

Väljaandja:
Akti liik:
Teksti liik:
Redaktsiooni jõustumise kp:
Redaktsiooni kehtivuse lõpp:
Avaldamismärge:

Sotsiaalminister
määrus
terviktekst
15.11.2009
31.12.2009

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

Vastu võetud 19.01.2007 nr 9
[RTL 2007, 8, 135](#)
jõustumine 29.01.2007

Muudetud järgmiste määrustega (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)

26.11.2007 nr 74 ([RTL 2007, 92, 1525](#)) 7.12.2007

4.01.2008 nr 1 ([RTL 2008, 5, 56](#)) 20.01.2008 (rakendatakse alates 1.01.2008)

10.04.2008 nr 21 ([RTL 2008, 31, 460](#)) 20.04.2008 (rakendatakse alates 1.04.2008)

9.07.2008 nr 37 ([RTL 2008, 61, 874](#)) 26.07.2008

6.03.2009 nr 19 ([RTL 2009, 25, 328](#)) 1.07.2009 (osaliselt rakendatakse alates 1.01.2009)

12.06.2009 nr 50 ([RTL 2009, 48, 696](#)) 1.07.2009

6.11.2009 nr 81 ([RTL 2009, 84, 1234](#)) 15.11.2009 (osaliselt 1.01.2010)

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 meetodika.

(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 korral.

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

(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 (v.a lisatasu koodidega 3061 ja 3062 tähistatud teenuste eest) piirhinna alusel ettemaksena igakuuliselt.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(1¹) Haigekassa tasub kinnitatud nimistuga töötavale perearstile lisatasu koodidega 3061 ja 3062 tähistatud teenuste eest üks kord kalendriaastas tasumisele eelneva kalendriaasta(te) tegevustega saavutatud tulemuste alusel. Tulemuste arvutamise tingimused ja kord on sätestatud käesoleva määruse §-s 8.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(2) Haigekassa tasub perearstile täiendavalt Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu §-s 4 sätestatud teenuste eest ning käesoleva paragrahvi lõigetes 1 ja 1¹ nimetatud summadele perearsti poolt osutatud, käesoleva määruse § 6 lõikes 1 kehtestatud teenuste eest esitatud raviarvete alusel, arvestades samas lõikes kehtestatud rahalise piiranguga.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(2¹) Haigekassa tasub perearstile raviarvete esitamisel täiendavalt käesoleva paragrahvi lõigetes 1 või 1¹ kehtestatud summale normaalse raseduse jälgimise eest, mille kohta vormistab rasedust 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	3063
Raseduse kulu jälgimine kuni 20. rasedusnädalani	3064
Raseduse kulu jälgimine 20.–36. nädalani	3065
Raseduse kulu jälgimine 36.–40. nädalani	3066

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(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, 1¹ ja 2 ning käesoleva määruse § 6 lõikes 1 nimetatud rahalist piirangut.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

§ 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 koduviisidid;
- 3) haige läbivaatus, diagnostika ja raviplaani koostamine, diagnoosi määramine;
- 4) nõustamine tervise säilitamise, taastamise, töö ja elukorralduse suhtes ning vajadusel ravi määramine;
- 5) ravimite soovitamise ja retsepti väljakirjutamine;
- 6) protseduuride tegemine;

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

- 7) teenuste osutamist tõendavate dokumentide vormistamine;
- 8) esmase arstliku ekspertiisi tegemine haige töövõime ja tervises seisundi 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 leukogrammiga või kolmeosalise leukogrammiga)	66201
Hemogramm viieosalise leukogrammiga	66202
Uriinianalüüs testribaga	66207

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

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

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

§ 6. Täiendavalt tasutavad teenused

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

Uuringud, protseduurid ja laboriuuringud	Tervishoiuteenuse kood
Biopsia võtmine (välja arvatud operatsiooni ajal)	7004
Diagnostilisel või ravi eesmärgil organi/õõne punktsioon	7005
Massaažiseanss mõõdukate ja tugevate tsentraalsete või perifeersete pareesidega haigele (kestus 30 min)	7011
Raviuumiseseanss ühele liikumishäiretega haigele või liikumispuudega lapsele (kestus 30 min)	7014
Ravivõimlemiseanss ühele haigele (kestus 30 min)	7016
Individuaalne ravivõimlemiseanss basseinis	7017
Mudaraviseanss reumatoidse polüartriidi, Behterevi haiguse ning väljendunud liigesejäikusega haigele	7022
Diatermokoagulatsioon, krüoterapia (protseduur ühele haigele)	7025
Ambulatoorne pisioperatsioon (pindmise mädakolde avamine, panariitsiumi avamine, pindmiste naha- ja aluskoe tuumorite eemaldamine jmt)	7100
Nahahaava suturatsioon	7101
Kipslahase asetamine	7106
Põletushaige sidumine (ambulatoorne)	7111
Kateeterdamine	7159
Püskateetri paigaldamine	7160
Epitsüstostoomi vahetus	7162
Kusepõie loputus ja ravimi viimine põide (ambulatoorselt)	7163
Silmapõhja fotograferimine	7260
Silmapõhja uuring kolmepeegliläätse või Volke luubiga	7263
Emakasisese vahendi paigaldamine/instrumentaalne väljutamine, emakakaela laiendamine	7352
Günekoloogiline läbivaatus koos preparaadi võtmisega	7359
Ösofagogastroduodenoskoopia	7551
Histoloogilise koematerjali võtmine endoskoopial (kuni 5 tükki)	7552
Tsütoloogilise koematerjali võtmine endoskoopial	7587
Sigmoidoskoopia	7556
Kolonoskoopia	7558
Bronhoskoopia	7559
Rektoskoopia	7562
Kolposkoopia	7563
Röntgeniülesvõte pea piirkonnast	7900–7902
Röntgeniülesvõte rindkere piirkonnast	7903–7905
Röntgeniülesvõte kaelast või lülisamba piirkonnast	7906–7908
Röntgeniülesvõte kõhupiirkonnast	7909–7911
Röntgeniülesvõte vaagnapiirkonnast	7912–7914
Röntgeniülesvõte üla-ja/või alajäsemetest ja/või liigestest	7915–7920
Mammograafia	6074
Kuseteede kontrastuuring ehk urograafia	7928
Jäseme ülesvõte telje mõõtmiseks. Täispikkuses lülisamba röntgeniülesvõte	7930
Röntgenoskoopia (üks piirkond)	7932
Söögitõru ja mao või peensoole kaksikkontrasteerimine röntgenoskoopial	7933

Söögitoru, mao ja duodeenumi lihtkontrasteerimine skoopial	7934
Irrigoskoopia ehk kolograafia kaksikkontrasteerimisega	7936
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
Ühe piirkonna veresoonte ultraheliuuring	7941–7943
Ühe piirkonna liigese/liigeste ultraheliuuring	7946
Pehme kude ultraheliuuring (1 piirkond)	7948
Kilpnäärme ultraheliuuring	7950
Rinnanäärme ultraheliuuring (üks rind)	7952
Kõhupiirkonna ultraheliuuring	7956
Vaagnapiirkonna ultraheliuuring	7958
Kõhu- ja vaagna piirkonna ultraheliuuring	7953
Vaginaalne või rektaalne ultraheliuuring	7954, 7960
Residuaaluriini määramine ultraheliga	7963
Kusepõie refluksi ultraheliuuring	7964
Raseduse jälgimise käigus tehtav ultraheliuuring	7947
Albumiin, valk	66100
Kreatiin, urea, 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, ammonium	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, transferrin	66123
Spetsiifilised valgud 2: tseruloplasmiin, haptoglobiin, C3, C4, tsüstatiin C, prealbumiin, alfa1-antitrüpsiin, immunoglobuliinide kapa- ja lambda-ahelad	66124
Immunoglobuliinide alaklassid	66125
Süivesikdefitsiitne transferrin	66126
Transferrini 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
Porfüüriauringud: delta-aminolevuliinhape, koproporfürin	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
Gaaskromatograafilise uuring: alkoholid (etanooli kinnitav uuring, metanool, isopropanool) ja atsetoon, etüleenglükool	66140
Narkootiliste ainete ja ravimite sõeluuringud: barbituraadid, bensodiasepiin, opiaadid, amfetamiinid, tritsükilised antidepressandid, fentsükliid, kokaiin, metadoon, kannabinoidid	66141
Etanool	66142
Ravimite kontsentratsiooni määramine 1: digoksiin, fenobarbitaal, fenütoin, gentamütsiin, karbamasepiin, teofülliin, valproaat, vankomütsiin	66143
Ravimite kontsentratsiooni määramine 2: tsüklosporiin, parasetamool, 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: spermatooside 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 otse kui ka pöördreaktsiooniga)	66400
ABO-veregrupi ja Rh(D) määramine (ABO-grupp määratud otse 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 põhisoötme(te)le	66510
Bioloogilise materjali aeroobne külv lisasoötme(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
Ravim tundlikkuse määramine diskidifusiooni 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
DNA analüüs PCR-meetodil	66608
Haigustekitaja tüpiseerimine või grupi määramine PCR-meetodil	66612
Sõeluuringud, hormoonuuringud, haigustekitajate uuringud immuunmeetodil	66706
Aneemia-, südame-, kasvaja markerite 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 valmislaadidel	66712
Biopsiamaterjali immunofluorestsentsuuring	66713
Immunoblot-uuring	66714

Kompleksne immunoblot-uuring	66715
Spetsiifiliste antikehade kompleksne samastamine	66716
Histoloogilised ja tsütoloogilised uuringud	66800, 66802, 66807–66811, 66813

[RTL 2009, 84, 1234– jõust. 15.11.2009]

(1¹) Haigekassa tasub käesoleva määruse §-s 8 sätestatud kriteeriumide täitmise hindamiseks kokkulepitud andmed esitanud kinnitatud nimistuga töötavale perearstile täiendavalt perearsti pearaha arvel tasutavatele teenustele kuni 32% perearsti nimistule pearahadeks arvestatud summast aastas käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud uuringute, protseduuride ja laboriuuringute eest.

[RTL 2008, 31, 460– jõust. 20.04.2008] – rakendatakse alates 1.04.2008

(2) [Kehtetu – RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(3) Haigekassa tasub perearstile raviarvete esitamisel täiendavalt käesoleva paragrahvi lõigetes 1 või 1¹ kehtestatud määrale perearsti saatekirja alusel surnu patoanatomilisele lahangule vedamise ja tehtud patoanatomiliste lahangute eest tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud teenuste piirhindade alusel.

[RTL 2008, 31, 460– jõust. 20.04.2008] – rakendatakse alates 1.04.2008

§ 7.[Kehtetu – RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

§ 8. Lisatasu tasumine kinnitatud nimistuga töötavale perearstile

(1) Haigekassa tasub kinnitatud nimistuga töötavale perearstile tervishoiuteenuste loetelus koodidega 3061 ja 3062 tähistatud teenuste eest käesolevas paragrahvis sätestatud kriteeriumide alusel, hinnates kinnitatud nimistuga töötava perearsti tegevust hindamise kalendriaastale eelneva kalendriaasta või käesolevas paragrahvis sätestatud juhtudel hindamise kalendriaastale eelneva kolme või nelja kalendriaasta jooksul.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(2) Käesolevas paragrahvis sätestatud kriteeriumide täitmise hindamiseks esitab kinnitatud nimistuga töötav perearst haigekassale igal kalendriaastal hiljemalt 31. märtsiks lepingus kokkulepitud andmed.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(3) Käesolevas paragrahvis sätestatud kriteeriumide rakendamise kord lepitakse kokku haigekassa ja perearsti vahel sõlmitavas lepingus.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(4) Haigusi ennetava tulemusliku töö hindamise kriteeriumid on järgmised:

0–18-aastased isikud		KOOD	HÕLMATUS	PUNKTE
0–2-aastaste laste vaksineerimine		9020	90%	10
		9021	90%	10
		9022	90%	10
		9023	90%	10
		9024	90%	10
		9025	90%	10
		9026	90%	10
		9027	90%	10
		9028	90%	10
Laste läbivaatus ja väikelaste üldine tervisekontroll	1. elukuul	9031	90%	10
	3. elukuul	9032	90%	10
	12. elukuul	9033	90%	10
	2 aasta vanuselt	9034	90%	10
Kooliminevate laste läbivaatus (6-, 7- ja 8-aastastel)		9030	90%	10

Südame- veresoonehaiguste ennetus	KOOD	HÖLMATUS	PUNKTE
40–60-aastastel sihtgruppi kuuluvatel isikutel määratud üldkolesterool*	66104	90%	20
40–60-aastastel riskigruppi kuuluvatel isikutel määratud glükoos*	66101	50%	10
40–60-aastastel riskigruppi kuuluvatel isikutel määratud kolesterooli fraktsioonid*	66105	50%	10
Pereõde nõustamine 40-60 aastastel riskigruppi kuuluvatel isikutel*	9015	50%	20
Kokku:			200

* Märkus: Siht- ja riskigruppi kuuluvate isikute määratlus on defineeritud haigekassa ja perearsti vahel sõlmitavas ravi rahastamise lepingus.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(5) 0–2-aastaste laste vaksineerimise hõlmatuse arvestatakse ka vaksineerimisest keeldumised ja meditsiinilised vastunäidustused vaksineerimisele juhul, kui vastavas vanuses ettenähtud läbivaatused ja üldine tervisekontroll on lapsel tehtud.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(6) Kinnitatud nimistuga töötaval perearstil, kelle teeninduspiirkonnaks on üks kohalik omavalitsusüksus ja kelle nimistu koosneb selle piirkonna elanikest ning nimetatud piirkonnas ei ela 0–2-aasta vanuseid või 6-, 7- ja 8-aasta vanuseid lapsi, loetakse 0–18-aastaste isikute haigusi ennetava tulemusliku töö kriteeriumid vastavas osas täidetuks 100%.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(7) Südame-veresoonehaiguste esmane ennetus on kinnitatud nimistuga töötava perearsti nimistus olevatele eelnevalt südame-veresoonehaiguse diagnoosita 40–60-aastastele kindlustatud isikutele suunatud tegevus.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(8) Krooniliste haigete jälgimise tulemusliku töö hindamise kriteeriumid on järgmised:

Diabeet II	KOOD	HÖLMATUS	PUNKTE
Diabeet II (sotsiaalministri 10. jaanuari 2002. a määrusega nr 13 «Tervishoiuteenuste loetelu kehtestamine» kehtestatud rahvusvahelise haiguste klassifikaatori (edaspidi RHK-10) jaotises E11 nimetatud diagnoosidega) krooniliste haigete loetelu esitatud		Jah	10
Diabeet II haiged, kellel määratud glükohemoglobiin	66118	Keskmine hõlmatus* + 10%	15
Diabeet II haigetel määratud kreatiniin vereseerumis	66102	Keskmine hõlmatus* + 10%	15
Diabeet II haigetel määratud üldkolesterool	66104	Keskmine hõlmatus* + 10%	15
Diabeet II haigetel määratud kolesterooli	66105	80%	15

fraktsioonid üks kord kolme aasta jooksul			
Diabeet II haigetel määratud albumiin uriinis (mikroalbuminuuria) või mikroalbuminuuria-positiivsetel haigetel tehtud uriini analüüs testribaga	66117 või 66207	Keskmine hõlmatus* + 10%	15
Pereõe nõustamine	9015	50%	15

Hüpertooniatõbi		KOOD	HÕLMATUS	PUNKTE
Hüpertooniatõvehaigete (RHK-10 jaotistes: I10–I15 nimetatud diagnoosidega ja haiguse raskusastmetega) loetelu esitatud			Jah	10
I (madal risk)	Glükoos üks kord kolme aasta jooksul	66101	80%	15
	Üldkolesterool üks kord kolme aasta jooksul	66104	80%	15
	EKG üks kord kolme aasta jooksul	6320 või 6322 või 6323	80%	15
	Pereõe nõustamine	9015	50%	15
II (keskmine lisarisk)	Üldkolesterool	66104	Keskmine hõlmatus* + 10%	15
	Kolesterooli fraktsioonid	66105	Keskmine hõlmatus* + 10%	15
	Glükoos	66101	Keskmine hõlmatus* + 10%	15
	Kreatiniin	66102	Keskmine hõlmatus* + 10%	15
	Määratud albumiin uriinis (mikroalbuminuuria) või mikroalbuminuuria-positiivsetel haigetel tehtud uriini analüüs testribaga	66117 või 66207	Keskmine hõlmatus* + 10%	15
	EKG üks kord kolme aasta jooksul	6320 või 6322 või 6323	80%	15
III (kõrge või ülikõrge lisarisk)	Üldkolesterool	66104	Keskmine hõlmatus* + 10%	15
	Kolesterooli fraktsioonid	66105	Keskmine hõlmatus* + 10%	15
	Glükoos	66101	Keskmine protsent* + 10%	15
	Määratud albumiin uriinis (mikroalbuminuuria) või mikroalbuminuuria-positiivsetel haigetel tehtud uriini analüüs testribaga	66117 või 66207	Keskmine hõlmatus* + 10%	15
	Kreatiniin	66102	Keskmine hõlmatus* + 10%	15

* Märkus: Keskmine hõlmatus on hindamise kalendriaastale eelneval kalendriaastal koodidega 6061 ja 6062 teenuseid taotlenud arstide vastava tegevusega saavutatud tulemuste keskmine protsent. Keskmised protsendid avaldatakse haigekassa veebilehel hiljemalt 1. Juuliks.

Müokardi infarkt	KOOD	HÕLMATUS	PUNKTE
------------------	------	----------	--------

Müokardi infarkti (RHK-10 jaotistes: I21, I22, I23 nimetatud diagnoosidega ja I25.2 diagnoosiga) isikute loetelu esitatud		Jah	10
Määratud üldkolesterool	66104	30%	15
Määratud glükoos	66101	30%	15

Hüpotüeroos	KOOD	HÕLMATUS	PUNKTE
Hüpotüeroosi (RHK-10 jaotises: E01, E02, E03 nimetatud diagnoosidega ja E89.0 diagnoosiga) haigete loetelu esitatud		Jah	10
Määratud TSH	66706	30%	15
Kokku:			400

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(9) Kinnitatud nimistuga töötaval perearstil, kelle nimistus ei ole käesoleva paragrahvi lõikes 8 nimetatud diagnoosidega kroonilisi haigeid ning ka eriarstid ei ole haigekassale esitanud nimetatud haiguste diagnoosidega raviarveid perearsti nimistus olevate isikute kohta, loetakse krooniliste haigete jälgimise tulemusliku töö kriteeriumid vastava haiguse osas täidetuks 100%.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(10) Kroonilisi haigeid jälgitakse vastavalt ravijuhenditele. Krooniliste haigete jälgimise tulemuslikkust tervishoiuteenuste loetelus koodiga 3061 tähistatud teenuse eest tasumiseks hinnatakse käesoleva paragrahvi lõikes 8 sätestatud tingimustel.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(11) Erialase lisapädevuse hindamise kriteeriumid on järgmised:

Erialane täienduskoolitus	KOOD	HÕLMATUS	KOEFITSIENT
Perearsti ja -õe erialaste täienduskoolituste loetelu esitatud		Perearst 60 h/a Pereõde 60 h/a	0,2

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

Raseduse jälgimine	KOOD	HÕLMATUS	KOEFITSIENT
Raseduse tuvastamine ja jälgimise plaani koostamine	3063	Koode esineb raviarvetel kokku vähemalt 8 korda	0,3
Raseduse kulu jälgimine kuni 20. rasedusnädalani	3064		
Raseduse kulu jälgimine 20.–36. rasedusnädalani	3065		
Raseduse kulu jälgimine 36.–40. rasedusnädalani	3066		

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

Günekoloogiline läbivaatus	KOOD	HÕLMATUS	KOEFITSIENT
Günekoloogiline läbivaatus koos preparaadi võtmisega	7359	Koode esineb raviarvetel kokku vähemalt 10 korda	0,2

Emakasisese vahendi paigaldamine/ instrumentaalne väljutamine, emakakaela laiendamine	7352		
Güneko-tsütoloogiline rutiinuurin, lihtne tsütoloogiline uurin maliigsuse diferentseeringuga	6911		
Keerukas diferentsiaaldiagnostiline või pahaloomalise diferentseeringuga güneko-tsütoloogiline uurin	6912		

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

Kirurgilised manipulatsioonid ja pisioperatsioonid	KOOD	HÕLMATUS	KOEFITSIENT
Nahahaava suturatsioon	7101	Koodi esineb raviarvetel kokku vähemalt 40 korda	0,3
Ambulatoorne pisioperatsioon (pindmise mädakolde avamine, panariitsiumi avamine, pindmiste naha- ja aluskoe tuumorite eemaldamine jmt)	7100		
Põletushaige sidumine (ambulatoorne)	7111		
Kipslahase asetamine	7106		
Biopsia võtmine (välja arvatud operatsiooni ajal)	7004		
Diagnostilisel või ravi eesmärgil organi/õõne punktsioon	7005		
Kateeterdamine	7159		
Püskateetri paigaldamine	7160		
Epitsüstostoomi vahetus	7162		
Kusepõie loputus ja ravimi viimine põide (ambulatoorselt)	7163		

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(12) Kinnitatud nimistuga töötavale perearstile tasutakse tervishoiuteenuste loetelus koodiga 3061 tähistatud teenuse piirhinnast koefitsiendiga 0,8, kui haigusi ennetava tulemusliku töö kriteeriumidest on täidetud vähemalt 80% (160 punkti) ja krooniliste haigete jälgimise tulemusliku töö kriteeriumidest on täidetud vähemalt 80% (320 punkti).

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(13) Kinnitatud nimistuga töötavale perearstile tasutakse tervishoiuteenuste loetelus koodiga 3061 tähistatud teenuse piirhinnast koefitsiendiga 1,0, kui perearsti haigusi ennetava tulemusliku töö kriteeriumidest on täidetud vähemalt 90% (180 punkti) ja krooniliste haigete jälgimise tulemusliku töö kriteeriumidest on täidetud vähemalt 90% (360 punkti).

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(14) Kui kinnitatud nimistuga töötaval perearstil on täidetud käesoleva paragrahvi lõigetes 12 või 13 sätestatud tingimused, hinnatakse tema erialast lisapädevust ja määratakse koodiga 3062 tähistatud teenuse koefitsiendid vastavalt käesoleva paragrahvi lõikele 11. Erialase lisapädevuse hindamisel liidetakse täidetud kriteeriumide koefitsiendid.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(15) Haigekassa hindab perearsti poolt esitatud raviarvete alusel kinnitatud nimistuga töötava perearsti tegevust käesolevas paragrahvis sätestatud korras ning kinnitab hindamise tulemused hiljemalt kalendriaasta 1. juuliks.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(16) Kinnitatud nimistuga töötaval perearstil on õigus algatada käesoleva paragrahvi lõike 15 alusel tehtud haigekassa otsuse suhtes vaidemenetlus kolmekümne kalendripäeva jooksul «Haldusmenetluse seaduses» sätestatud korras.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(17) Käesoleva paragrahvi lõikes 2 nimetatud andmed esitanud perearstide nimed ja nendele määratud koodidega 3061 ja 3062 tähistatud teenuste piirhinna koefitsiendid avalikustatakse haigekassa veebilehel 1. juuliks.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

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 soovitamise 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) [Kehtetu – RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

- 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, tervises seisundi muutumisel põetusplaani muutmise 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) soovitusel tervise säilitamiseks ja parandamiseks;
- 2) soovitusel 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 raviplaan koostamine, kliinilise diagnoosi püstitamine, ravi määramine;
- 3) soovitusel tervise säilitamiseks ja parandamiseks;
- 4) soovitusel 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 § 14 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).

[RTL 2009, 25, 328–jõust. 1.07.2009]

(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 «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 4²lõike 2 alusel kehtestatud sotsiaalministri 18. septembri 2008. a määruse nr 56 «Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord» lisades 19 ja 20

sätetatud 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).

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(2) Vähem kui 8 punkti korral tasub haigekassa tervishoiuteenuste loetelu § 14 lõikes 1 loetletud erialajärgse voodipäeva piirhinna.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(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 tegevuslooga 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 pikenedisel 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 PROTSÉDUURIDE 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, füüsilise ravi protseduurid).

(2) Tegevusteraapia (kestus 60 min) (kood 7042) sisaldab järgmisi tegevusi:

- 1) tegevusvõime hindamine;
- 2) igapäeva elu oskuste õpetamine ja harjutamine;
- 3) tegevuseelduste arendamine, taastamine ja säilitamine;
- 4) igapäeva elu 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
Pehmekoe defekti parandamine koeekspandri abil	2282K
Silma sarvkesta võtmine ja siirdamise operatsioon	2286K
Medikamentoosne abort	2287K

[RTL 2009, 84, 1234– jõust. 15.11.2009]

(2) Koodiga 2207K tähistatud tervishoiuteenus sisaldab sünnitusabi voodipäevi, epiduraalanesteasiat, 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.[Kehtetu – RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

§ 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 sätestatud.

§ 21.[Kehtetu – RTL 2008, 61, 874– jõust. 26.07.2008]

§ 22. Diagnoosipõhise kompleksteenuse eest tasumine

Diagnoosipõhise kompleksteenuse (edaspidi DRG) piirhinnale rakendatakse koefitsienti 0 järgmistel juhtudel:

- 1) järgneva raviarve vormistamisel;
- 2) raviarvete puhul, millel on põhierialaks märgitud psühhiaatria, taastusravi, tuberkuloos või esmane järelravi;
- 3) raviarvete puhul, millel on põhidiagnoosiks märgitud RKH 10 kood Z76.3, Z51.1 või Z51.2;
- 4) raviarvete puhul, mille lõpetamisel suunatakse statsionaarsel või päevaravil viibinud kindlustatud isik vahetult edasi statsionaarsele ravile (v.a statsionaarsele õendushooldusele või statsionaarsele taastusravile) kas kohalikust haiglast piirkondlikku, kesk- või üldhaiglasse; üldhaiglast ja arengukavas nimetamata tervishoiuteenuse osutaja juurest piirkondlikku või keskaiglaste või keskaiglast piirkondlikku haiglasse;
- 5) raviarvete puhul, mille alustamiseks on kindlustatud isik statsionaarselt või päevaravilt vahetult edasi suunatud statsionaarsele ravile (v.a statsionaarsele õendushooldusele või statsionaarsele taastusravile) kas kohalikku haiglasse piirkondlikust, kesk- või üldhaiglast; üldhaiglasse või arengukavas nimetamata tervishoiuteenuse osutaja juurde piirkondlikust või keskaiglast või keskaiglasse piirkondlikust haiglast;
- 6) raviarvete puhul, mis ei vasta tervishoiuteenuste loetelu § 45 lõikes 5 toodud tingimustele;

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

- 7) lepingus kokkulepitud tingimustel.

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 kemoterapiakuuri (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 retsidiiveerunud follikulaarse lümfoomi korral või ühel manustamiskorral enne radioimmunoteraapia rakendamist;

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

- 3) radioimmunoteraapia follikulaarse lümfoomi retsidiivi korral pärast rituksimaabi sisaldavat keemiaravi või kui on resistentsus sellele ravile;

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

- 4) CHOP või CHOP analoogi kombinatsioonravi esimese rea raviskeemina kõikide mitte-Hodgkini tüüpi lümfoomide, v.a CD20 – positiivse difuusse B-suurerakulise lümfoomi, raviks.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

- (2) Rinnakasvajate kemoterapiakuuri (kood 314R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:

- 1) antratsükliinravi adjuvantkeemiaravina ja kaugelearenenud rinnavähi esimese rea keemiaravina, kui patsient pole saanud adjuvantravis antratsükliini või adjuvantravist on möödunud 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 antratsükliini, haigusevaba periood on alla 1 aasta ja haigus on agressiivse kuluga;

4) trastuzumabi monoravi teise rea ravina metastaatilise rinnavähiga patsientidel, kui kasvaja esineb HER2 üleekspressioon (3+ immuunohistokeemilisel uuringul või FISH-positiivsed) ning kes on eelnevalt saanud keemiaravi antratsükliini ja taksaani sisaldava raviskeemiga, v.a juhud, kui patsiendile on need ravimid vastunäidustatud, ning varases staadiumis HER2 üleekspressiooniga rinnavähiga patsientidel pärast operatiivset ravi, kemoterapiat (neoadjuvant- või adjuvantravi) ja kiiritusravi (kui on kohaldatav);

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

5) trastuzumabi ja taksaani kombinatsioonravi teise rea keemiaravina kaugelearenenud rinnavähiga patsientidel, kui kasvaja 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 kemoterapiale 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 progesteronretseptor positiivsed).

(3) Koodidega 305R–318R, 321R–327R ning 350R–353R tähistatud teenuste piirhindade alusel tasub haigekassa juhul, kui kemoterapiakuur 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 käsitlemisjuhendite tingimuste täitmine ning koodi 308R korral lisaks ka radioaktiivsete ainete käsitlemisjuhendite tingimuste täitmine.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(4) Koodidega 330R ja 338R tähistatud teenuste 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 Tervisekaitseinspeksioonile edastamise kord» loodud nakkushaiguste kontrolli teenistus ja on tagatud infektsioonhaiguste kvalifikatsiooniga haiglanakkustõrje arsti pidev järelevalve.

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

(5) Kolorektaali kasvaja kemoterapiakuuri (kood 322R) 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 irinotekaaniga 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 ravist, kui patsient talub agressiivsemat keemiaravi;

7) Irinotekaaniga monoterapia: kolorektaalvähi 2. või 3. rea palliatiivne ravi oksaliplatiini sisaldava raviskeemi järgselt.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(5¹) Mao- ja söögitorukasvajate kemoterapiakuuri (kood 323R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:

1) 5 FU kombinatsioon tsisplatiini ja epirubitsiiniga: maovähi palliatiivne või neoadjuvantne ravi heas üldseisundis haigele, kes talub agressiivset keemiaravi, kuid esineb vastunäidustus dotsetakseelile;

2) 5 FU kombinatsioon tsisplatiiniga: maovähi palliatiivne ning neoadjuvantne ravi kui haige talub agressiivset keemiaravi, kuid esineb vastunäidustus dotsetakseelile ja epirubitsiinile. Söögitoruvähi palliatiivne ravi kui suukaudne ravi pole võimalik;

3) dotsetakseeli kombinatsioon tsisplatiiniga: mao- ja söögitoruvähi palliatiivne ning neoadjuvantne ravi heas üldseisundis haigele, kes talub agressiivset keemiaravi;

4) oksaliplatiini sisaldavad raviskeemid: maovähi palliatiivne või neoadjuvantne ravi heas üldseisundis haigele, kes talub agressiivset keemiaravi, kuid esineb vastunäidustus dotsetakseelile ja tsisplatiinile.

[RTL 2009, 84, 1234– jõust. 15.11.2009]

(5²) Biliopankreatilise süsteemi kartsinoomi kemoterapiakuuri (kood 324R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:

- 1) gemtsitabiini monoterapia: pankrease kartsinoomi adjuvantne ravi ning I. rea palliatiivne ravi, kui patsient talub gemtsitabiini;
- 2) gemtsitabiini kombinatsioon tsisplatiiniga: pankrease kartsinoomi palliatiivne ravi heas üldseisundis haigel, kellel on näidustatud kombineeritud ravi. Kolangiokartsinoomi ja Papilla Vateri vähi palliatiivne ravi;
- 3) gemtsitabiini kombinatsioon oksaliplatiiniga: pankrease kartsinoomi palliatiivne ravi heas üldseisundis haigel, kellel on näidustatud kombineeritud ravi, kuid tsisplatiin on vastunäidustatud;
- 4) gemtsitabiini kombinatsioon erlotiniibiga: lokaalselt kaugelearenenud pankrease kartsinoomi palliatiivne ravi heas üldseisundis haigel, kellel on näidustatud kombineeritud ravi ning kellel haigus ei ole veel mõjutanud üldseisundit.

[RTL 2009, 84, 1234– jõust. 15.11.2009]

(6) Munasarja kasvajate kemoterapiakuuri (kood 325R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:

- 1) paklitakseeli monoterapia: metastaatilise munasarjakartsinoomi II rea ravi peale ravi ebaõnnestumist platiinapreparaatidega;
- 2) dotsetakseeli monoterapia: metastaatilise munasarjakartsinoomi II rea ravi peale ravi ebaõnnestumist platiinapreparaatidega kui paklitakseel on vastunäidustatud;
- 3) karboplatiini monoterapia: munasarjakartsinoomi retsidiivi korral enam kui 1 aasta möödumisel taksaani ja platiinapreparaadi kombinatsioonravist või I. rea ravi kui taksaan on vastunäidustatud;
- 4) topotekaani monoterapia: munasarjakartsinoomi retsidiivi korral vähem kui 1 aasta möödumisel taksaani ja platiinapreparaadi kombinatsioonravist;
- 5) gemtsitabiini kombinatsioon karboplatiiniga: munasarjakartsinoomi retsidiivi korral vähem kui 1 aasta möödumisel taksaani ja platiinapreparaadi kombinatsioonravist;
- 6) tsisplatiini monoterapia: metastaatilise munasarjakartsinoomi ravi kui esineb vastunäidustus karboplatiinile ja taksaanidele;
- 7) paklitakseeli kombinatsioon platiinapreparaatidega: kaugelearenenud munasarjakartsinoomi I. rea ravi;
- 8) dotsetakseeli kombinatsioon platiinapreparaatidega: kaugelearenenud munasarjakartsinoomi I. rea ravi kui paklitakseel on vastunäidustatud.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(6¹) Emakakaela kasvajate kemoterapiakuuri (kood 326R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:

- 1) tsisplatiini monoterapia: levinud emakakaelakartsinoomi ravi kombinatsioonis kiiritusraviga;
- 2) paklitakseeli kombinatsioon platiinapreparaatidega: levinud emakakaelakartsinoomi ravi;
- 3) tsisplatiini kombinatsioon ifosfamiidiga: levinud emakakaelakartsinoomi ravi.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(6²) Endomeetriumi kasvajate kemoterapiakuuri (kood 327R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:

- 1) tsisplatiini kombinatsioon doksorubiiniga: metastaatiliste endomeetriumi kartsinoomi ravi;
- 2) paklitakseeli kombinatsioon platiinapreparaatidega: metastaatilise endomeetriumi kartsinoomi ravi kui antratsükliin on vastunäidustatud;
- 3) tsisplatiini kombinatsioon ifosfamiidiga: levinud endomeetriumisarkoomi ravi.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(7) Kroonilise lümfoidse leukeemia kemoterapiakuuri (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 fludarabiini mittesisaldanud esimese rea ravi järgselt või kui haigus on resistentne esimese rea ravile;
- 2) CHOP raviskeemi kasutamine patsientidel, kellel ravi fludarabiiniga või alemtuzumabiga ei ole näidustatud või on toimetu;
- 3) Alemtuzumabravi esimese rea keemiaravina patsientidel, kellel on luuüdi FISH uuringul leitud 17p deletsioon ning teise või kolmanda ravivalikuna heas üldseisundis patsientidel, kelle haigus peale fludarabiinravi on retsidiiveerunud või kes ei saavuta fludarabiiniga ravivastust. Alemtuzumabravi ei alustata patsientidel, kellel esinevad suurenenud lümfisõlmed (>5 cm).

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(8) Aplastilise aneemia ravi antitümotsüüt/antilümfootsüüt globuliiniga (ATG) (kood 334R) rakendatakse raske aplastilise aneemiaga patsientidel, kellel puudub HLA-identne sugulasdoonor ning mitte raske aplastilise aneemiaga transfusioon-sõltuvatel patsientidel. Teenust teostatakse piirkondliku haigla hematoloogia osakonnas või I ja II astme intensiivravi osakondades.

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

(9) Müeloomi ja plasmotsütoomi tsütostaatilise ravikuuri (kood 317R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:

- 1) vinkristiini ja doksorubiini sisaldavad raviskeemid: I rea valikuna patsientidel, kellel on plaanis vereloome tüvirakkude siirdamine või neerupuudulikkusega patsientidel; II rea valikuna alküleerivatele ainetele refraktaarse haiguse korral;
- 2) bortesomiibravi: retsidiiveerunud ja refraktaarse müeloomiga patsientidel III valiku raviskeemina.

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

(10) Kopsukasvajate kemoterapiakuuri (kood 309R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:

- 1) tsisplatiini ja etoposiidi kombinatsioonravi: väikerakk-kopsuvähi korral I rea raviskeemina ning mitteväikerakk-kopsuvähi korral adjuvantravina ja kaugelearenenud haiguse korral I rea raviskeemina;
- 2) tsüklofosfamiidi, doksorubiitsiini ja vinkristiini kombinatsioonravi: väikerakk-kopsuvähi korral, kui patsiendile on vastunäidustatud tsisplatiini ja etoposiidi raviskeem;
- 3) monoravi topotekaaniga: väikerakk-kopsuvähi retsidiivi või progresseerumise puhul, kui eelneva keemiaraviga oli saavutatud osaline või täielik ravivastus;
- 4) tsisplatiini ja gemtsitabiini kombinatsioonravi: kaugelearenenud mitteväikerakk-kopsuvähi I rea raviskeemina;
- 5) tsisplatiini ja vinorelbiini kombinatsioonravi: mitteväikerakk-kopsuvähi adjuvantravina ja kaugelearenenud haiguse I rea ravina;
- 6) tsisplatiini ja taksaani kombinatsioonravi: kaugelearenenud mitteväikerakk-kopsuvähi I rea ravina;
- 7) karboplatiini ja paklitakseli kombinatsioonravi: mitteväikerakk-kopsuvähi neoadjuvantravina ning adjuvantravina ja kaugelearenenud haiguse ravina kui tsisplatiini ravikombinatsioon on vastunäidustatud;
- 8) dotsetaksel või erlotiniib monoravi: mitteväikerakk-kopsuvähi II rea ravi, kui platinapreparaati sisaldav ravi osutus ebaefektiivseks.

9) dotsetaksel monoravi: mitteväikerakk-kopsuvähi II rea ravi, kui platinapreparaati sisaldav ravi osutus ebaefektiivseks;

10) erlotiniib monoravi: mitteväikerakk-kopsuvähi ravi kui dotsetakselravi on osutunud ebaefektiivseks või kui dotsetakselravi on vastunäidustatud;

11) pemetrekseid monoravi: mitteväikerakk-kopsuvähi II rea ravi kui platinapreparaati sisaldav ravi osutus ebaefektiivseks ning dotsetaksel ja erlotiniib monoravid on vastunäidustatud.

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

(11) Eesnäärme kasvaja kemoterapiakuuri (kood 350R) teenus sisaldab dotsetakseli ja prednisolooni kombinatsioonravi hormoonrefraktaarse eesnäärme vähi korral.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(12) Kusepõie ja kusetee kasvaja kemoterapiakuuri (kood 351R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:

- 1) gemtsitabiini ja tsisplatiini kombinatsioonravi: kusepõievähi neoadjuvantne, adjuvantne või palliatiivne ravi kui patsiendile ei ole näidustatud ravi M-VAC skeemi järgi;
- 2) kombinatsioonravi M-VAC skeemi järgi: kusepõievähi neoadjuvantne, adjuvantne või palliatiivne ravi kui patsiendil on võimalik läbi viia toksilisemat keemiaravi.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(13) Neerukasvajate kemoterapiakuuri (kood 352R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:

- 1) bevacizumabravi: kaugelearenenud heledarakulise neeruvähi esimese rea ravi madala ja keskmise riskiga patsientidel kombinatsioonis interferoon alfaga;
- 2) temsirolimuse monoravi: kaugelearenenud heledarakulise neeruvähi esimese rea ravi kõrge riskiga patsientidel.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(14) Munandi kasvaja kemoterapiakuuri (kood 353R) teenus sisaldab järgmisi ravikuure:

- 1) kombinatsioonravi PEB skeemi järgi: munandi kasvaja esimese rea ravi;
- 2) kombinatsioonravi VEiP skeemi järgi: munandi kasvaja teise rea ravi või retsidiivi ravi;
- 3) kombinatsioonravi TIP skeemi järgi: munandivähi teise rea ravi kui patsiendi üldseisund võimaldab intensiivsemat ravi;
- 4) kombinatsioonravi GEMOX skeemi järgi: tsisplatiin refraktaarse munandikasvaja ravi;
- 5) kombinatsioonravi AUC7 skeemi järgi: munandivähi alavormi, seminoomi, adjuvantravi.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

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 töäjõud, 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 mõeldakse 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 keskmine 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) Töäjõu, üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme, ruumide- ja korduvkasutusega meditsiiniseadme ning tugiteenuste kulu ühe mõõtühiku maksumuse arvutamisel jagatakse ressursi kogukulu perioodis ressursi kasutamise optimaalse mahuga.

(2) Ühekordse kasutusega meditsiiniseadmete ja ravimite ühe mõõtühiku kulu on võrdne ressursi soetusmaksumusega.

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

§ 28. Töäjõu kulu arvestamine

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

(2) Töäjõu kulu perioodis käesoleva jao tähenduses koosneb:

- 1) brutopalgast;
- 2) maksudest brutopalgalt (sotsiaalmaks ja töötuskindlustusmaks);
- 3) koolitus- ja lähetuskulust;
- 4) bürookulust;
- 5) tööriiete kulust;
- 6) juhtimiskulust;
- 7) töökoha kulust (ruum, inventar, infotehnoloogia).

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(3) Töäjõu 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 145 krooni 60 senti tunnis;
- 2) õe brutopalk on 72 krooni 00 senti tunnis;
- 3) hooldustöötaja brutopalk on 36 krooni 30 senti tunnis;
- 4) muu kõrgharidusega spetsialisti brutopalk on 145 krooni 60 senti tunnis;
- 5) muu keskhariidusega spetsialisti brutopalk on 72 krooni 00 senti tunnis.

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

(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 kasutamise optimaalne maht saadakse ekspertarvamusena, mis arvestab seadme võimsust, olemasolevate seadmete tegelikku töökoormust ning seadmega tehtavate protseduuride hinnangulist vajadust.

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

(4) Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme kulumi arvestamise aluseks on soetusmaksumus ja seadme amortisatsiooniperiood, 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.

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

(5) Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadme soetusmaksumus määratakse käesoleva määrusega kehtestatud lisa 1 andmete alusel, kuid mitte suuremas summas kui eksperdi poolt antud hinnangus.

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

(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 soetusmaksumusest

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

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 meditsiiniseadmete ja ravimite soetusmaksumusest, kuid mitte rohkem kui eksperdi poolt antud hinnang.

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

(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 hanklepingus kokkulepitud meditsiiniseadme või ravimi ostuhind (edaspidi *ostuhind*) või «Ravikindlustuse seaduse» § 42 lõike 2 alusel kehtestatud sotsiaalministri määruse alusel esitatud ravimi hulгимүүгihind ostuhinna alusel kalkuleeritud ravimi hulгимүүгihind (edaspidi *hulгимүүгihind*) või meditsiiniseadme hulгимүүгihind, 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 standardkulusse 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;

8) doonori haldus;

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

9) digitaalse pildi arhiveerimine;

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

10) ohutuse- ja kvaliteedi kontroll radioloogias;

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

11) labori kulu vastuvõtus ja voodipäevas.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(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 «Meditšiiniseadmed 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 «Meditšiiniseadmed 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 näidismõnede 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 «Meditšiiniseadmed ja ravimid» sätestatu korral) – nimetus, kogused ja keskmine soetusmaksumus;
- 7) tervishoiuteenuste loetelu peatükis «Meditšiiniseadmed 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 «Meditšiiniseadmed 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 toilitamine (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 ressursi 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, käesoleva määruse § 28 lõike 2 punktides 1 ja 2 ning § 30 lõike 2 punktis 1 nimetatud ressursside kulu ja ressursside kasutamise optimaalne maht 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 ja 5 (v.a hoonete ja rajatiste kulum) ning 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 või kokkuleppel haigekassaga sellele eelneva majandusaasta aruande andmed käesoleva määruse lisas 12 toodud kulude jaotuste ja samade haiglate osutatud teenuste mahud käesoleva määruse lisas 13 toodud vormi kohaselt koos sotsiaalministri 20. detsembri 2007. a määruse nr 92 «Tervishoiustatistika ja tervishoiualase majandustegevuse aruannete koostamise nõuded, andmete koosseis ning esitamise kord» lisa 14 elektroonse koopiaga.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

§ 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 on DRG baashinna ja DRG kaalu korrutis.

(2) DRG baashinna ja DRG kaalu arvutamise aluseks on hinnaarvutamise kalendriaastale eelneval kalendriaastal haigekassale esitatud ja tervishoiuteenuste loetelu § 45 lõike 2 kohaselt DRG-sse grupeerunud raviarvete, välja arvatud käesoleva määruse § 22 lõigetes 1, 2, 3, 4, 5 ja 7 kirjeldatud raviarvete, andmed.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(3) DRG piirhinnad arvutatakse kehtestatavate tervishoiuteenuste loetelu piirhindade alusel.

(4) DRG baashind on käesoleva paragrahvi lõikes 2 sätestatud tingimustele vastavate raviarvete keskmine maksumus, mis arvutatakse raviarvetele märgitud tervishoiuteenuste (v.a DRG) käesoleva paragrahvi lõikes 3 kirjeldatud piirhindade alusel.

(5) DRG kaal on käesoleva paragrahvi lõikes 2 sätestatud tingimustele vastavate ühte DRG-sse grupeerunud raviarvete keskmise maksumuse, mis arvutatakse raviarvetele märgitud tervishoiuteenuste (v.a DRG) käesoleva paragrahvi lõikes 3 kirjeldatud piirhindade alusel, suhe baashinda. DRG kaal arvutatakse igale DRG-le.

(6) Käesoleva paragrahvi lõikes 5 nimetatud ühte DRG-sse grupeerunud raviarvete keskmise maksumuse arvutamisel:

1) leitakse iga DRG grupi raviarvete aritmeetiline keskmine maksumus ja standardhälbe suurus;

2) jäetakse välja need raviarved, mis on kallimad või odavamad kui kolm standardhälvet aritmeetilisest keskmisest;

3) arvutatakse allesjäänud raviarvete uus aritmeetiline keskmine ja standardhälve;

4) jäetakse välja need raviarved, mis on kallimad või odavamad kui kaks standardhälvet punktis 3 nimetatud aritmeetilisest keskmisest. Kui väärtus, mis saadakse punktis 3 nimetatud aritmeetilisest keskmisest lahutades käesolevas punktis nimetatud kahe standardhälbe väärtuse, on väiksem kui koodiga 3076 tähistatud tervishoiuteenuse piirhind, siis jäetakse välja need raviarved, mis on odavamad kui koodiga 3076 tähistatud tervishoiuteenuse piirhind;

5) arvutatakse allesjäänud raviarvete uus aritmeetiline keskmine.

(7) Tervishoiuteenuste loetelu § 45 lõikes 1 toodud muude samaaegselt osutatud teenuste piirhindade summa vahemiku piirid võrduvad käesoleva paragrahvi lõike 6 punktis 4 kirjeldatud raviarvete väljajätmise piiridega.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(8) Kui pärast lõike 6 punktis 4 kirjeldatud raviarvete väljajätmist jääb alles vähem kui 25 raviarvet, siis vastava DRG kaalu ei muudeta.

(9) Käesoleva paragrahvi lõike 6 punktis 5 kirjeldatud raviarvete keskmist maksumust hinnatakse raviarvetele kantud tervishoiuteenuste struktuuri muutuse (edaspidi *struktuuri muutuse*) suhtes. Kui DRG, mille kohta raviarvete keskmist maksumust arvutatakse, struktuuri muutus on suurem kui Vabariigi Valitsuse 05.01.2001. a määruse nr.3 “Eesti Haigekassa põhikiri” § 8 punkt 7¹ alusel kehtestatud haigekassa 4-aasta tulude ja kulude planeerimise põhimõtetes sätestatud struktuuri muutuseks ettenähtud vahendite osakaal või väiksem kui nimetatud osakaalu negatiivne väärtus, siis raviarvete keskmist maksumust korrigeeritakse lähtuvalt haigekassa eelarve võimalustest. Struktuuri muutus näitab, kui palju on raviarvete keskmine maksumus muutunud (v.a tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud ja kehtestatavate piirhindade perioodide vahelisest muutusest tulenev muutus).

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

3. jagu Üldarstiabi

§ 39. Mõisted

Mõisted käesoleva jao tähenduses:

- 1) ressursid on töajad, üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmed, ruumid, korduvkasutusega meditsiiniseadmed, ühekordse kasutusega meditsiiniseadmed ja ravimid, teenuse osutamise, koduviisitidega 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) töajad;
- 2) üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmed;
- 3) korduvkasutusega meditsiiniseadmed ja ühekordse kasutusega meditsiiniseadmed ning ravimid;

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

4) muud ressursid.

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

- 1) töajad;
- 2) muud ressursid.

(3) Koolitervishoiuteenuse piirhind sisaldab järgmisi ressursse:

- 1) töajad;
- 2) üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmed;
- 3) korduvkasutusega meditsiiniseadmed ja ühekordse kasutusega meditsiiniseadmed ning ravimid;

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

4) muud ressursid.

(4) Baasraha piirhind sisaldab järgmisi ressursse:

- 1) ruumid;
- 2) koduviisitidega 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 osutamiseks seotud transpordikulu.

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

§ 41. Tööajakulu arvestamine

(1) Tööajakulu perioodis käesoleva jao tähenduses koosneb:

- 1) brutopalgast;
- 2) maksudest brutopalgalt (sotsiaalmaks ja töötuskindlustusmaks);
- 3) koolituskulust.

(2) Töötajate brutopalka kuluna arvestatakse teenuse piirhinnas järgmisi summasid:

- 1) arsti brutopalk on 112 krooni ja 00 senti tunnis;
- 2) õe brutopalk on 60 krooni ja 00 senti tunnis;
- 3) abilise (nt registraator, raamatupidaja, koristaja jt) brutopalk on 33 krooni tunnis.

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

(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 m²rendihinna arvestamisel lähtutakse eksperdi antud hinnangust.

(4) Ruumide kulu arvutamise aluseks on lõikes 2 kehtestatud ruumi suurus ja lõikes 1 esitatud kinnistute, hoonete ja ruumide kasutamise seotud kulud ning ruumi ehitusmaksumus või renditud hoonete ja kinnistute rendihind üldpinna ühe m²kohta, 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 osutamise seotud ressursid pearaha piirhinna tähenduses on bürootarbed, kindlustus ja infotehnoloogia.

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

(4) Muud teenuste osutamise seotud ressursid arvestatakse teenuse piirhinda lähtudes teenuse osutamiseks tehtud keskmisest kulust perioodis, mille suurus ei ületa eksperdi poolt antud hinnanguga kindlaks määratud suurus. Teenuse osutamise 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 näidismõnede 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 koduviisitidega ja asjaajamisega seotud transpordikulu summa kalendriaastas kalendrikuude arvuga.

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

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

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(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 «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 4²lõike 2 alusel sotsiaalministri 18. septembri 2008. a määrusega nr 56 «Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord» kehtestatud tingimustel ja korras.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(2) Kooskõlastatult haigekassaga on tervishoiuteenuse osutaja juhil õigus anda raviarve vormistamise õigus ka teenust osutavale arstikutseta spetsialistile (logopeed, kliiniline psühholoog, füsioterapeut, tegevusterapeut), kui spetsialist omab vastava eriala diplomit või on tunnustatud pädevaks vastavaid spetsialiste ühendava kutseliidu või -ühenduse poolt. Kliinilistele psühholoogidele, füsioterapeutidele ja tegevusterapeutidele raviarve vormistamise õiguse andmisel arvestab haigekassa erialaühenduse arvamusega.

[RTL 2009, 84, 1234 – jõust. 15.11.2009]

(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) tööviimetuslehe 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 põhialala kood vastavalt tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud ravi rahastamise lepingule.

§ 55. Ravile saabumise andmed

(1) Raviarvele kantakse ravile saabumise andmetena ravile saabumise liigi kood ning suunanud arsti kood.

(2) Lähtuvalt ravile saabumise ja suunamise viisist märgitakse ravile saabumise liigi kood järgmiselt:

Kood	Saabumise liigi selgitus
T0001	Kiirabi
T0002	Tuli ise
T0003	Tagasikutse
T0004	Politsei
T0005	Eriarsti ambulatoorselt ravilt
T0007	Üldhaiglast statsionaarselt või päevaravilt
T0008	Keskhaiglast statsionaarselt või päevaravilt
T0009	Piirkondlikust haiglast statsionaarselt või päevaravilt
T0010	Muu tervishoiuteenuse osutaja statsionaarselt või päevaravilt
T0011	Perearst
T0012	Muu saabumine

(3) Käesoleva paragrahvi lõikes 2 sätestatud ravile saabumise liigi kood rakendatakse järgmistel tingimustel:

- 1) T0001 – ravile toomisel kiirabiga;
- 2) T0002 – ravile saabumisel ilma saatekirjata;
- 3) T0003 – haige tagasikutsumisel sama arsti juurde;
- 4) T0004 – haige toomisel ravile politsei või päästeameti poolt;
- 5) T0005 – ravile suunamisel eriarsti ambulatoorselt ravilt;

6) T0007, T0008, T0009 – ravile saabumisel vahetu suunamise korras kas üldhaigla, keskhaigla või piirkondliku haigla statsionaarselt ravilt (v.a. statsionaarselt taastusravilt või statsionaarselt hooldusravilt) või päevaravilt;

7) T0010 – ravile saabumisel vahetu suunamise korras punktis 6 nimetamata tervishoiuteenuse osutaja statsionaarselt ravilt (v.a. statsionaarselt taastusravilt või statsionaarselt hooldusravilt) või päevaravilt;

8) T0011 – ravile saabumisel perearsti poolt suunamisega;

9) T0012 – ravile saabumine punktides 1 kuni 8 nimetamata põhjustel, seal hulgas ravile saabumine statsionaarselt taastusravilt ja statsionaarselt hooldusravilt.

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

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

§ 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 kolmetähelelisele 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 RHK-10 järgi;

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

- 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, staadiumi või muu erialaseltsi(de)ga kokkulepitud tunnus järgmiselt:

1	Tähendus kindla RHK-10 diagnoosi korral raviarvel vastavalt erialaseltsiga kokkulepitule
2	Tähendus kindla RHK-10 diagnoosi korral raviarvel vastavalt erialaseltsiga kokkulepitule
3	Tähendus kindla RHK-10 diagnoosi korral raviarvel vastavalt erialaseltsiga kokkulepitule
4	Tähendus kindla RHK-10 diagnoosi korral raviarvel vastavalt erialaseltsiga kokkulepitule

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

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

§ 58. Raviarve lõpetamise andmed

(1) Raviarvele kantakse järgmised raviarve lõpetamise andmed:

- 1) lõpetamise kuupäev;
- 2) surma kuupäev;

3) raviarve lõpetamise põhjuse koodi number 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
14	Kutsutud tagasi sama eriarsti ambulatoorsele vastuvõtule (sama tervishoiuteenuse osutaja)
15	Paranemine või tervistumine

(2) Raviarve lõpetamise põhjuse koodi 5, 6, 7 ja 8 ei kasutata juhul kui patsient suunatakse statsionaarsele taastusravile või statsionaarsele hooldusravile.

(3) Raviarve lõpetamise põhjuse koodi 11 kasutatakse koodidega 1 kuni 10 ja 12 kuni 15 kajastamata põhjustel, seal hulgas juhul, kui patsient suunatakse statsionaarsele taastusravile või statsionaarsele hooldusravile.

(4) Raviarve lõpetamise põhjuse koodi 15 kasutatakse koodidega 1 kuni 10 ja 12 kuni 14 kajastamata juhtudel.

[RTL 2008, 5, 56– jõust. 20.01.2008] – rakendatakse alates 1.01.2008

§ 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 § 45 lõikes 4 nimetatud DRG piirhinna koefitsient.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

§ 61. Tasumise andmed

Raviarvele kantakse osutatud teenuse tasumisele kuuluva summa kohta järgmised andmed:

1) koefitsient 1 tähistab koefitsienti teenusele kehtestatud piirhinnast erineva hinna rakendamisel tulenevalt tervishoiuteenuste loetelust, välja arvatud tervishoiuteenuste loetelu § 76 lõikes 5 sätestatu;

[RTL 2009, 84, 1234– jõust. 15.11.2009]

2) koefitsient 2 tähistab koefitsienti teenusele kehtestatud piirhinnast erineva hinna rakendamisel, mis tuleneb ravi rahastamise lepingust ning tervishoiuteenuste loetelu § 76 lõikes 5 sätestatust;

[RTL 2009, 84, 1234– jõust. 15.11.2009]

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 § 45 lõikes 4 nimetatud DRG piirhinna koefitsiendiga.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(2) Raviarvele kantakse summa, mis saadakse käesoleva määruse § 61 punkti 4 kohaselt saadud muude teenuste summade liitmisel ja korrutamisel tervishoiuteenuste loetelu § 45 lõikes 4 nimetatud muude teenuste summa koefitsiendiga.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009]

(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, logopeedi või kliinilise psühholoogi kood.

[RTL 2009, 84, 1234– jõust. 15.11.2009]

9. peatükk MÄÄRUSE RAKENDUSSÄTTED

§ 67. Määruse kehtetuks tunnistamine

(1) [Käesolevast tekstist välja jäetud]

(2) 2009. a I poolaastal hindab haigekassa perearsti tegevusi lisatasu tasumiseks haigusi ennetava ja krooniliste haigete jälgimise tulemusliku töö (kood 3061) ning erialase lisapädevuse eest (kood 3062) 31.12.2008. a kehtinud §-s 8 sätestatud tingimuste alusel ning kinnitab hindamise tulemused hiljemalt 1. juuliks 2009. a.

[RTL 2009, 25, 328– jõust. 1.07.2009] – rakendatakse alates 1.01.2009

(3) Kuni 31. detsembrini 2010. a loetakse käesoleva määruse § 8 lõikes 11 sätestatud õe erialane pädevus täidetuks ka juhul, kui õde on:

- 1) läbinud erialase täienduskoolituse vähemalt 60 tunni ulatuses või
- 2) spetsialiseerunud terviseõdeks või
- 3) 2010. aastal tervishoiu kõrgkoolis õppiv isik.

[RTL 2009, 84, 1234– jõust. 15.11.2009]

(4) Kuni 31. detsembrini 2010. a võib raviarvele kanda ka raviarve vormistanud psühholoogi koodi.

[RTL 2009, 84, 1234– jõust. 15.11.2009]

§ 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.

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 14
Lisa 15
Lisa 16

Sotsiaalminister
määrus
lisa 13234571

Lisa 13

Sotsiaalministri 19.01.2007. a määrus nr 9
«Kindlustatud isikult tasu maksmise
kohustuse Eesti Haigekassa
poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse
osutajatele makstava tasu arvutamise meetoodika»
lisa 13
[RTL 2009, 84, 1234– jõust. 15.11.2009]

Tervishoiuteenuse osutaja osutatud teenuste hulgad

Teenuse kood	Eriala*	Osutatud teenuse hulk (tk)

* Vajalik täita ainult juhul, kui taotletakse lisa 9-s toodud ressursside kasutusvajaduse muutmist