**Vabariigi Valitsuse määruse**

**„Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu“ eelnõu seletuskiri**

**1. Sissejuhatus**

**1.1. Sisukokkuvõte**

1. aprillist 2026. a rakenduva tervishoiuteenuste loetelu peamised muudatused on järgmised:

1. Perearstiabi muudatused:
   1. 01.01.2026 muutunud pearaha arvestamisel täpsustatakse pearaha ja nimistuülese teenusekorralduse komponendi maksmist. Koefitsient 1,1 rakendub ainult neile teenuseosutajatele, kelle kõik praksise nimistud on saavutanud Eesti Perearstide Seltsi kvaliteedihindamise tulemuse vähemalt 0,8;
   2. perearstiabi kulumudelis muudetakse haiguskoormuse arvestamise perioodi. Varasema sõnastuse kohaselt lähtuti tasu arvestamisel viimase kahe kalendriaasta andmetest, nüüd lähtutakse tasu arvestamise päevale vahetult eelnevast 24 kalendrikuu pikkusest ajavahemikust.
      1. Eriarstiabi muudatused:
2. erialaühenduste ettepanekutest lähtudes lisatakse tervishoiuteenuste loetellu tõenduspõhine ja kulutõhus elupäästev teenus (madala anti-A ja anti-B tiitriga 0-grupi täisvere preparaat kasutamiseks massiivse verekaotuse korral), muudetakse olemasolevate teenuste tingimusi (nt toitmisravi preparaatide ravi alustamise tingimuste ja kasutusnäidustuste laiendamine);
3. lisatakse insuldipatsiendi raviteekonna teenus ja raviteekonnapõhine rahastamine;
4. juhtprojektina lisatakse loetellu südamehaige kaugtaastusravi teenusemudel.
   * 1. Ravimiteenuste muudatused: lisatakse uued tõenduspõhised ja kulutõhusad haiglaravimid kopsuvähi, enneaegsete laste retinopaatia, ealise maakula degeneratsiooni ja harvaesineva haiguse nägemisnärvi neuromüeliidi raviks. Laiendatakse osteoporoosi ravi rahastustingimusi ning tulenevalt Tervisekassa tehtud ravimihangetest uuendatakse mitme loetelus oleva antibiootikumravi teenuse piirhindasid.
     2. Horisontaalsed muudatused: teenuste hindadest eemaldatakse COVID-19 kriisi ajal lisatud (osaliselt eemaldatud 01.01.2025 TTL-iga) täiendava isikukaitsevahendite hinnakomponendi kogumaksumus. Tavapärases olukorras kasutatavad isikukaitsevahendid, jäätmekäitlus ja desinfektsioonivahendid on teenuste kulukomponentides varem juba arvestatud ning neid nimetatud muudatus ei puuduta, samuti on tervishoiuteenuste loetelus jätkuvalt olemas nakkusohtlike patsientide puhul kasutamiseks mõeldud kood 7009 „Patsiendi isolatsioon (üks ööpäev)“, mis katab kõrgendatud nakkusohutuse tagamise vajaduse, sealhulgas COVID patsientide puhul.
     3. Tervishoiutöötajate kollektiivlepingust tulenevalt muudetakse teenustes sisalduvat palgakomponenti 5% võrra. Muudatus lähtub tervishoiuvaldkonna tööandjate ja töötajate esindajate vahel sõlmitud ja 1. aprillil 2025. a jõustunud kollektiivlepingus kokku lepitavatest töötasude alammääradest. Valmisolekutasudes ja voodipäevahindades korrigeeritakse vastavalt kollektiivlepingule ööaja koefitsienti.
     4. Diagnoosipõhiste kompleksteenuste (DRG) muudatused: muudetakse diagnoosipõhiste kompleksteenuste piirhindu ja hinnapiire vastavalt uutele teenusepõhistele hindadele ja eelmise perioodi raviarvete andmete põhjal tehtud arvutustele.

Tervishoiuteenuste loetelu muudatused on heaks kiidetud Tervisekassa nõukogu 20. veebruari 2026. a otsusega nr 3, millega tehti sotsiaalministrile ettepanek esitada tervishoiuteenuste loetelu määruse eelnõu Vabariigi Valitsusele.

Mõju halduskoormusele on tasakaalustatud. Täpsema analüüsi leiab punktist 4.1.

**1.2. Eelnõu ettevalmistaja**

Eelnõu menetleja Sotsiaalministeeriumis on tervishoiuteenuste osakonna nõunik Pille Saar ([pille.saar@sm.ee](mailto:pille.saar@sm.ee)). Eelnõu juriidilise ekspertiisi on teinud õigusosakonna õigusnõunik Piret Eelmets ([piret.eelmets@sm.ee](mailto:piret.eelmets@sm.ee)). Eelnõu ja seletuskirja on keeletoimetanud Rahandusministeeriumi ühisosakonna dokumendihaldustalituse keeletoimetaja Virge Tammaru ([virge.tammaru@fin.ee](mailto:virge.tammaru@fin.ee)).

Eelnõu on koostatud Tervisekassas.

Eelnõu ja seletuskirja autorid on:

1) tervishoiuteenuste arendamise portfellijuht Liis Kruus ([liis.kruus@tervisekassa.ee](mailto:liis.kruus@tervisekassa.ee));

2) Tervisekassa peaspetsialistid/teenusejuhid:

* Merje Metsoja ([merje.metsoja@tervisekassa.ee](mailto:merje.metsoja@tervisekassa.ee));
* Kristin Kuusk ([kristin.kuusk@tervisekassa.ee](mailto:kristin.kuusk@tervisekassa.ee));
* Karin Kõnd-Vetevood ([karin.kond-vetevood@tervisekassa.ee](mailto:karin.kond-vetevood@tervisekassa.ee));
* Tanel Kaju ([tanel.kaju@tervisekassa.ee](mailto:tanel.kaju@tervisekassa.ee));
* Malle Avarsoo ([malle.avarsoo@tervisekassa.ee](mailto:malle.avarsoo@tervisekassa.ee));
* Keili Kõlves-Toompuu ([keili.kolves-toompuu@tervisekassa.ee](mailto:keili.kolves-toompuu@tervisekassa.ee));
* Getter Hark ([getter.hark@tervisekassa.ee](mailto:getter.hark@tervisekassa.ee));
* Triin Durejko ([triin.durejko@tervisekassa.ee](mailto:triin.durejko@tervisekassa.ee));
* Margit Savisaar ([margit.savisaar@tervisekassa.ee](mailto:margit.savisaar@tervisekassa.ee));
* Pille Lõmps ([pille.lomps@tervisekassa.ee](mailto:pille.lomps@tervisekassa.ee));
* Helis Ojala ([helis.ojala@tervisekassa.ee](mailto:helis.ojala@tervisekassa.ee));
* Kadri Suislep-Peets ([kadri.suislep-peets@tervisekassa.ee](mailto:kadri.suislep-peets@tervisekassa.ee));

3) jurist Katrina Koha ([katrina.koha@tervisekassa.ee](mailto:katrina.koha@tervisekassa.ee)).

**1.3. Märkused**

Määrusega kehtestatakse ravikindlustuse seaduse § 30 lõike 1 ja § 331 lõike 1 alusel uus Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu ja tunnistatakse kehtetuks Vabariigi Valitsuse 15. detsembri 2025. a määrus nr 101 „Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu“ (RT I, 17.12.2025, 16).

Eelnõu on seotud ravikindlustuse seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seadus (välisravi ning ultraharvik-, ekstemporaalsed ja soodusravimid) eelnõuga (764 SE)[[1]](#footnote-1) koodi 3134 (määruse § 9 lõike 1 tabeli viimane rida) puhul.

Eelnõu on seotud ka sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. a määruse nr 9 „Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord“ (edaspidi *metoodikamäärus*) muutmise määrusega, mida samuti rakendatakse alates 1. aprillist 2026. a.

Eelnõu ei ole seotud isikuandmete töötlemisega isikuandmete kaitse üldmääruse tähenduses.

Eelnõu mõjutab halduskoormust. Täpsem kirjeldus halduskoormuse muutustest on esitatud seletuskirja punktis 4.1.

**2. Eelnõu sisu ja võrdlev analüüs**

Eelnõuga kehtestatakse tervishoiuteenuste loetelu uue terviktekstina.

**Alljärgnevalt selgitatakse üksnes määruses tehtavaid muudatusi**.

**Määruse § 2 lõikes 4** muudetakse sõnastust ja sätestatakse, et koodidega 3304, 3305, 3306, 3307, 3311, 3312, 3313 ja 3314 tähistatud pearaha ja nimistuülest teenusekorralduse lisakomponenti nimistusse kuuluva kindlustatud isiku eest tasutakse täiendavalt juhul, kui isikule on viimase 24 kalendrikuu jooksul vähemalt kaks korda vähemalt 60-päevase vahega Tervisekassale esitatud raviarvel või väljastatud ravimiretseptil märgitud põhi- või kaasuva diagnoosina haigus § 2 lõikes 4 esitatud loetelust. Varem oli lisatasu arvestusperiood viimased kaks kalendriaastat. Uue sõnastuse „viimase 24 kalendrikuu jooksul“ kohaselt arvestatakse alati lisakomponendi arvestamise kuupäevale eelnevat 24 kuu pikkust ajavahemikku. Näiteks 1. aprilli 2026. a pearaha arvestamisel on aluseks periood 1. aprill 2024. a kuni 31. märts2026. a.

Selline arvestus tagab, et pearaha ja nimistuülese teenusekorralduse lisakomponent põhinevad ajakohastel andmetel ning kajastavad paremini kindlustatud isiku tegelikku tervishoiuteenuse vajadust.

**Määruse § 2 lõikes 5** muudetakse sõnastust, et luua õigusselgus ning vältida vastuolu hindamiskriteeriumide ja kehtiva regulatsiooni vahel. Võrreldes eelmise hindamisperioodiga on kriteeriumid muutunud rangemaks, kuna alates 2026. aastast muutusid perearstiabi rahastamise põhimõtted ning tekkis vajadus kriteeriumid üle vaadata. Eesti Perearstide Seltsi ja Tervisekassa hinnangul ei ole põhjendatud omistada praksisele kõrgemat juhtimiskvaliteedi taset olukorras, kus ei ole täidetud perearsti kvaliteedisüsteemi (edaspidi PKS) nõudeid. Edaspidi on A ja B taseme saavutamise eelduseks, et kõik praksise kaudu tegutsevad nimistud on saavutanud PKS tulemuse vähemalt 0,8.

Erandina ei hinnata tervishoiuteenuse osutaja koosseisu nimistuid, mis on liitunud tervishoiuteenuse osutajaga hinnataval aastal, sealhulgas uusi nimistuid, asendusnimistuid ja 0-nimistuid, kui nende PKS-i tulemus ei ole hinnataval perioodil täidetud. Erandi eesmärk on vältida olukorda, kus praksise kvaliteeditaset mõjutab nimistu, millel ei ole olnud piisavat aega PKS-i nõuete täitmiseks.

**Määruse § 9 lõikesse 1** lisatakse teenus „Hinnangu andmine eksperdikomisjoni poolt ultraharvikhaiguse ravimi hüvitamiseks“ (kood 3134) koos rakendussätetega **lõigetes 50 ja 51**. Teenuse lisamine on seotud ravikindlustuse seaduse § 41 lõike 8 muudatusega, millega luuakse võimalus kodus või raviasutuses kasutatavaid müügiloaga ultraharvikhaiguse ravimeid rahastada erandkorra protseduuri alusel patsiendipõhiselt, arvestades seejuures ravikindlustuse seaduses kehtivaid kriteeriume. Seadusemuudatus võimaldab patsientidel taotleda ultraharvikhaiguse raviks mõeldud ravimite rahastust, kui eksperdikomisjoni, kuhu kuuluvad kindlustatud isikut raviv arst ja vähemalt üks vastava eriala omandanud eriarst, kirjalik seisukoht seda toetab. See muudatus jõustub vastavalt rakendussättele 1. mail 2026, mil jõustub vastav ravikindlustuse seaduse muudatus.

Eksperdikomisjoni seisukoht on vajalik hindamaks ravimi vajadust, efektiivsust ja muud asjakohast, mis on vastavas vormis välja toodud. Eksperdikomisjoni otsuse vorm avaldatakse Tervisekassa veebilehel ja selle kasutamine on koodiga 3134 tähistatud teenuse eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise tingimuseks. Tervisekassal on õigus vormi vajaduse korral muuta ja täiendada. Vormi kasutamine tagab Tervisekassale otsuse tegemiseks vajalike andmete esitamise ühesuguses struktuuris, tehes need paremini loetavaks. See vähendab vigu ja puuduvaid andmeid, säästab taotluse menetlemiseks kuluvat aega ning aitab ennetada vaidlusi, sest kõigile kehtivad samad nõuded ja ootused.

**Määruse § 9 lõigetes 19 ja 20** tehtavate muudatustega täpsustatakse koodiga 3034 tähistatud teenuse rakendustingimusi. Muudatuse eesmärk on praktikast tulenev vajadus kehtestada ühe konsiiliumi protokolli vormi asemel kaks vormi. Kehtiva sätte kohaselt on välisravi eelloa puhul üks samasisuline vorm hinnangu andmiseks nii ravikindlustuse seaduse § 271 lõikes 1 sätestatud kriteeriumide alusel kui ka Euroopa Parlamendi ja nõukogu (EÜ) määruse nr 883/2004 artiklis 20 sätestatud kriteeriumide alusel. Praktikas on selgunud, et see muudab protokolli pikaks ja kohati ebaselgeks. Kui taotlemise alus on teada, saab täita asjakohase vormi. Vormid avaldatakse edaspidi Tervisekassa veebilehel ja nende kasutamine on koodiga 3034 tähistatud teenuse eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise tingimuseks. Tervisekassal on õigus vormi vajaduse korral muuta ja täiendada. Seni kasutusel olnud metoodikamääruse lisas 30 kehtestatud konsiiliumi protokolli vorm tunnistatakse kehtetuks.

**Määruse § 11 lõikes 9** täpsustatakse, et otsuse alustada kodusel ravil viibiva patsiendi toitmisravi enteraalse toitelahusega (kood 7039) peab olema teinud vähemalt üks toitmisravi täiendkoolituse kehtivat sertifikaati omav spetsialist ja vähemalt üks arst. Otsuse alustada statsionaarsel ravil viibiva patsiendi toitmisravi enteraalse toitelahusega (koodid 7037, 7038 ja 7029) peab olema teinud patsiendi raviarst ning ravivajaduse jätkumise korral peab vähemalt üks kehtivat sertifikaati omav toitmisravi spetsialist ja vähemalt üks arst olema hiljemalt seitsmendaks ravipäevaks koostanud individuaalse toitmisraviplaani. Toitmisravis järgitakse ravikindlustuse seaduse § 32 alusel kehtestatud määruse lisas sätestatud toitmisravi teenuse kvaliteedi kriteeriume. Muudatuse eesmärk on laiendada toitmisravi kättesaadavust statsionaarsel ravil olevatele riskirühmadele.

**Määruse § 11 lõikes 16** muudetakse kohandatud koostisega täisväärtuslike toitmisravi preparaatide (koodid 7092 ja 7093) nimetust nii, et lisaks suukaudsele manustamisele on võimalik kohandatud koostisega täisväärtuslikke toitmisravi preparaate vajaduse korral manustada ka enteraalselt. Sellega seoses muudetakse **lõike 16** sissejuhatavat lauseosa, lisades sellesse sõna „enteraalsete“ ja muudetakse **§ 11** pealkirja, jättes välja sõna „suukaudsete“. Muudatuse eesmärk on võimaldada manustada patsiendile vajaduse korral preparaate sondi või gastrostoomi kaudu, juhul kui suukaudne toitmisravi ei ole võimalik.

**Määruse § 11 lõikes 17** lisatakse toitmisravi preparaatide näidustuste loetellu ravimrefraktaarne epilepsia ja täpsustatakse rakendustingimuse teist osa nii, et selle seisundi korral on toitmisravi preparaadid vajaduse korral enteraalselt manustatavad. Ketogeense koostisega toitmisravi preparaatide manustamine ravile allumatu epilepsiaga patsientidele on näidanud kliinilist efektiivsust. Rakendustingimuse laiendamisega lisandub teenuse kasutamise mahule ligikaudu 10–20 ravimrefraktaarse epilepsiaga patsienti aastas, kellele on ketogeense koostisega toitmisravi hüvitatud 100% ulatuses.

**Määruse § 11 lõike 18** **punktiga 1** täpsustatakse, et lõikes 16 nimetatud toitmisravi preparaatide rakendamise otsus peab olema tehtud toitmisravi täiendkoolituse sertifikaati omava spetsialisti poolt toitmisravi konsultatsiooni käigus (koodid 7087, 7088 või 7099) või eksperdikomisjonis (kood 7089), milles on vähemalt kaks kehtiva toitmisravi täiendkoolituse sertifikaadiga liiget, kellest vähemalt üks on arst. Punktiga 2 lisatakse, et statsionaarsel ravil viibiva patsiendi toitmisravi preparaadi (koodid 7091, 7093 ja 7095) rakendamise otsuse võib teha raviarst ning ravivajaduse püsimise korral koostatakse alates seitsmendast ravipäevast toitmisraviplaan kehtivat toitmisravi täiendkoolituse sertifikaati omava spetsialisti poolt toitmisravi konsultatsiooni käigus (koodid 7087, 7088 või 7099) või eksperdikomisjonis (kood 7089), milles on vähemalt kaks kehtiva toitmisravi täiendkoolituse sertifikaadiga liiget, kellest vähemalt üks on arst.

Paragrahvis 11 tehtud muudatused on kooskõlastatud Eesti Kliinilise Toitmise Seltsiga (EstSPEN).

**Määruse § 34 lõiget 4** täpsustatakse, et selgitada teenuse rahastamise tingimust, mille kohaselt tuleb ülemiste hingamisteede videoendoskoopiline uuring teha DICOM-standardile (*Digital Imaging and Communications in Medicine)* vastava videovõimekusega seadmega. Tegemist on rahvusvahelise standardiga radioloogiliste uuringute salvestamiseks, säilitamiseks ja vahetamiseks. Tingimuse täpsustamise põhjuseks on asjaolu, et teenuseosutajad tegid uuringutest pilte ja laadisid neid üles Dermtesti platvormi kaudu, sest teenuse eest tasumise eelduseks oli üksnes uuringu arhiveerimine SA-s Eesti Tervishoiu Pildipank. DICOM formaadis andmed on pildipanga jaoks kvaliteetsed, s.t taasesitatavad ja hinnatavad. Uuringutulemuse pildi või videofaili üleslaadimine pildipangas kolmanda osapoole platvormi kaudu lõi olukorra, kus uuringutulemused ei olnud enam kvaliteetselt reprodutseeritavad ning patsiendid vajasid kordusuuringu tegemist. Muudatus aitab tagada uuringute tulemuste kvaliteedi ja nende nõuetekohase säilitamise. Muudatus on kooskõlastatud Eesti Kõrva-Nina-Kurguarstide ja Pea- ja Kaelakirurgide Seltsiga.

**Määruse** **§ 41 lõikesse 2** lisatakse rakendustingimused punktides 9 ja 10 ja sätestatakse, et ühekambrilise või kahekambrilise südamestimulaatori järelkontrolli (koodidega 7664 ja 7665 tähistatud tervishoiuteenused) saab teha eriarst või õde iseseisvalt. Lisaks täpsustatakse, et juhul kui järelkontrolli teeb õde, peab ta olema läbinud südamestimulaatori järelkontrolli alase koolituse ja pädevushindamise. Rakendustingimus on kooskõlastatud Eesti Kardioloogide Seltsiga.

**Määruse § 46 lõikes 1** muudetakse koodiga 2306K tähistatud tervishoiuteenuse piirhinda lisaks horisontaalsele palgakomponendi muudatusele, et korrigeerida valveringi rahastust erakorralise meditsiini osakonnas (EMO) töötavate arst-residentide puhul ja ühtlustatakse lähenemine AS Põhja-Eesti Regionaalhaiglaga. Muudatusega seoses täiendatakse **§ 82 lõikega 12**, milles sätestatakse koodiga 2306K tähistatud teenuse „Erakorralise abi osutamine kuus (SA Tartu Ülikooli Kliinikum)“ rakendustingimus, et hüvitada muudatuse mõju tagasiulatuvalt perioodil 01.01.2026–31.03.2026.

**Määruse** **§ 46 lõiget 1** täiendatakse teenusepõhise kompleksteenusega „Insuldipatsiendi raviteekond“ (kood 2360K) koos rakendustingimustega **lõigetes 36–43**. Insuldi juhtprojektviidi ellu aastatel 2019–2022 neljas haiglas: SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, SA Ida-Viru Keskhaigla ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla. Projekti eesmärk oli parandada inimese insuldijärgset elukvaliteeti patsiendi vaatest terviklikku raviteekonda arendades, kus muu hulgas inimest ja tema lähedasi võimestatakse, raviteekonna koordineerimise eest võetakse vastutus ja patsiendid saavad neile vajamineva teenuse. Projekti raames rahastati raviteekonna osapoolte initsiatiivil ja koostöös elluviidavaid ravikorralduslikke arendusprojekte (nt koordinaator, insuldiõde, raviplaan), testiti patsiendi tervisetulemite mõõtmist ja katsetati raviteekonnapõhist tasustamist. Projekti fookuses olid isheemilise insuldi diagnoosiga (I63) patsiendid. Juhtprojekti õnnestumist mõõdeti kahe komplekti mõõdikutega, mis näitasid muutusi insuldijärgse elu kvaliteedis ja raviteekonna terviklikkuses.

Tervishoiuteenuste loetelu komisjon hindas projekti efektiivseks, kuna rohkem patsiente jõudis jätkuravile. Leiti, et vajalik on kokku leppida raviteekonna standard (kuidas patsient enda raviteekonnal liigub) ja kõik tulemite kogumisega seonduv, et neid esimesel võimalusel rakendada üle Eesti koos tasustamisega. Standardi kokkuleppimise ajal võimaldati jätkata juhtprojektis edukaks osutunud kahe sekkumisega: koordinaatori teenusega ja insuldiõe mahukama vastuvõtuga.

2025. aastast rakendus isheemilise insuldi diagnoosiga patsientide raviteekonna[uus standard](https://tervisekassa.ee/media/806/download?inline), mille eesmärk on pakkuda patsientidele katkematut ja tõhusat ravi ning ühtlustada ravikäsitlust kõigis insuldiüksustega haiglates. Koos standardiga töötati välja täpsemad tegevusjuhised [insuldiõdedele](https://tervisekassa.ee/media/804/download?inline), [koordinaatoritele](https://tervisekassa.ee/media/803/download?inline) ja [perearstidele](https://tervisekassa.ee/media/805/download?inline). Standard koos juhistega annab selged suunised ravietappideks ja hõlbustab koostööd spetsialistide vahel. Vastavad kokkulepped töötati välja insuldi raviteekonna osapooli (neuroloogide, insuldiõdede, perearstide, patsientide, koordinaatorite, taastusarstide, kvaliteedijuhtide ja finantsjuhtide esindajaid) koondavas töörühmas.

Standard on kvaliteedikokkulepe selle kohta, millist ravi tervishoiuteenuse osutajad peavad pakkuma, muu hulgas toob standard välja:

* neelamise hindamise aeg, et vältida tüsistusi;
* füsioterapeutilise hindamise ning kõne ja kommunikatsiooni hindamise aeg, et võimalikult kiiresti alustada funktsionaalse võimekuse taastamisega;
* etioloogia täpsustamise ja sekundaarse preventsiooni, et vältida korduvaid insulte;
* sotsiaaltöötaja töö – juba haiglas viiakse patsient kurssi riigi ja KOV-i teenustega ning sotsiaaltöötaja aitab dokumente vormistada;
* koordineeriv roll – muu hulgas broneerib koordinaator ajad teenustele ja korraldab transpordi;
* jätkuravi (taastusravi, õendusabi, järelravi) – mis on jätkuravile suunamise kriteeriumid ja mis teenused peavad olema jätkuravil kättesaadavad;
* perearstiabi – millised tegevused peavad olema tehtud esmatasandil.

Uue standardiga koos rakendati ka insuldi raviteekonna jälgimisindikaatoreid. Need aitavad jälgida uue standardi jõustumist praktikas. Jälgimisindikaatorite rakendamise perioodi lõpus analüüsiti kogutud andmeid, et määrata, millised indikaatorid saavad aluseks tulemuspõhise tasustamismudeli loomisel. Jälgimisindikaatorid on esitatud ravi rahastamise lepingu [lisa 9a](https://tervisekassa.ee/sites/default/files/RRL/2025/lisa_9a_2025_aprill.pdf) punktis 2.6.

Selleks, et luua täiendav stiimul uue raviteekonna standardi järgimiseks ning parandada seeläbi raviteekonna terviklikkust ja patsientide tervisetulemeid, rakendatakse alates 01.04.2026 raviteekonnapõhist tasustamist (*bundled payment*).

Raviteekonna hind kujundatakse, võttes aluseks nii ajalooline teenuste kasutus kui ka raviteekonna standardist tulenevad suunised. Raviteekonnaga seotud teenused on määratletud metoodikamääruse lisas 51. Raviteekonna hinna kajastamisel tervishoiuteenuste loetelus lähtutakse raviteekonna kulusid mõjutavatest peamistest parameetritest, sealhulgas patsiendi seisundi raskusastmest (NIHSS, *National Institutes of Health Stroke Scale*), vanusest, esmase ravi liigist, Charlsoni kaasuvate haiguste indeksist *(CCI* – *Charlson Comorbidity Index)* ja eelnevatest insultidest. Eesmärk on tagada, et raviteekonna hind katab hea kvaliteediga insuldiravi osutamiseks vajalikud kulud ning samal ajal arvestab patsientide kliinilisest seisundist tulenevat kulude varieeruvust.

Lisaks sellele, et hind peegeldab hea ravipraktika kulusid ja patsientide eripära, seotakse tasustamine ka raviteekonna kokkulepitud reeglite järgimise ja oodatud ravitulemuste saavutamisega.

Raviteekonnapõhise tasustamise keskne põhimõte on, et esmase insuldiravi osutaja on kogu raviteekonna kulude ja tulemuste eest vastutav osapool. See loob selged stiimulid ravikvaliteedi parandamiseks, raviteekonna parema integreerituse saavutamiseks ja teenuseosutajate vahelise koostöö tugevdamiseks.

Planeeritavraviteekonnapõhise tasustamise protsess(esitatud ravi rahastamise lepingus):

1. Tervisekassa tasub kõigile raviteekonnal teenuseid osutanud raviasutustele jooksvalt kehtivate tasumudelite alusel (FFS ja DRG).
2. Pärast konkreetse kalendriaasta jooksul alanud raviteekondade lõppemist koostab Tervisekassa esmast ravi osutanud vastutavale raviasutusele (piirkondlik või keskhaigla) koondarve.
3. Koondarve koostamisel võrreldakse raviteekondade hinnal põhinevat kulu sama perioodi jooksva kuluga (FFS ja DRG):
   * kui jooksvalt tasutud summa on väiksem kui raviteekonna hinnal põhinev kulu, käsitatakse vahet säästuna;
   * kui jooksvalt tasutud summa ületab raviteekonna hinnal põhinevat kulu, käsitatakse vahet ülekuluna.
4. Koondarve lõplik summa sõltub raviteekonna kvaliteedi- ja tulemusmõõdikute täitmisest järgmiselt:

a) vähemalt kaheksa mõõdiku täitmisel jagatakse sääst või ülekulu võrdselt (50% säästust makstakse raviasutusele, 50% ülekulust küsitakse raviasutuselt tagasi);

b) viie kuni seitsme mõõdiku täitmisel makstakse raviasutusele 30% säästust ning 70% ülekulust küsitakse tagasi;

c) kolme kuni nelja mõõdiku täitmisel makstakse raviasutusele 10% säästust ning 90% ülekulust küsitakse tagasi;

d) kuni kahe mõõdiku täitmisel säästu ei jagata ning ülekulu korral küsitakse raviasutuselt tagasi 100% ülekulust.

Seega, kui raviasutus pakub ravi soodsamalt kui raviteekonna hind ette näeb ja ravi kvaliteet on hea, on raviasutusel võimalik teenida boonust – antakse motivatsioon nii efektiivsuse kasvuks kui ka kvaliteedi paranemiseks. Samas, kui raviasutus pakub ravi kallimalt kui raviteekonna hind ette näeb ja mõõdikud on täitmata, peab raviasutus kogu ülekulu Tervisekassale tagastama.

Tasustamisel kasutatavate (üldistatud) mõõdikute loetelu(esitatud ravi rahastamise lepingus): KT/MRT uuring, trombolüüsi ja/või trombektoomia läbiviimine, pea- ja kaelaarterite piirkonna piltdiagnostika, liikumisfunktsiooni hindamine 48 tunni jooksul, antikoagulantravi määramine, taastusraviga hõlmatus ühe kuu jooksul, perearsti vastuvõtud 60 päeva jooksul, 30 päeva suremus, kordusinsultide esinemine kuni 365 päeva jooksul. Järgmisel aastal lisatakse loetellu ka nende patsientide osakaal, kelle mRS (modifitseeritud Rankini skaala) skoor on kolm kuud pärast insulti 0–2, mida käsitatakse hea funktsionaalse tulemusena. Patsiendiküsimustike tehnilise keskkonna valmimisel lisatakse ka PROM (patsiendi hinnatud tervisetulemid) ja PREM (patsientide hinnatud kogemus) mõõdikud.

**Määruse § 46 lõikes 36** sätestatakse teenuse piirhinnale rakenduvad koefitsiendid. Koefitsientide kasutamine on vajalik, et arvestada tasustamisel patsientide seisundi raskusastet, mis omakorda mõjutab statistiliselt oluliselt raviteekonna kulu – üksnes sellisel juhul on tasustamine tajutav õiglasena ega loo ebasoovitavaid stiimuleid.

**Määruse § 46 lõikes 37** sätestatakse, et juhul kui tervishoiuteenuse osutaja ei ole hospitaliseerimise korral esitanud indeksarvel NIHSS-i, rakendab Tervisekassa teenuse piirhinnale NIHSS skoorile 0–15 vastavat koefitsienti 1. NIHSS on raviarvel eraldi statistilise koodina kajastatav näitaja. Vastava statistilise koodi märkimise motiveerimiseks rakendab Tervisekassa selle esitamata jätmise korral enda vaates kõige soodsamat koefitsienti.

**Määruse** **§ 46 lõikes 38** sätestatakse, et koodiga 2360K tähistatud tervishoiuteenust rakendatakse ravi rahastamise lepingu kohaselt haiglate loetelus nimetatud kesk- või piirkondlikus haiglas, kus on alustatud vähemalt 19-aastase isiku (v.a ELi kindlustatu) ägeda isheemilise insuldi ravi (vältimatu statsionaarse eriarstiabi arve, millel on märgitud põhidiagnoosiks I63 ja diagnoosi tunnuseks 5). Juhul kui samal või kahel järjestikusel päeval esineb mitu eeltoodud tunnustele vastavat arvet, rakendatakse koodiga 2360K tähistatud tervishoiuteenust keskhaiglas, keskhaigla puudumise korral piirkondlikus haiglas, mitme keskhaigla või mitme piirkondliku haigla puhul haiglas, kus raviarve on lõpetatud kõige hiljem. Selle tingimusega tagatakse, et raviteekonna eest vastutavaks raviasutuseks on patsiendile kõige kodulähedasem insuldiüksus või -keskus, sest see raviasutus jääb koordineerima ka patsiendi jätkuravi. Näiteks keskhaiglad Ida-Viru Keskhaigla ja Pärnu Haigla võivad osa enda insuldipatsiente suunata piirkondlikku haiglasse trombektoomiale, mille järel naaseb patsient keskhaiglasse, mis jääb ka jätkuravi koordineerima (nt taastusravi, õendusabi, õe vastuvõtud jne).

**Määruse § 46 lõikes 39** sätestatakse, et insuldi raviteekond sisaldab metoodikamääruse lisas 51 nimetatud tervishoiuteenuste osutamisega seotud kulusid. Raviteekond seob kokku esmase aktiivravi, järelravi, taastusravi, õendusabi, muu aktiivravi ja välditavate tüsistuste raviga seotud teenused. Seeläbi suurendatakse motivatsiooni parandada insuldipatsiendile osutatava teenuse kvaliteeti ja integreeritust, näiteks tüsistuste ravi eest täiendavalt ei maksta, vaid see on keskmise hinna sees.

**Määruse** **§ 46 lõikes 40** kirjeldatakse insuldi raviteekonna eest tasumise põhimõtteid. Teenuse eest tasutakse kõige varem 365 päeva möödumisel esmase aktiivravi indeksarvest või enne nimetatud tähtaega saabunud surma või kordusinsuldi korral, tehes lõikes 38 nimetatud tervishoiuteenuse osutajaga tasaarvelduse koos säästu ja ülekulu jagamisega, võrreldes kindlustatud isikule lõikes 39 nimetatud tervishoiuteenuste eest tasumise kohta esitatud raviarvete kogusummat koodiga 2360K tähistatud tervishoiuteenuse piirhinnaga ja arvestades mõõdikute täitmist vastavalt tervishoiuteenuse osutaja ja Tervisekassa vahel ravi rahastamise lepingus kokkulepitud tingimustele ja korrale. Täpsemad selgitused on käesoleva seletuskirja **§ 46 lõike 1** juures.

**Määruse** **§ 46 lõikes 41** sätestatakse, etteenuse eest tasutakse vastavalt metoodikamääruse lisas 51 viidatud esmase aktiivravi lõpetamise kuupäevale. Säte on vajalik, kuna raviteekond võib olla maksimaalselt 365 päeva pikk ning selle aja jooksul võib tervishoiuteenuste loeteluga kehtestatud insuldipatsiendi raviteekonna (kood 2360K) piirhind mitmel korral muutuda. Sätte eesmärk on öelda, millisel ajahetkel kehtinud tervishoiuteenuste loetelu teenuse piirhinnast tasumisel lähtutakse. Kuna esmane aktiivravi on kõige suurema rahalise kuluga, lähtutakse esmase aktiivravi lõpetamisel kehtinud teenuse hinnast.

**Määruse** **§ 46 lõikes 42** sätestatakse raviteekonna maksumuse alumine ja ülemine piirmäär. Juhul kui lõikes 39 nimetatud tervishoiuteenuste eest tasumise kohta esitatud raviarvete kogusumma jääb alla 1500 euro või ületab 32 000 eurot, siis koodiga 2360K tähistatud tervishoiuteenust ei rakendata. Patsiente, kelle raviteekonna maksumus vastab eeltoodule, on väga vähe (maksimaalselt 5%). Erandite määratlemine on oluline, et raviasutused ei saaks kahjumit või kasumit seetõttu, et nende raviasutusse sattus arvelduse perioodil ebaproportsionaalselt palju patsiente, kes vajavad ülikallist või üliodavat ravi. Vastavad hinnapiirid vaadatakse üle, kui piirhindades sisalduvad palgakomponendid muutuvad.

**Määruse** **§ 46 lõikes 43** sätestatakse, etTervisekassa võtab koodiga 2360K tähistatud tervishoiuteenuse eest tasu maksmise kohustuse üle insuldipatsiendi raviteekonna kestel ravikindlustatud isiku eest. Kui inimese kindlustuskaitse raviteekonna jooksul katkeb, raviteekonnapõhist tasustamist ei rakendata. Sellel perioodil, kui inimene on kindlustamata, ei osutata talle plaanilisi teenuseid. Lisaks välistatakse patsientide hulgast insuldipatsiendi raviteekonna kestel kinnipeetud kindlustatud isikud, kuna teenuste saamine oleneb vangla võimekusest pakkuda transporti raviasutusse. Seda kontrollitakse vangiregistrist (kinnipeetavate, vahistatute, arestialuste ja kriminaalhooldusaluste andmekogu) saadavate andmete alusel.

**Määruse § 46 lõikes 19** muudetakse koodidega 2305K–2322K tähistatud tervishoiuteenuste rakendustingimust. Muudatus on tingitud tervise- ja tööministri 27. detsembri 2018. a määruse nr 73 „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded“ muutmisest ja metoodikamääruse[[2]](#footnote-2) lisa 26 „Juhend triaaži teostamiseks Eesti erakorralise meditsiini osakondades“ kehtetuks tunnistamisest. Muudatusega tõstetakse metoodikamääruse lisas 26 olevad triaaži põhimõtted rahastamise regulatsioonist tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuete regulatsiooni. Seda põhjusel, et patsientide tiražeerimine ei ole olemuselt rahastamise tingimus, vaid tervishoiuteenuse osutamise korralduslik ja kättesaadavust puudutav nõue. Edaspidi on koodidega 2305K–2322K tähistatud tervishoiuteenuste eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise tingimuseks erakorralise meditsiini osakonnas teenuse osutamisel tervise- ja tööministri määruses nr 73 sätestatud kättesaadavusnõuete järgimine.

**Määruse** **§ 54 lõikest 1** jäetakse välja koodiga 1E2144 tähistatud tervishoiuteenus „Türeglossaalsete ja branhiogeensete fistulite-tsüstide kirurgiline ravi“, sest samasisulist teenust on kirjeldatud otorinolarüngoloogia erialal, s.o §-s 56 teenus „Türeglossaalsete ja branhiogeensete fistulite-tsüstide kirurgiline ravi“ (kood 1E2185). Muudatusega jäetakse dubleeriv teenus loetelust välja.

**Määruse § 63 lõikesse 1** lisatakse ravimiteenused„Mitteväikerakk-kopsukasvaja ravi tsemiplimabiga, PD-L1 kasvaja proportsiooni skooriga (TPS) ≥ 50%, kolmenädalane ravikuur“ (kood 454R) ja „Mitteväikerakk-kopsukasvaja ravi tsemiplimabiga, PD-L1 kasvaja proportsiooni skooriga (TPS) 1–49%, kolmenädalane ravikuur“ (kood 455R) koos rakendustingimustega **lõigetes 118 ja 119** ning viide vastavate ravimiteenuste koodidele lisatakse **lõikesse 6**. Koodiga 454R tähistatud ravimiteenus hõlmab kaugelearenenud mitteväikerakk-kopsukasvaja esimese rea ravi tsemiplimabi monoteraapiaga, kui kasvaja ekspresseerib PD-L1 proportsiooni skooriga (TPS) ≥ 50% ning koodiga 455R tähistatud ravimiteenus hõlmab kaugelearenenud mitteväikerakk-kopsukasvaja esimese rea ravi tsemiplimabiga, kui kasvaja ekspresseerib PD-L1 proportsiooni skooriga (TPS) 1–49%. Ravimiteenust 455R on lubatud kodeerida koos ravimiteenusega „Kopsukasvajate kemoteraapiakuur“ (kood 265R), sest nimetatud sihtrühmal on näidustatud immuunravi kombineerimine keemiaraviga. Muudatusega laiendatakse kaugelearenenud mitteväikerakk-kopsukasvaja ravivõimalusi patsientidel, kes vajavad ravi PD-L1 inhibiitoritega. Muudatus on kooskõlastatud Eesti Onkoteraapia Ühinguga.

**Määruse § 64 lõikesse 1** lisatakse ravimiteenus ,,Nägemisnärvi neuromüeliidi spektri häire ravi ravulizumabiga, 300 mg“ (kood 447R) koos ravi alustamise ja lõpetamise tingimustega **lõigetes 26 ja 27**. Teenuse lisamine võimaldab laiendada ravivõimalusi harvaesineva nägemisnärvi neuromüeliidi spektri häirega patsientidel, kellel rituksimabi foonil esineb haiguse ägenemine. Täiendav ravivõimalus aitab ennetada pimedaks jäämist ja säilitada elukvaliteeti. Muudatus on kooskõlastatud L. Puusepa nimelise Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsiga.

**Määruse § 65 lõikesse 1** lisatakse ravimiteenus „Silmasisene süst enneaegsete retinopaatia raviks aflibertseptiga, üks viaal“ (kood 458R) koos rakendustingimustega **lõigetes 87 ja 88.** Samuti lisatakseviide vastavale ravimiteenuselemääruse **§ 33 lõikes 2**,võimaldamaks koodiga 7271 „Intravitreaalne ravimi manustamine“ tähistatud teenuse rakendamist aflibertsepti manustamisel.Rakendustingimustega täpsustatakse patsientide sihtrühma ja rahastatavaid ravimikoguseid. Teenuse lisamisega parandatakse oluliselt raske agressiivse silmahaiguse, enneaegsete retinopaatia ravivõimalusi. Ravim võimaldab ennetada pimedaks jäämist. Muudatus on kooskõlastatud Eesti Oftalmoloogide Seltsiga.

**Määruse § 65 lõikesse 1** lisatakse ravimiteenus „Silmasisene süst faritsimabiga, üks manustamiskord“ (kood 470R) koos rakendustingimustega **lõikes 89** ning viide vastavale ravimiteenuselemääruse **§ 33 lõikes 2**,võimaldamaks koodiga 7271 „Intravitreaalne ravimi manustamine“ tähistatud teenuse rakendamist faritsimabi manustamisel.Rakendustingimustega täpsustatakse patsientide sihtrühma ja ravi rahastamise kriteeriume. Teenuse lisamisega parandatakse oluliselt neovaskulaarse (märja) maakula ealise degeneratsiooni ravivõimalusi patsientidel, kellel esmavaliku ja seni ainus ravivõimalus bevatsizumabiga (teenus 365R) on ebaefektiivne. Ravim võimaldab ennetada pimedaks jäämist ja aitab parandada oluliselt elukvaliteeti. Ravi kättesaadavaks tegemine aitab vähendada arsti visiitide arvu ning patsientide ja lähedaste sõidu- ja ajakulu, mistõttu on Tervisekassale lisanduv eelarvemõju põhjendatud. Ravimiteenuse hinnastamisel on lähtutud rahvusvahelisest praktikast, mille kohaselt on kahes ravimiviaalis sisalduva ravimikogusega võimalik ravida kolme patsienti. Viaalide jagamine tagab efektiivse ressursside kasutuse ning väldib ravimijäätmete teket. Muudatus on kooskõlastatud Eesti Oftalmoloogide Seltsiga.

**Määruse § 65 lõikes 1** muudetakse teenuse 362R hinda ning rakendustingimusi **lõikes 38.** Kaasaegse osteoporoosi ravi eesmärk on ennetada haprusmurde juba enne esimese luumurru teket, alustades aegsasti raviga, mis on kooskõlas rahvusvaheliste ravisoovituste ja 2024. aastal valminud Eesti osteoporoosi ravijuhendiga. Intravenoosse bisfosfonaadi aastane maksumus on hinnalanguse tulemusena samaväärne suukaudsete bisfosfonaatidega ning seetõttu ühtlustakse vastavalt ka rakendustingimused. Muudatus võimaldab patsiendil ja arstil valida sobivaim ravimvorm. Muudatus on kooskõlastatud Eesti Reumatoloogia Seltsiga.

**Määruse § 76 lõikesse 1** lisatakse elupäästev verepreparaat „Madala anti-A ja anti-B tiitriga 0-grupi täisveri” (kood 4023). Vastavalt sotsiaalministri 29. aprilli 2005. a määruse nr 62 „Vereülekande tingimused ja kord“ § 4 lõike 3 punktile 3 võib ilma patsiendi vere immunohematoloogiliste uuringuteta massiivse verekaotuse korral patsiendile üle kanda kontrollitud madala anti‑A ja anti‑B tiitriga 0‑veregrupi täisverd. Muudatus on kooskõlastatud Eesti Transfusioonmeditsiini Seltsiga.

**Määruse § 81 lõikest 1** jäetakse välja järgmised teenused: „Juhtprojekt rollide ümberjaotamiseks esmatasandi tervisekeskuses“ (kood 4509A), „Juhtprojektis digikliiniku arsti vastuvõtt“ (kood 4520A) ja „Juhtprojektis digikliiniku õe vastuvõtt“ (kood 4521A). Sellega seonduvalt jäetakse välja **lõiked 27, 40, 41 ja 42**. Koodidega 4520A ja 4521A tähistatud teenused jäetakse välja, sest need ei leidnud juhtprojekti käigus rakendamist. Koodiga 4509A tähistatud teenus jäetakse välja seoses uue perearstide rahastusmudeli rakendumisega 1. jaanuarist 2026. a.

Lõigete väljajätmisega muudetakse sama paragrahvi numeratsiooni.

Määruse **§ 81 lõikesse 1** lisatakse tervishoiuteenus „Südamehaigete kaugtaastusravi (1 nädal)“ (kood 7078A) ja **lõigetesse 59–62** selle rakendustingimused.

Südame-veresoonkonnahaigused on juhtiv surmapõhjus Eestis ja mujal maailmas. Suremuse ja korduvhaigestumuse vähendamisel, samuti patsientide elukvaliteedi parandamisel on tähtis roll südamehaigete taastusravil, mistõttu on oluline, et teenust vajavad patsiendid jõuaksid taastusravile. Südamehaigete taastusravi, mis on üks osa elukestvast teisesest ennetusest, vähendab südamehaigustesse suremuse, infarkti tekke ja korduva hospitaliseerimise (mistahes põhjusel) riski, parandab patsiendi funktsionaalset võimekust ja elukvaliteeti ning on ühtlasi kulutõhus. Ometi on taastusravil osalevate südamehaigete osakaal väike. Tartu Ülikooli Kliinikum tegi Tervisekassa innovatsioonitoetuse toel mõju-uuringu, mille eesmärk oli parandada südamehaigete (diagnoosikoodidega I21, I22, I25) taastusravi kättesaadavust ning lisaks hõlmatust, tõhusust ja kasutajakogemust. Selleks loodi südamehaigete taastusravi kaugteenusemudel. Loodud lahenduse aluseks on tõenduspõhine ja rahvusvaheliselt tunnustatud taastusraviprogrammi struktuur (sh iganädalased treeningud 12 nädalat järjest), kus uudse lähenemisena kombineeriti kontaktvastuvõtud erinevate kaugteenustega. Kaugteenusemudelis on kasutusel mitmed tehnoloogilised lahendused raviteekonna koordineerimiseks ja treeningute kaugjälgimiseks ning patsiendi teekonda jälgiv ja toetav roll õde-juhtumikorraldaja näol.

Uuring näitas, et:

* kaugteenusemudel suurendab taastusravi kättesaadavust – loodud lahenduse abil on võimalik Tartu Ülikooli Kliinikumis suurendada taastusravi saavate infarktihaigete arvu 80–180 inimese võrra aasta;
* kaugteenusel püsisid patsiendid oluliselt paremini – ettenähtud mahus läbis taastusravi kaugteenuse rühmas 95% ja kontaktteenuse rühmas 79% südamehaigeist;
* südamehaigetele kaugteenusena pakutud taastusravi ei jää efektiivsuselt alla seni vaid kontaktteenusena pakutavale taastusravile. Peamiste taastusravi mõju näitavate maksimaalse hapnikutarbimisvõime (Vo2max) ja koormustaluvuse osas osutus kaugteenus kontaktteenusega samaväärseks. Ka mõju patsientide elukvaliteedile oli teenuse erineval viisil osutamisel samaväärne ning teenusega oldi väga rahul mõlemal juhul.

Võrreldes omavahel taastusravi kaugteenuse ja kontaktteenuse kulu patsiendi kohta, on kaugteenuse kulu patsiendi kohta väiksem ehk teisisõnu tekib kaugteenuse rakendamisega kokkuhoid ühe taastusravis osaleva patsiendi kohta. Loodud lahendus on kasutatav ka enamiku südamehaiguste korral ning mida suuremaks muutub kaugteenust saavate patsientide arv, seda väiksemaks muutub taastusravi kaugteenuse kulu ühe patsiendi kohta.

Tervisekassa soovib kirjeldatud teenusemudelit laiendada ka teistele tervishoiuteenuse osutajatele. Südamehaigete kaugteenusemudeli näol on tegu taastusraviprogrammiga, kus patsiendid osalevad taastusravis iseseisvalt oma tavapärases elukeskkonnas digiplatvormi abil. Programm kestab 8–12 nädalat sõltuvalt patsiendi seisundist ning sisaldab mitmeid kontakte tervishoiuspetsialistidega. Tegu on alternatiiviga kontaktteenusena toimuvale rühmatreeningule taastusravis. Kaugteel taastusravi saamine võimaldab taastusravi patsiendile kättesaadavamaks teha.

Tegu on juhtprojektiga, mille eesmärk on piiratult laiendada südamehaigete kaugteenusemudelit ja parandada taastusravi kättesaadavust regionaalhaiglates, et inimestel oleks pärast ägedat südamehaiguse episoodi võimalik saada taastusravi kaugteel ning seeläbi vähendada taashospitaliseerimise riski. Juhtprojekti raames toimub alates 2027. aasta lõpust laiendatud sihtrühma hindamine eesmärgiga hinnata teenuse ressursse, kulu ja mõju tervishoiukuludele ning korrigeerida neid vastavalt tegelikule vajadusele. Juhtprojektis osalevad partnerid, s.o SA Tartu Ülikooli Kliinikum ja AS Põhja-Eesti Regionaalhaigla, vastutavad vajalike töökorralduslike muudatuste eest, et teenust osutada. **Määruse §-i 82** lisatakse **lõikega 11** rakendussäte, millega rakendatakse südamehaigete kaugjälgimise teenust kuni 31. detsembrini 2027. a.

Muudatus on kooskõlastatud SA Tartu Ülikooli Kliinikumiga ja AS Põhja-Eesti Regionaalhaiglaga ning Eesti Taastusarstide Seltsiga.

**Määruse § 81 lõikes 12** sätestatud koefitsiendid muutuvad seoses endoproteesi raviteekonna sisendhindade muutumisega.

**Määruse § 81 lõikes 34** (endine lõige 35) muudetakse teenuste „Töötervishoiuarsti vastuvõtt patsiendi terviseseisundi täpsustamiseks“ (kood 4512A), „Töötervishoiuarsti kaugvastuvõtt patsiendi terviseseisundi täpsustamiseks“ (kood 4514A), „Töötervishoiuarsti vastuvõtt patsiendi töötingimuste täpsustamiseks“ (kood 4513A), „Töötervishoiuarsti kaugvastuvõtt patsiendi töötingimuste täpsustamiseks“ (kood 4515A) rakendustingimust ja pikendatakse nimetatud teenuste eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise tähtaega kuni Sotsiaalministeeriumi elluviidava projekti „Toetavad tegevused pikaajalise ajutise töövõimetusega inimestele toetussüsteemi loomiseks“ lõppemiseni 31. detsembril 2029. a. Tervisekassa rahastab pikaajalise ajutise töövõimetusega inimestele loodud toetussüsteemi raames teenuseid, et tagada tööandjatele vajalik info pikaajalise haigusega töötajale tervist toetava töökeskkonna loomiseks.

**Määruse § 81 lõikes 56** (endine lõige 60) täiendatakse teenuse „Lisatasu perearsti nimistut teenindava kliinilise assistendi / registraatori eest“ (kood 3057) eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise tingimust viitega juhtprojektile „Pilootprojekt rollide ümberjaotamiseks esmatasandi tervisekeskuses“. Muudatus on vajalik, et tasuda projektis osalevatele tervishoiuteenuse osutajatele täiendavalt tasu kliinilise assistendi eest, mis varem sisaldus koodiga 4509A tähistatud juhtprojektis, mis käesoleva määruse muudatusega tervishoiuteenuste loetelust välja jäetakse.

**Määruse §-i 82** rakendussätteid täiendatakse lõigetega 11–13.

**Lõike 11** kohaselt koodiga 7078A tähistatud tervishoiuteenust rakendatakse kuni 31. detsembrini 2027. a.

**Lõike 12** kohaselt koodiga 2306K tähistatud tervishoiuteenusele rakendatakse perioodil 01.01.2026 kuni 31.03.2026 tagasiulatuvalt piirhinda 961 624,16 eurot.

**Lõike 13** kohaselt koodiga 3134 tähistatud tervishoiuteenuse piirhinda rakendatakse alates 01.05.2026, sest on seotud ravikindlustusseaduse § 41 lõike 8 punkti 2 muudatuse jõustumisega samal ajal.

**Määruse §-ga 83** tunnistatakse seni kehtinud tervishoiuteenuste loetelu kehtetuks.

**Määruse § 84** kohaselt jõustub määrus 1. aprillil 2026. a.

**3. Eelnõu vastavus Euroopa Liidu õigusele**

Euroopa Liidu õigusega seonduvat määruse eelnõus reguleeritud ei ole. Eelnõu ettevalmistamisel ei ole aluseks võetud teiste riikide õigusakte.

**4. Määruse mõjud**

Eelnõus sätestatu ei põhjusta muudatusi riigiasutuste töökorralduses ega eelda olemasolevate struktuuriüksuste ülesannete muutmist. Eelnõu vastuvõtmine ei too kaasa organisatsioonilisi muudatusi. Eelnõus sätestatud uued ravivõimalused parandavad kindlustatud isikute ravi kättesaadavust. Eelnõu rahalisi mõjusid on kirjeldatud seletuskirja punktis 5.

**4.1. Mõju halduskoormusele**

Tegemist on tervishoiuteenuste loetelu ja hindade uuendamisega, mis on tervishoiuteenuse osutajatele aluseks Tervisekassa poolt tasu maksmisel.

Määruse regulaarne ajakohastamine on vajalik, et viia tervishoiuteenuste struktuur vastavusse erialade arengutendentside ja tegelike ravivajadustega ning parandada kindlustatud isikute ravi kättesaadavust. Uuendatud teenuste kirjeldused ja kasutustingimused annavad tervishoiuteenuse osutajatele selgema arusaama selle kohta, milliste teenuste eest ja millistel tingimustel Tervisekassa tasu maksab, mis aitab vältida dubleerivaid tegevusi ja korduvaid täpsustamisi.

Samas võib uute või ümberkujundatud teenuste rakendamine tuua kaasa vajaduse täpsustada dokumenteerimisnõudeid, ajakohastada sisemisi tööjuhiseid ja tutvustada muudatusi personalile. Rahastusmudelite kaasajastamine võib samuti suurendada aruandluse või andmete esitamise mahtu.

Seega halduskoormus:

1. kahaneb, kuna teenuste tingimused ja arveldamise kord muutuvad selgemaks ning dubleerivad tegevused vähenevad;
2. kasvab, kuna uute või ajakohastatud teenuste kasutuselevõtt toob kaasa vajaduse täpsustada dokumenteerimist, muuta sisemisi tööjuhiseid või viia personali kurssi uuendatud teenuste loeteluga.

Kokkuvõttes on mõju halduskoormusele tasakaalustatud (nii kasvab kui kahaneb).

**5. Määruse rakendamisega seotud tegevused, vajalikud kulud ja määruse rakendamise eeldatavad tulud**

**Tabel 1.** Tervisekassale esitatud ja rahuldatud tervishoiuteenuste loetelu muutmise ettepanekute lisakulu 2026. aastaks, miljonit eurot

|  |  |
| --- | --- |
| **Taotluse nimetus** | **Lisakulu al aprill 2026 (mln eurot)** |
| Bispetsiifiline (Anti-VEGF ja Anti-Ang-2) antikeha faritsimab - nAMD | 0,90 |
| Intravenoosne osteoporoosi bisfonaatravi, üks manustamiskord | 0 |
| Madala anti-A ja anti-B tiitriga 0-grupi täisveri | 0,02 |
| Mitteväikerakk-kopsuvähi ravi tsemiplimabiga, kolmenädalane ravikuur | 0 |
| Nägemisnärvi neuromüeliidi spektri häire ravi ravulizumabiga, 100 mg | 0,38 |
| Silmasisene aflibercept süst enneaegsus retinopaatia raviks | 0,003 |
| Suukaudne kohandatud koostisega täisväärtuslik toitmisravi preparaat | 0,07 |
| Toitmisravi alustamine | 0,007 |
| **Kokku** | **1,4** |

**Tabel 2.** Tervishoiuteenuste loetelu muudatuste kogumõju 2026. aastaks, miljonit eurot

|  |  |
| --- | --- |
| **Muudatus** | **Lisakulu al aprill**  **2026**  **(mln eurot)** |
| **Tervishoiuteenuste loetelu muutmise taotlused** | **1,4** |
| sh haiglaravimite taotluste alusel | 1,3 |
| sh tervishoiuteenuste taotluste alusel | 0,1 |
| **Ravimiteenuste piirhindade muutmine tulenevalt toimeainete ühikuhindade muutusest** | **-0,7** |
| **Horisontaalsed muudatused** | **41,4** |
| 01.04.2025 rakendunud kollektiivlepingu töötasude mõju 2026. a II–IV kvartalis (sh kiirabi, residendid) | 44,2 |
| TÜK EMO valveringi korrektsioon | 1,6 |
| COVID isikukaitsevahendite kulukomponendi muudatus | -4,5 |
| Insuldi tasumudeli muutmine | 0,1 |
| **Muud muudatused** | **0,39** |
| Taastusravi kaugteenusemudel | 0,39 |
| **Kokku** | **42,49** |

Muudatuste mõjuga on arvestatud Tervisekassa eelarves. Täiendavat kulu riigieelarvele ei teki.

**6. Määruse jõustumine**

Määrus jõustub 1. aprillil 2026. a.

**7. Eelnõu kooskõlastamine, huvirühmade kaasamine ja avalik konsultatsioon**

Eelnõu esitatakse kooskõlastamiseks ministeeriumitele, kellel on eelnõuga puutumus (Rahandusministeerium, Justiits- ja Digiministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, Siseministeerium), eelnõude infosüsteemi (EIS) kaudu ja arvamuse avaldamiseks Tervisekassale, Eesti Arstide Liidule, Eesti Hambaarstide Liidule, Eesti Haiglate Liidule, Eesti Kiirabi Liidule, Eesti Õdede Liidule, Eesti Perearstide Seltsile ja Eesti Esmatasandi Tervisekeskuse Liidule.

1. [Eelnõu - Riigikogu](https://www.riigikogu.ee/tegevus/eelnoud/eelnou/1708f006-a791-4398-924d-2f5f839e644c/ravikindlustuse-seaduse-muutmise-ja-sellega-seonduvalt-teiste-seaduste-muutmise-seadus-valisravi-ning-ultraharvik--ekstemporaalsed-ja-soodusravimid/) [↑](#footnote-ref-1)
2. Sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. a määrus nr 9 „Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord“ [↑](#footnote-ref-2)