0004	«politsei».

[RTL 2007, 30, 542– jõust. 16.04.2007] – kohaldatakse alates 1.01.2007 ja 1.04.2007

[Paragrahvi 55 sõnastus alates 1.04.2007]

§ 55. Ravile saabumise ja suunamise andmed

Raviarvele kantakse järgmised ravile saabumise ja suunamise andmed:
1) suunanud arsti kood;
2) ravile toomisel kiirabiga – T0001;
3) ilma saatekirjata ravile saabumise korral – T0002;
4) haige tagasikutsumisel sama arsti juurde pärast statsionaarset ravi – T0003;
5) haige toomisel ravile politsei või päästeameti poolt – T0004;
6) haige suunamisel perearsti poolt – T0011;
7) haige suunamisel statsionaarselt ravilt (v.a statsionaarset taastusravi või statsionaarset hooldusravi) või päevaravilt vahetult edasi statsionaarsele ravile (v.a statsionaarsele taastusravile või statsionaarsele hooldusravile) või päevaravile vastavalt haiglaliigile – T0005, T0006, T0007, T0008, T0009 või T0010;
8) lähtuvalt ravile saabumise ja suunamise viisist märgitakse suunamise liigi kood järgmiselt:

Kood	Suunamise liik
T0001	kiirabi
T0002	tuli ise
T0003	tagasikutse
T0004	politsei
T0005	eriarsti ambulatoorselt ravilt
T0006	päevaravilt
T0007	üldhaiglast
T0008	keskhaiglast
T0009	piirkondlikust haiglast
T0010	mujalt (v.a üldhaigla, keskhaigla, piirkondlik haigla)
T0011	perearst;

9) suunanud arsti koodi ei märgita raviarvele, kui suunamise liik on T0001 «kiirabi», T0002 «tuli ise» või T0004 «politsei».

[RTL 2007, 30, 542– jõust. 16.04.2007] – kohaldatakse alates 1.01.2007 ja 1.04.2007

§ 56. Haige andmed

Raviarvele kantakse haige järgmised andmed:
1) ees- ja perekonnanimi;
2) isikukood;
3) sünnipäev, -kuu ja -aasta;
4) riigi kood vastavalt ISO-3166 kolmetähelisele standardile;
5) omavalitsusüksuse (valla või linna) kood vastavalt Eesti haldus- ja asustusjaotuse klassifikaatorile (EHAK). Välismaalasest haige korral jääb täitmata;
6) välismaalasest haige täpne aadress;
7) haige sugu, märkides M – mees või N – naine.

§ 57. Diagnoosi andmed

(1) Raviarvele kantakse järgmised diagnoosi andmed:
1) põhidiagnoosi kood sotsiaalministri 10. jaanuari 2002. a määrusega nr 13 «Tervishoiuteenuste loetelu kehtestamine» kehtestatud rahvusvahelise haiguste klassifikaatori (edaspidi *RHK-10*) järgi;
2) põhidiagnoosi esmane/korduv haigestumine märgitakse järgmiselt:

+	esmashaigestumine
–	korduvhaigestumine
0	diagnoos kinnitamata

3) kaasuva diagnoosi kood RHK-10 järgi, kusjuures kõik kaasuvad diagnoosid esitatakse eraldi;
4) kaasuva diagnoosi esmane/korduv haigestumine märgitakse iga kaasuva diagnoosi kohta eraldi järgmiselt:

+	esmashaigestumine
–	korduvhaigestumine
0	diagnoos kinnitamata

5) haiguse kliinilise raskusastme või staadiumi tunnus vastavalt erialaseltsi poolt ravijuhendis kokkulepitud korrale järgmiselt:

1	I
2	II
3	III
4	IV

(2) Raviarvele kantakse välispõhjust iseloomustav kood RHK-10 20. peatüki järgi.

§ 58. Raviarve lõpetamise andmed

Raviarvele kantakse järgmised raviarve lõpetamise andmed:
1) lõpetamise kuupäev;
2) surma kuupäev;

3) lõpetamise põhjused patsiendi edasi suunamisel või patsiendi omavastutusel lahkumisel või patsiendi surma korral, märkides raviarve lõpetamise põhjuse koodi numbri järgmiselt:

Kood	Raviarve lõpetamise põhjus
1	Suunatud sama tervishoiuteenuse osutaja teise eriarsti ambulatoorsele vastuvõtule
2	Suunatud sama tervishoiuteenuse osutaja statsionaarsele ravile
3	Suunatud teise tervishoiuteenuse osutaja eriarsti ambulatoorsele vastuvõtule
5	Suunatud teise tervishoiuteenuse osutaja (üldhaigla) statsionaarsele ravile
6	Suunatud teise tervishoiuteenuse osutaja (keskhaigla) statsionaarsele ravile
7	Suunatud teise tervishoiuteenuse osutaja (piirkondlik haigla) statsionaarsele ravile
8	Suunatud teise tervishoiuteenuse osutaja statsionaarsele ravile (v.a üldhaigla, keskhaigla, piirkondlik haigla)
9	Lahkunud omavastutusel arsti soovitusi arvestamata
10	Surnud
11	Muud põhjused
12	Suunatud sama tervishoiuteenuse osutaja päevaravile
13	Suunatud teise tervishoiuteenuse osutaja päevaravile.

[RTL 2007, 30, 542– jõust. 16.04.2007] – kohaldatakse alates 1.01.2007 ja 1.04.2007

§ 59. Teenuse osutamise andmed

Raviarvele kantakse osutatud teenuse andmed järgmiselt:
1) teenuse nimetus;
2) teenuse kood, mis on sätestatud tervishoiuteenuste loetelus;
3) hulk numbrites, mis tähistab olenevalt teenusest tükke, tunde, liitreid;
4) intensiivravi korral tähistatakse teenuse hulk järgmiselt:

Aeg (tundides)	Sellekohane hulk
1	0.04
2	0.08
3	0.13
4	0.17
5	0.21
6	0.25
7	0.29
8	0.33
9	0.38
10	0.42
11	0.46
12	0.5
13	0.54
14	0.58
15	0.63
16	0.67
17	0.71
18	1
üle 18	1

5) teenuse osutamise kuupäev;
6) hambavalemi korral märgitakse hambaravi, hambakroonide ja täisvalu (mitteäravõetavate) proteeside ning lisatööde korral tähistus rahvusvahelise ISO standardi (FDI, 1970) järgi.

§ 60. DRG andmed

DRG rakendamisel kantakse raviarvele lisaks käesoleva määruse §-s 59 nimetatud andmetele järgmised DRG andmed:
1) kood;
2) piirhind;
3) tervishoiuteenuse loetelu § 36 lõikes 4 nimetatud DRG piirhinna koefitsient.

§ 61. Tasumise andmed

Raviarvele kantakse osutatud teenuse tasumisele kuuluva summa kohta järgmised andmed:
1) koefitsient 1 tähistab koefitsienti teenusele kehtestatud piirhinnast erineva hinna rakendamisel;
2) koefitsient 2 tähistab ravi rahastamise lepingu muutmisel piirhinnast erineva hinna korral teenusele rakendatavat koefitsienti;
3) teenuse piirhind, mis on kehtestatud tervishoiuteenuste loetelus;
4) teenuse summa, mis saadakse hulga, koefitsient 1, koefitsient 2 ja piirhinna korrutamise tulemusena.

§ 62. Kirurgilise protseduuri kood raviarvel

Raviarvele kantakse kirurgilise protseduuri kood (edaspidi *NCSP*) vastavalt sotsiaalministri 10. jaanuari 2002. a määrusele nr 13 «Tervishoiuteenuste loetelu kehtestamine» järgmiselt:
1) NCSP järjekorranumber (järjestatakse kahanevalt operatsiooni ressursimahukuse järgi);
2) NCSP kood;
3) NCSP teenuse osutamise kuupäev.

§ 63. Järgnev raviarve

Raviarvele kantakse järgneva arve tunnus, märkides järgneva arve olemasolul sellekohasesse lahtrisse (JAH korral J, EI korral E). Järgneva arve väljastamise tingimused lepitakse kokku tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud ravi rahastamise lepingus.

§ 64. Raviarve kogusumma

Raviarvele kantakse kogusumma, mis saadakse käesoleva määruse § 61 punktis 4 nimetatud teenuste summade kokku liitmisel.

§ 65. Raviarve kogusumma DRG piirhinna rakendamise korral

(1) Raviarvele kantakse summa, mis saadakse DRG piirhinna korrutamisel tervishoiuteenuste loetelu § 36 lõikes 4 nimetatud DRG piirhinna koefitsiendiga.

(2) Raviarvele kantakse summa, mis saadakse käesoleva määruse § 61 punkti 4 kohaselt saadud muude teenuste summade liitmisel ja korrutamisel tervishoiuteenuste loetelu § 36 lõikes 4 nimetatud muude teenuste summa koefitsiendiga.

(3) Raviarvele kantakse kogusumma, mis saadakse käesoleva paragrahvi lõigete 1 ja 2 kohaselt saadud summade liitmisel.

(4) DRG piirhinna rakendamise korral ei kuulu kohaldamisele käesoleva määruse § 64.

§ 66. Tervishoiuteenuse osutaja andmed

Raviarvele kantakse arve esitanud tervishoiuteenuse osutaja järgmised andmed:
1) tervishoiuteenuse osutaja äriregistrikood, füüsilisest isikust ettevõtja korral märgitakse ettevõtja isikukood;
2) tervishoiuteenuse osutaja nimi;
3) raviarve vormistanud tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi;
4) raviarve vormistanud tervishoiutöötaja registreerimistõendi number (registreerimistõendi saamiseni arsti kood), logopeedi või psühholoogi kood.

9. peatükk
MÄÄRUSE RAKENDUSSÄTTED

§ 67.[Käesolevast tekstist välja jäetud]

§ 68. Määruse jõustumine

(1) Määrust kohaldatakse alates 1. jaanuarist 2007. a.

(2) Määruse § 22 lõiked 2 ja 3 jõustuvad 1. aprillil 2007. a.

(3) Määruse § 57 lõike 1 punkt 5 jõustub 1. jaanuaril 2008. a.

Märkus. Lisad on avaldatud elektroonilises Riigi Teatajas. (Alus: «Riigi Teataja seaduse» § 4 lõige 2 ja riigisekretäri 22.01.2007. a resolutsioon nr 17-1/07-00509.)

Lisa 1

Lisa 2

Lisa 3

Lisa 4

Lisa 5

Lisa 6

Lisa 7

Lisa 8

Lisa 9

Lisa 10

Lisa 11

Lisa 12

Lisa 13

Lisa 14

Lisa 15

Lisa 16