

Ministri määruste muutmise eelnõu seletuskiri

1. Sissejuhatus

1.1. Sisukokkuvõte

Tervise- ja tööministri 20. detsembri 2018. a määruse nr 72 „Kiirabi ja meditsiinilise kaugkonsultatsiooni teenuse eest tasumise tingimused ja kord” (edaspidi *määrus nr 1*) muudatused on kehtestatud meretöö seaduse § 32 lõike 8 ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 19 lõike 2 alusel. Eelnõu eesmärk on kaasajastada veoteenuste piirhindasid nii graafikujärgsete kui ka graafikuväliste parvlaevavedude puhul ning viia need vastavusse teenusepakkuja kehtivate hinnakirjade ja teenusepakkuja suurenenud kuludega seoses üldiste hinnatõusudega (nt kütus). Lisaks suurendatakse kiirabibrigaadi juhi täiendõppe kursuse ajalist mahtu, mistõttu muutuvad teenuse hinnad. Läbivalt lisatakse teenuste hindadele 1. juulist 2025. a rakendunud käibemaksutõusu mõju kulukomponentide maksumusele.

Sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. a määruse nr 9 „Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord” (edaspidi *määrus nr 2*) muudatused on ette valmistatud ravikindlustuse seaduse § 32 alusel. Eelnõu eesmärk on kehtestada Tervisekassas kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse ülevõtmise korra ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika muudatused. Peamised muudatused on tehtud seoses perearstiabi rahastuspõhimõtete muutmise, näiteks muutub perearsti uuringute, laboriuuringute ja protseduuride lepingumaht seoses pearaha märkimisväärse suurenemisega. Muudetakse perearstide auditeerimise süsteemi korraldust, kehtestades A- või B-taseme tervishoiuteenuse osutajate pearahale kõrgema koefitsiendi, ning uuendatakse perearsti kulumudeli pea- ja baasraha ressurside loetelu. Samuti uuendatakse määruse lisasid.

Eelnõus esitatud määruste muudatused on heaks kiidetud Tervisekassa nõukogu 7. novembri 2025. a otsusega nr 34, millega tegi Tervisekassa nõukogu sotsiaalministrile ettepaneku kehtestada määruste muudatused.

Tervise- ja tööministri 21. aprilli 2018. a määruse nr 17 „Sotsiaalministeeriumi korraldatavate elutähtsate teenuste kirjeldus ja toimepidevuse nõuded” (edaspidi *ETO nõuete määrus*) muutmine on seotud nimetatud määruse § 6 lõike 1 punktis 3 viitevea parandamisega.

1.2. Eelnõu ettevalmistaja

Eelnõu menetleja Sotsiaalministeeriumis on tervishoiuteenuste osakonna nõunik Pille Saar (pille.saar@sm.ee). Eelnõu juriidilise ekspertiisi on teinud õigusosakonna õigusnõunik Kaidi Meristo (kaidi.meristo@sm.ee). Eelnõu on keeleteoimetanud Rahandusministeeriumi ühisosakonna dokumendihalduse keeleteoimetaja Virge Tammaru (virge.tammaru@fin.ee).

Määrus on ette valmistatud Tervisekassas. Eelnõu ja seletuskirja on koostanud Tervisekassa:

- 1) tervishoiuteenuste arendamise portfelli juht Liis Kruus (liis.kruus@tervisekassa.ee);
- 2) Tervisekassa peaspetsialistid/teenusejuhid:
 - Kristiina Vaas (kristiina.vaas@tervisekassa.ee);
 - Kadri Jakoobi (kadri.jakoobi@tervisekassa.ee);
 - Merje Metsoja (merje.metsoja@tervisekassa.ee);
 - Anu Valli (anu.valli@tervisekassa.ee);
 - Laura Johanna Tuisk (aurajohanna.tuisk@tervisekassa.ee);

- Maria Suurna (maria.suurna@tervisekassa.ee);
 - Karin Kõnd-Vetevood (karin.kond-vetevood@tervisekassa.ee);
 - Tanel Kaju (tanel.kaju@tervisekassa.ee);
- 3) jurist Katrina Koha (katrina.koha@tervisekassa.ee).

1.3. Märkused

Määruse nr 2 muudatused on seotud Vabariigi Valitsuse määruse „Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu“ (edaspidi *tervishoiuteenuste loetelu*) kehtestamisega, mida samuti rakendatakse alates 1. jaanuarist 2026. a. Eelnõu ei ole seotud Euroopa Liidu õiguse rakendamisega.

Muudetakse määruse nr 1 redaktsiooni, mis on avaldatud Riigi Teatajas avaldamismärkega RT I, 28.03.2025, 11 ja määruse nr 2 redaktsiooni, mis on avaldatud Riigi Teatajas avaldamismärkega RT I, 20.06.2025, 34.

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

Määrus koosneb neljast paragrahvist ja määruse lisadest.

Paragrahvi 1 punktidega 1–5 ja 11 muudetakse määruse nr 1 § 13 lõigetes 2 ja 4, § 14 lõikes 2, § 15 lõikes 2, § 16 lõikes 1 ja § 19 lõikes 1 sätestatud teenuste hindasid tulenevalt 1. juulist 2025. a rakendunud käibemaksumäära muutmise mõjust kulukomponentide maksumusele.

Paragrahvi 1 punktiga 6 muudetakse määruse nr 1 § 17 lõikes 1 esitatud tabelis veoteenuste piirhindasid kõigil graafikujärgsetel reisidel ning need viiakse vastavusse teenusepakkujate kehtivate hinnakirjadega. Graafikuväliste reiside puhul liinidel Kihnu–Munalaid, Munalaid–Manilaid, Sviby–Rohuküla ja Laaksaare–Piirissaare uuendatakse teenuse hindasid seoses teenuse pakkumisega seotud kulude kasvuga. Parvlaevaveo puhul on tegemist väikesaartel viibivatele inimestele ja kiirabidele olulise transpordiviisiga.

Teenusepakkuja puudumise tõttu eemaldati määrusest nii graafikujärgne kui -väline veoteenus liinil Kihnu–Pärnu. Liinid Kihnu–Munalaid ja Munalaid–Manilaid jätkavad, tagades patsiendile teekonna mandrile.

Paragrahvi 1 punktiga 7 muudetakse määruse nr 1 §-s 18 sätestatud õdedele mõeldud kiirabibrigaadi juhi täiendõppe kursuse ajalist mahtu 250 tunnilt 300 tunnini ja sellega seoses muudetakse ka teenuse eest makstavat hinda. Kursuse ajalise mahu muudatus on tingitud Tallinna Kiirabi ja Tartu Kiirabi SA poolt uuendatud ja sisukamaks muudetud õppekavast, kuhu on näiteks lisandunud traumahaige esmane käsitus Eestis (TEKE) ja enam pööratakse tähelepanu meeskonna juhtimise oskustele. Väljaõppe mahu ja seeläbi hinna suurendamine on vajalik, et tagada brigaadijuhtide pädevus ja väljaõppe uuendamine vastavalt kiirabi tegevusjuhiste ja arengusuundadele.

Paragrahvi 1 punktidega 8–10 muudetakse määruse nr 1 § 18¹ lõigetes 2–4 teenuse „Kiirabibrigaadi pidaja vastutuskindlustuse kindlustuskohustuse täitmine (1 kuu)“ (kood 11251) eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise summa kujunemise tingimusi. Vastutuskindlustuslepingus kokku lepitud kindlustusmaksu suurust vähendatakse Tervisekassaga sõlmitud lepingu täitmisega mitteseotud tervishoiuteenuste käibe võrra. Perioodi, väljaspool mida Tervisekassaga sõlmitud lepingut teenitud käivet vaadatakse, on kirjeldatud Tervisekassa koostatud metoodikas, mis on avaldatud Tervisekassa veebilehel.

Tervisekassa on lõikes 4 viidatud metoodikat muutnud ja avaldanud selle uuel kujul Tervisekassa veebilehel. Seetõttu ei ole **lõikes 4** esitatud viide tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seaduse jõustumise ajale enam asjakohane ja see jäetakse välja.

Paragrahvi 2 punktidega 1, 2, 3 ja 14 muudetakse **määruse nr 2 § 3 lõikes 4, § 4 lõigetes 1 ja 1¹ ning § 8 lõikes 1** sätestatud koodide loetelu seoses tervishoiuteenuste loetelust koodidega 3050 ja 3093 tähistatud lisatasude väljajätmisega. Samuti lõpetati 2025. aastal koodiga 3185 tähistatud lisatasu maksmine.

Paragrahvi 2 punktiga 4 muudetakse **määruse nr 2 § 4¹ lõikes 1** baasraha koodi seoses tervishoiuteenuste loetelus tehtava muudatusega.

Paragrahvi 2 punktiga 5 muudetakse **määruse nr 2 § 4¹ lõikes 6** baasraha koodi ja baasraha piirhinnale rakendatava koefitsiendi suurust. Koefitsiendi rakendamisega eemaldatakse baasrahast selles muidu sisalduv osaline õe palgakulu ning vähendatakse proportsionaalselt muid kulusid, arvestades teisele tegevuskohale seatud nõudeid.

Paragrahvi 2 punktiga 6 muudetakse **määruse nr 2 § 6 lõike 1** saatelauses olevat protsendi määra, mille järgi planeeritakse perearsti pearaha ja nimistuülese teenuskorralduse komponendi (edaspidi pearaha) summast lepingumaht, mille raames saab tellida patsientidele uuringuid ja laboriuuringuid. Protsendimäära vähendatakse 39%-lt 37%-le. Muudatus on tingitud perearsti pearaha märkimisväärses suurendamisest, mis iseenesest kasvatab ka uuringutele eraldatavat summat. Protsendi korrigeerimise eesmärk on vältida uuringute lepingumahu liigset kasvu ja tagada tervishoiuteenuste eelarve tasakaalustatud ja jätkusuutlik juhtimine. Patsientidele uuringute kättesaadavus seetõttu ei halvene, kuna pearaha üldine kasv kompenseerib protsentuaalse vähendamise.

Paragrahvi 2 punktiga 7 muudetakse **määruse nr 2 § 6 lõikes 1** esitatud tabelis kahe teenuse nimetust ja koodi. Senise toonaudiomeetria (kood 6402) uueks nimetuseks saab toonaudiomeetriline uuring (kood 6425) ja tümpanomeetria (kood 6408) uueks nimetuseks tümpanomeetriline uuring (kood 6417). Muudatus on seotud tervishoiuteenuste loetelu muutmisega.

Paragrahvi 2 punktiga 8 tunnistatakse kehtetuks **määruse nr 2 § 6 lõige 1³**, kuna uuringute tegemiseks planeeritav maht ei sõltu edaspidi koodiga 3061 või 3069 tähistatud lisatasu saamisest.

Paragrahvi 2 punktiga 9 muudetakse **määruse nr 2 § 6 lõikeid 3–4³** ja jäetakse välja viide sama paragrahvi lõikele 1³, mis eelmise punktiga kehtetuks tunnistatakse.

Paragrahvi 2 punktiga 10 muudetakse **määruse nr 2 § 6 lõikes 5** esitatud tabelit ja see esitatakse uuesti terviktabelina. Tabelisse lisatakse teenus „lga järgnev peennõelabiopsia“ (kood 7898). Perearsti uuringufondi teenuse lisamise vajadus tuleneb asjaolust, et perearstile tasutakse juba teenuse „Peennõelabiopsia või punktsioon ultraheli või röntgeni kontrolli all“ (kood 7890) eest. Koodiga 7898 tähistatud teenust rakendatakse igal järgmisel juhul sama protseduuri käigus, kui patsiendile tehakse rohkem kui üks peennõelabiopsia.

Tabelisse lisatakse teenus „Vedelikupõhine günekotsütoloogiline uuring pärast HPV kodutesti emakakaelavähi sõeluuringus“ (kood 66820). Emakakaelavähi sõeluuringu esmasproovi saavad naised juba varem anda ka perearstikeskuses töötava ämmaemanda juures, mis toob teenuse naistele kodu lähedale ja muudab selle kättesaadavamaks. Alates 2025. aastast lisandus tervishoiuteenuste loetellu ka võimalus teha emakakaelavähi sõeluuringus HPV kodutest, mille tegemise järel on positiivse esmasuuringu tulemuse korral vaja teha vedelikupõhine günekotsütoloogiline uuring HPV/NAT leiu täpsustamiseks.

Tabelist jäetakse välja koodidega 66807, 66808, 66809 ja 66811 tähistatud teenused, sest seoses patoloogia eriala nüüdisajastamisega jäetakse need tervishoiuteenuste loetelust välja.

Seoses tervishoiuteenuste loetelus tehtavate muudatustega muutuvad tabelis ka kahe teenuse nimetused. Koodiga 66810 tähistatud teenuse uus nimetus on „Tsütoloogiline uuring (üks klaas)“ ja koodiga 66821 tähistatud teenuse uus nimetus on „Vedelikupõhine günekotsütoloogiline uuring HPV/NAT leiu täpsustamiseks emakakaelavähi sõeluuringus (üks klaas)“.

Paragrahvi 2 punktiga 11 muudetakse **määruse nr 2 § 6 lõiget 6³** ja lisatakse viide koodiga 66820 tähistatud teenusele, mille eest Tervisekassa perearstidele täiendavalt tasub emakakaelavähi sõeluuringul osalevate patsientide puhul.

Paragrahvi 2 punktiga 12 muudetakse **määruse nr 2 § 6 lõike 7** sissejuhatavas lauseosas olevat protsendimäära, mille järgi planeeritakse perearsti pearaha summast lepingumaht, mille raames saab tellida patsientidele protseduure. Protsendimäära vähendatakse 15-lt 13-le. Muudatus on tingitud perearsti pearaha märkimisväärselt suurendamisest, mis suurendab ka protseduuridele eraldatavat summat. Protsendi korrigeerimise eesmärk on vältida protseduuride lepingumahu liigset kasvu ning tagada tervishoiuteenuste eelarve tasakaalustatud ja jätkusuutlik juhtimine. Patsientidele protseduuride kättesaadavus seetõttu ei halvene, kuna pearaha üldine kasv kompenseerib protsentuaalse vähendamise.

Paragrahvi 2 punktiga 13 täiendatakse **määruse nr 2 § 6 lõikes 7** esitatud tabelit uue teenusega „Füsioteraapia individuaalne (kestus 60 min)“ (kood 7055). Tervisekassa tasub perearsti teraapiafondi raames patsientidele osutatud individuaalse füsioteraapiateenuse (kestus 30 min) eest. Seoses tervishoiuteenuste loetellu lisanduva uue 60-minutilise individuaalse füsioteraapiateenusega on vajalik võimaldada ka perearstiabi osutava teenusepakkuja kaudu osutada patsientidele pikema kestusega individuaalset füsioteraapiateenust.

Paragrahvi 2 punktiga 15 muudetakse **määruse nr 2 § 8 lõikes 11** esitatud tabelit „Günekoloogiline läbivaatus“ ja asendatakse reas „Güneko-tsütoloogiline uuring“ esitatud koodid uute teenusekoodidega 66810 ja 66822. Muudatused on tingitud tervishoiuteenuste loetelust koodidega 66807, 66809 ja 66811 tähistatud uuringute väljajätmisest. Lisaks muudetakse tabelis koodiga 66821 tähistatud teenuse nimetust.

Paragrahvi 2 punktiga 16 tunnistatakse kehtetuks **määruse nr 2 § 8 lõiked 13² ja 14¹–14³**. Muudatused on tingitud tervishoiuteenuste loetelus tehtavate muudatustega, millega lõpetatakse alates 1. jaanuarist 2026. a koodidega 3050 ja 3093 tähistatud lisatasu maksmine. Edaspidi arvestatakse pearaha piirhinnale koefitsiendi rakendamisel MTÜ Eesti Perearstide Selts tehtud perearstiabi ravi rahastamise lepingut omavate tervishoiuteenuse osutajate kvaliteedi hindamise tulemusi. Kvaliteedi hindamise tulemusena A- või B-taseme saavutanud tervishoiuteenuse osutajale makstakse järgneva 12 kuu jooksul pearaha koefitsiendiga 1,1. Koodiga 3185 tähistatud lisatasu maksmine lõppes seisuga 30. aprill 2025. a.

Paragrahvi 2 punktiga 17 tunnistatakse kehtetuks **määruse nr 2 § 8 lõike 17** teine lause, sest koodidega 3050 ja 3093 tähistatud lisatasu maksmine lõpetatakse.

Paragrahvi 2 punktiga 18 täiendatakse **määruse nr 2 § 28 lõiget 4 punktiga 5¹**, milles sätestatakse Eesti Kliiniliste Logopeedide Kutseliidu ettepanekul logopeedi brutopalk. Eesmärk on selgemalt eristada logopeedi kui kõrgharidusega spetsialisti töötasu sarnaselt kliinilise psühholoogiga.

Paragrahvi 2 punktiga 19 muudetakse **määruse nr 2 § 36 lõikes 2** nimetatud sotsiaalministri 7. detsembri 2012. a määruse nr 51 pealkirja. Alates 1. jaanuarist 2025. a on määruse nr 51 pealkiri järgmine: „Tervishoiualase statistika ja majandustegevuse aruannete andmekoosseis ja esitamise tingimused.“

Paragrahvi 2 punktidega 20 ja 21 muudetakse **määruse nr 2 § 38³** ja täpsustatakse pealkirja vastavalt tervishoiuteenuste loetelus tehtud muudatusele ning uuendatakse **lõike 1 punktis 4**

sätetatud kinnipidamisasutuses ravimite, meditsiiniseadmete ja abivahendite kulu leidmise põhimõtteid. Sõna „Vanglameditsiin“ asendatakse sõnaga „Kinnipidamisasutuses“, sest vanglameditsiin ei ole eraldi eriarstiabi eriala, mistõttu võib selle mõiste kasutamisel tekkida ekslik mulje, et nimetatud kompleksteenuste raames osutatakse vangla eripärast tulenevaid tervishoiuteenuseid. Vanglas osutatakse ainult tervishoiuteenuste loetelus nimetatud tervishoiuteenuseid. **Lõike 1 punkti 4** muudatus on tingitud sellest, et raviasutused on tänaseks üle aasta vangistusseaduse alusel kehtestatud nõuetele vastavalt tervishoiuteenuseid osutanud ja Tervisekassale on teada tegelikud aastased kulud, mis on aluseks järgmise kalendriaasta kulumudeli valmisolekutasu planeerimisel.

Paragrahvi 2 punktidega 22–46 muudetakse määruse nr 2 7. peatüki 3. jaos perearstiabi eest makstava tasu arvutamise meetodikat. Perearstiabi rahastamise uuendatud kulumudel keskendub kogurahastusele, võimaldades teenuseosutajal iseseisvalt otsustada personali, seadmete soetamise ja ruumikasutuse üle. Nõuded neile tulenevad kehtivatest õigusaktidest ja perearstiabi rahastamise lepingust.

Muudatused on tehtud **määruse nr 2 §-des 40–42, 44 ja 46–50**, täpsustades ja muutes perearstiabi osutamiseks vajalike ressursside loetelu, erinevate ressursside kulu arvestamise tingimusi ja teenuse piirhinna arvutamise põhimõtteid.

Perearsti pearaha piirhinnas sisalduvate ressursside loetelu (§ 40 lõige 1) on täiendatud koolituskulu, töötervishoiukulu, töökohakulu ning korduvkasutusega meditsiiniseadmete ja personali riietuse kuluga. Metoodiliselt on need viidud pearaha piirhinna sisse, sest lisaks pearahaga kaetavale enama personali tööjõukulule on enama personali puhul vaja ka rohkem tööriideid, töökohtasid ja koolitustunde tervishoiutöötajatele.

Perearsti baasraha piirhinnas sisalduvate ressursside loetelu täiendatakse õe osalise tööjõukuluga (§ 40 lõige 4). Osa ühe pereõe tööjõukulust tuleb edaspidi nimistuga perearstile baasrahast, ülejäänud tööjõukulu tuleb pearaha kaudu. Lisanduvate pereõdede tööjõukulu tuleb samuti pearaha kaudu, seetõttu jäetakse määrusest välja teise pereõe ja tervisekeskuses töötava õe lisatasu arvestamise metoodika. Pereõe tööjõukulu osaline baasrahasse viimine on vajalik, et tagada miinimumsuuruses nimistule võimalus palgata kaks pereõde nimistu patsientidega töötama.

Pearahasse arvestatakse edaspidi ka teise õe ja kliinilise assistendi tasu (varem eraldi taotletavad). Teise õe kulud on jaotatud nii pearaha kui baasraha vahel. Lisandus töötervishoiuviitidega seotud kulu, jagatuna pearahadesse. Tööjõuressursi jaotuse aluseks on hinnanguline keskmine patsiendigrupiga kontakti aeg, millele lisanduvad koefitsiendid kontaktivälise tööaja katmiseks. Kulumudelis on lisatööjõu kuludes arvestatud referentsasutuste kõik (v.a arstide ja õdede) tööjõukulud ning mittemeditsiinilised sisseostetud teenused (nt raamatupidamine). Assistendi kulud kaetakse lisatööjõu kulureaga.

Ruumikulu ühtlustati eriarstiabiga vastavalt määruse nr 2 lisale 5 „Aastane ruumide kulum, kommunaalkulu ja hoolduskulu ruutmeetri kohta pinnaliikide järgi“.

Uuendatakse töötajate brutopalga määrasid (§ 41 lõige 2). Perearstiabi kulumudeli tasu arvestamise metoodikas toetutakse edaspidi eriarstiabiga võrdsustatud meetodile, mis on kollektiivlepingu alusel üldarsti miinimumtunnitasu korrutatud 1,38-ga ja õel koefitsiendiga 1,2.

Määruse nr 2 §-s 48 sätestatakse tervishoiuteenuste loetelus lisatasu „Lisatasu, kui perearsti peamine tegevuskoht asub Raekoja platsist Tallinnas rohkem kui 30 km ja Tartus rohkem kui 18 km kaugusel ehk kaugusetasu“ (kood 3317) maksmisel rakendatava koefitsiendi arvutamise metoodika.

Diferentseeritud kaugusetasu eesmärk on tagada esmatasandi tervishoiuteenuste jätkusuutlik ja kättesaadav pakkumine piirkondades, kus teenuse korraldamine on keerulisem väiksema

asustustiheduse, majanduslike raskuste ja piiratud tööjõu tõttu. Täiendava kaugusetasu abil toetatakse perearstikeskusi, mis tegutsevad ebasoodsamates oludes ning mille tegevuskulud ja töökoormus on keskmisest suuremad.

Kaugusetasu ei kohaldu Tallinna ja Tartu linnale ega nende lähiümbrusele, sest seal on:

- suure asustustiheduse ja jõukama elanikkonnaga elukeskkond,
- tagatud parem infrastruktuur ja transpordiühendus,
- lihtsam värvata personali.

Sellistes piirkondades puudub vajadus täiendava kompensatsiooni järele, mistõttu on õiglane ja eesmärgipärane suunata piiratud ressursid eelkõige nendele keskustele, kus lisarahastusel on olulisem mõju teenuse kättesaadavusele ja kvaliteedile.

Kaugusetasu koefitsiendi arvutamisel võetakse aluseks kolm põhinäitajat:

- 50% – kaugus lähimast haiglast, millel on 24/7 erakorralise meditsiini osakond,
- 30% – piirkonna asustustihedus,
- 20% – piirkonna suhteline vaesus.

Valitud jaotus (50% kaugus haiglast, 30% asustustihedus, 20% suhteline vaesus) põhineb tegurite suhtelisel mõjul esmatasandi teenuse korraldamise keerukusele ja kulukusele.

Kaugus haiglast määrab esmatasandi rolli ulatuse ja on seetõttu määrav tegur. Asustustihedus mõjutab logistikat ja töökorraldust, olles samuti oluline, kuid veidi väiksema mõjuga. Suhteline vaesus peegeldab teenusevajaduse sotsiaalset dimensiooni ja lisakulutusi, kuid selle mõju on pigem kaudne.

Perearstikeskused, mis tegutsevad hõreasustusega ja suurema suhtelise vaesuse tasemega piirkondades, seisavad silmitsi oluliselt suuremate väljakutsetega, sealhulgas:

- raskused kvalifitseeritud personali leidmisel ja hoidmisel,
- kõrgemad transpordi- ja logistikakulud (nt koduviitide tegemisel),
- piiratumad koostöövõimalused teiste tervishoiuteenuse osutajatega.

Kui lähim haigla asub kaugel, peab perearst sageli katma suurema osa vältimatu abi vajadusest, reageerima olukordadele, mille puhul linnakeskkonnas pöörduks erakorralise meditsiini osakonda, ning võtma suurema vastutuse esmatasandi ja erakorralise ravi sidustamisel.

Kaugus lähimast haiglast ja sellest tulenev teenusekorralduse keerukus väljendub järgmiselt:

- alla 20 km – hea ligipääs eriarstiabile, kaugusetasu ei rakendata,
- 20–39,9 km – mõõdukas kaugus, vajadus täiendava toetuse järele on mõõdukas;
- 40 km ja enam – piiratud ligipääs eriarstiabile, kõrgem kaugusetasu põhjendatud;
- väikesaarte piirkonnad – erakorralise abi kättesaadavus on tugevalt piiratud, mistõttu on kõrgeim kaugusetasu põhjendatud.

Teenuse osutamisega seotud ressursside arvestamisel lähtutakse edaspidi tervishoiustatistika ja tervishoiualase majandustegevuse statistika kogumise keskkonnas A-veeb sisestatud andmetest (§ 46 ja 49 muudatused). A-veebi kasutamise eesmärk on vältida teenuseosutajatelt andmete topelt kogumist, kuna neil on juba kehtiv kohustus edastada vastavad andmed A-veebi. A-veebis sisalduvate andmete kasutamine tagab, et kulumudeli ja ressursside arvestamise aluseks on ühtne, ametlik ja juba olemasolev andmeallikas (tervishoiustatistika ja majandustegevuse statistika andmed), mis aitab kaasa andmete usaldusväärsusele, ajakohasusele ja halduskoormuse vähendamisele.

Määruse nr 2 § 50 täiendatakse **lõikega 2¹** ja sätestatakse kroonilise haigusega kindlustatud isikute eest täiendava pearaha maksmise meetoodika. Kaasuvate haigustega patsientide hulga suurenemisel on peamine vajalik ressurss tööjõud perearsti ja -õdede näol, mistõttu on piirhindadesse arvestatud vaid arsti ja õe tööjõukulu.

Paragrahvi 2 punktiga 47 täiendatakse **määruse nr 2 § 67 lõikega 15**, milles sätestatakse 2026. aastal korraldatava perearsti tegevuste hindamise alused. Tervisekassa lähtub 2025. aastal tehtud tegevuste hindamisel kuni 31. detsembrini 2025. a kehtinud määruse §-s 8 sätestatust.

Paragrahvi 2 punktiga 48 muudetakse määruse nr 2 lisasid 2, 3, 5, 15, 16 ja 26.

Lisade 2 ja 5 muudatused on tingitud tervishoiuteenuste loetelu muudatustest, millega arvestatakse osa kulukomponentidesse 1. juulist 2025 rakendunud käibemaksumäära muudatuse mõju. Muudetud lisad kajastavad kulukomponentide uuendatud ühikumaksumusi.

Lisade 3, 15 ja 16 muudatused on tingitud tervishoiuteenuste loetelu muudatustest, millega muudetakse teenuste kulukirjeldusi. Muudetud lisad kajastavad teenuste uuendatud kulukirjeldusi.

Määruse lisa 26 „Juhend triaazi teostamiseks Eesti erakorralise meditsiini osakondades“ täiendatakse võimalusega, et patsiendi visiit erakorralise meditsiini osakonda lõppeb enne arsti või eriõega kohtumist. See tähendab, et triaazikategooria saamise järel on patsiendi pöördumise põhjus ära langenud või patsient on omal soovil erakorralise meditsiini osakonnast lahkunud.

Seni ei olnud määruse **lisas 26** välja toodud olukordi, kus patsient arsti või õe läbivaatusele ei suundu või ei jõua, mistõttu on lisatud täpsustus selle kohta, millal võib patsiendi visiit lõppeda triaaziga. See on oluline aspekt, kuna varem võis juhend tekitada patsiendile ootuse igal juhul õe või arsti visiidile pääsemiseks.

Paragrahvi 3 punktiga 1 parandatakse ETO nõuete määruse § 6 lõike 1 punktis 3 viiteviga, kuna selles sätestatud viide § 4² lõikele 3 ei käsitle teenuse taastamise tähtaegu. Õige on viidata § 4² lõikele 5, mis määrab 48-tunnise teenuse taastamise kohustuse. Muudatuse eesmärk on vältida loogikaviga ning tagada, et hädaolukorra tingimus oleks seotud tegeliku toimepidevuse taastamise nõudega.

Paragrahvi 4 punktiga 1 sätestatakse määruse jõustumine 1. jaanuaril 2026. a.

Määruse eelnõul on kuus lisa, milles on esitatud määruse lisad 2, 3, 5, 15, 16 ja 26 uues sõnastuses.

3. Eelnõu vastavus Euroopa Liidu õigusele

Määrusel puudub seos Euroopa Liidu õigusega ning eelnõu ettevalmistamisel ei ole aluseks võetud teiste riikide õigusakte.

4. Määruse mõjud

Määruse muudatused on seotud 2026. aasta 1. jaanuaril kehtima hakkava tervishoiuteenuste loetelu muudatustega, kehtestades Tervisekassale täiendavaid tingimusi tasu maksmise kohustuse ülevõtmiseks. Perearstiabi osutamise eest tasutavate teenuste ja nende kulustruktuuri muutmine võimaldab rahaliste vahendite paremat suunamist vastavalt patsientide vajadustele ning tagab järjepideva ja kvaliteetset abi pakkumise. Parvlaevateenuste hindade korrigeerimine tagab väikesaartel viibijatele kiirabiteenuse kättesaadavuse.

4.1. Mõju halduskoormusele

Tegemist on tervishoiuteenuste loetelu ja hindade uuendamisega, mis on seotud tervishoiuteenuse osutajatele kehtestatud tasu maksmise tingimustega. 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 sellest, 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 dokumenteerimismõudeid, ajakohastada sisemisi tööjuhiseid ja tutvustada muudatusi personalile. Rahastusmodelite 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

Määruse muudatustega kaasnevad kulutused on välja toodud alljärgnevas tabelis.

Tabel 1. Tervishoiuteenuste loetelu muudatuste kogumõju 2026. aastaks, miljonit eurot

Muudatus	Lisakulu 2026. a (mln eurot)
Tervishoiuteenuste loetelu muutmise taotlused	3,72
sh haiglaravimite taotluste alusel	2,42
sh tervishoiuteenuste taotluste alusel (v.a erialade nüüdisajastamine)	1,30
Ravimiteenuste piirhindade muutmine tulenevalt toimeainete ühikuhindade muutusest	-2,20
Horisontaalsed muudatused	2,40
01.04.2025 rakendunud kollektiivlepingu töötasude mõju 2026. a I kvartalis (sh kiirabi, residendid)	4,10
Täiendavad vahendid vastutuskindlustuse kulude katteks	2,00
Laboriuuringute piirhindade muutmine	-24,70
Patoloogia eriala nüüdisajastamine	2,40
Otorinolaringoloogia eriala nüüdisajastamine	-0,60
Vangla mudeli muudatus	0,30
EMO hindade ajatamine	11,40
Käibemaksu muudatus 22%→24%	6,00
Füsioteraapia muudatused	-2,10
Perearstiabi kulumudeli nüüdisajastamine	3,60
Muud muudatused	1,23
Soolevähi sõeluuringu sihtrühma laiendamine 56-aastased	0,27
Soolevähi sõeluuringu peitveretestis hinna muutus	0,20
Kopsuvähi varase avastamise projekti tulemustasu perearstidele	0,08
Madaladoosiline rindkere kompuutertomograafia uuring kopsuvähi sõeluuringu juhtprojektis pikendamine	0,58

Kopsuvähi sõeluuringu laienemise koordineerimine pikendamine	0,10
Kiirabi veoteenuse hinna ja brigaadijuhi täiendõppe koolitustundide hinna tõus	0,01
Kokku	5,15

Kuluga on arvestatud Tervisekassa eelarves. Riigieelarvele täiendavat kulu ei teki.

6. Määruse jõustumine

Määruse §-d 1 ja 2 jõustuvad 1. jaanuaril 2026. a. Määruse § 3 jõustub üldises korras.

7. Eelnõu kooskõlastamine, huvirühmade kaasamine ja avalik konsultatsioon

Eelnõu esitati 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.

Eelnõule esitas märkused Eesti Esmatasandi Tervisekeskuse Liit, Eesti Perearstide Selts, Eesti Haiglate Liit, Eesti Arstide Liit ja Tervisekassa. Ministeeriumitelt märkuseid ei laekunud.

Kooskõlastustabel		
Märkuse esitaja	Sisu	SoM vastus
Eesti Esmatasandi Tervisekeskuste Liit (ETTKL)	Paragrahv 2 punkt 5 – palume selgitada, kuidas on arvutatud teise tegevuskoha koefitsient: mis kulusid ja mis määral on võrreldes tavapärase baasrahaga vähendatud ja millised on arvutuspõhimõtted.	<p>Selgitatud</p> <p>Teise tegevuskoha baasraha koefitsiendi kujundamisel lähtuti esmalt üksikpraksise baasrahast, kuid sellest arvutati välja pereõe töötasu komponent. Selline lähenemine on põhjendatud sellega, et lisaks põhitegevuskohale loodud täiendav tegevuskoht ei suurenda patsientide arvu, mistõttu ei ole vaja rahastada täiendavat personali tööjõukulu. Vajalik on aga tagada muud teenuse osutamiseks vältimatult vajalikud ressursid..</p> <p>Arvutuskäik toimus järgmiste sammudega.</p> <p>1. Baasrahast lahutati esimese pereõe töötasu komponent.</p>

		<p>2. Teise tegevuskoha kulude katmiseks vajalik osa hinnati 0,57-ga, mis kajastab nimetatud kulukomponentide proportsiooni kulude struktuuris:</p> <p>3. Saadud summa jagamisel baasrahaga kujuneb koefitsient, mis näitab, kui suur osa baasrahast on vajalik teise tegevuskoha kulude katmiseks: Kasutatud meetoodika tagab, et teise tegevuskoha baasraha katab just need kulud, mis tulenevad täiendava asukoha ülalpidamisest. Kuna personali kulu ei suurene, on mõistlik lähtuda tegevuskohapõhistest kuludest ning nende proportsioonist baasrahas. Seega on koefitsiendi 0,4 rakendamine põhjendatud ja tagab, et teenuseosutajal on olemas vajalikud ressursid määruhes sätestatud kohustuste täitmiseks.</p>
ETTKL	<p>Paragrahv 2 punkt 6 – uuringufondi (UF) mahu vähendamine. Palume seletuskirjas toodu kinnitamiseks lisada seletuskirja arvutuslik näide ühe keskmise nimistu kohta, et olla veendunud, et UF rahaline maht ei vähene. Palume arvestada näites ka seda uuringufondi protsenti, mis on neil nimistutel, kes on PKSi tulemuse saavutanud ja kellel täna UF protsent on kehtivas mudelis suurem, kuna see kaob uuest meetoodikast ära. Lisaks oleme erinevatel kohtumistel arutanud ja teeme uuesti ettepaneku lisada uuringufondile kas suurem osakaal või võimaldada ilma laeta uuringufond sellistele nimistutele, mis võetakse asendusse või teenindada tingimustes, kus patsiendid on olnud eelnevalt pikalt ilma kvaliteetse</p>	<p>Selgitatud</p> <p>Uuringufondi võimalik planeeritav kogumaht 2025. aasta andmetel oleks 4,855 miljonit eurot kuus, uues kulumudelis on ühe kuu võimalik planeeritav kogu uuringufondi maht 4,862 miljonit eurot. Seega uuringufond nagu ka pearaha jaotub asutuste vahel ringi, kuid üldmahus ei vähene. Vajadusel on Tervisekassa valmis järgmise aasta jooksul tegema muudatusi uuringufondi mahus.</p>

	perearstiabiita ning vajavad seetõttu rohkem uuringuid ja analüüse.	
ETTKL	Paragrahv 2 punkt 12 – eelmise punktiga sarnane ettepanek ka teraapiafondi kohta. Palume arvutusliku näite varal selgitada, et teraapiafondi maht muudatuse tõttu ei vähene.	Selgitatud Teraapiafondi võimalik planeeritav kogumaht 2025 aasta andmetel oleks 1,667 miljonit kuus, uues kulumudel on ühe kuu võimalik planeeritav kogu teraapiafondi maht 1,694 miljonit. Seega teraapiafond nagu ka pearaha jaotub asutuste vahel ringi, kuid üldmahus ei vähene. Teraapiafondi ei planeerita kõigile asutustele, vaid ainult nendele, kellel on endal tööle võetud kas füsioterapeut, kliiniline psühholoog või logopeed.
ETTKL	Paragrahv 2 punkt 28 – palume brutotunnipalk viia vastavusse meie ettepanekuga, mille tegime 5. novembril Tervisekassa nõukogule ehk perearsti brutotunnipalga aluseks võtta tervishoiu kollektiivlepingus sätestatud eriarstibis rakendatav brutotunnipalk, millele rakendada Tervisekassa kulumudel kasutatavat koefitsienti 1,38. Kuna perearstidele kehtib õigusaktis sätestatud nõue võtta vastu ägedad haiged kohe pöördumise päeval, on perearsti töö intensiivsus kõrgem kui plaanilist abi osutaval eriarstil. Lisaks on visiitide arv tervisekeskustes jätkuvalt tõusutrendis, mis kinnitab, et pereõed ja -arstid on seal patsientidele paremini kättesaadavad	Selgitatud Muudatus on tehtud vastavalt Eesti Perearstide Seltsi poolt esitatud tervishoiuteenuste loetelu muutmise taotlusele "Tööjõukulu arvestamise metoodika ühtlustamine tervishoiusektoris".
ETTKL	Paragrahv 2 punkt 40 – kajastab baasraha muudatusi, aga puudub selgitus, kuhu arvutatakse baasrahast välja jäetud kõnekeskuse ja juhtimiskulu.	Selgitatud Baasraha piirhinnas sisalduvate ressursside muudatusi kajastavad eelnõu § 2 punktid 24-26. Kõnekeskus on arvestatud IT ja juhtimiskulu lisapersonali kulusse.
ETTKL	Punkt 30 – puudub info, millist personali täpsemalt on kulumudel silmas peetud.	Selgitatud Kõik mittemeditsiiniline personal (raamatupidaja, koristaja jt).
ETTKL	Punkt 42 – seletuskirjas puudub selgitus, kuidas Tervisekassa valib need	Selgitatud Tervisekassa lähtub asutuste valimisel põhimõttest, et

	asutused, kelle kuld võetakse aluseks kulumudeli uuendamisel. Palume lisada.	hõlmatud oleks erineva suurusega, erinevat liiki (tervisekeskused ja üksikpraksised) ja erinevates Eesti piirkondades tegutsevad perearstiabi osutavad raviasutused. Tervisekeskuste puhul arvestatakse asjaolu, et valimisse kuulaks nii ühe juriidilise isikuna tegutsevaid kui mitmest juriidilisest isikust moodustunud tervisekeskuseid.
ETTKL	Üldine märkus seletuskirja kohta – meie hinnangul on seletuskiri läbivalt lünklik, kuna selles ei ole kajastatud kõiki meetodika määruse muudatusi, nt punktid 32, 35 ja 36. Meetodika on kokku võetud sedavõrd üldistatult, et ei ole võimalik lõpuni jälgida, kas kõik vajalik on seletuskirjas kajastatud piisava detailsusega või mitte.	Selgitatud Täname tagasiside eest arvestame järgnevate seletuskirjade puhul.
Eesti Arstide Liit	Teeme ettepaneku jätta määruse „Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord“ paragrahvi 41 lõike 2 punkt 1 muutmata ja arvestada endiselt perearstiabi kulumudelil arsti brutotöötasuna kollektiivlepingus kehtestatud eriarsti miinimumtunnitasa. Ei nõustu eelnõu punktiga 28, millega sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. a määruse nr 9 „Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord“ paragrahvi 41 lõike 2 punktis 1 asendatakse tekstiosa „21 eurot ja 72 senti“ tekstiosaga „27 eurot ja 55 senti“. Seletuskiri ütleb: „Perearstiabi kulumudeli tasu arvestamise meetodikas toetatakse edaspidi eriarstiabiga võrdsustatud meetodile, mis on kollektiivlepingu alusel üldarsti miinimumtunnitasa korrutatud 1,38-ga.“ Kollektiivlepinguga on kehtestatud tunnitase alammäärad, sellega ei sätestata tasu arvestamise meetodeid ega koefitsientidega korrumist, nagu seletuskirja sõnastusest tuleneb. Määruse muudatusega tõuseb perearsti brutopalgana arvestatav summa 26,8 %. Seni arvestati perearstiabi kulumudelil	Selgitatud Töötasude arvestamisel lähtutakse hinnamudelil üldjuhul tervishoiuvaldkonna tööandjate ja töötajate esindajate vahel sõlmitavast kollektiivlepingust, milles sätestatakse tervishoiuvaldkonnas iga personaliliigi kohta minimaalne brutotunnitasa ning vajadusel täiendavad tingimused. Oluline on märkida, et ehkki kollektiivlepingus sätestatakse eraldi arsti ja eriarsti minimaalne brutotunnitasa, lähtutakse hinnamudelil töötasude arvutamisel arsti minimaalsest brutotunnitasust. Siiski ei ole hinnamudelil kasutusel mitte minimaalsed brutotunnitasud, vaid hinnamudeli töötasudeks teisendamisel korrumatakse kollektiivlepingus toodud minimaalsed brutotunnitasud

	<p>arsti brutopalgana kollektiivlepingus kehtestatud eriarsti tunnitasu. Eriarstiabi hinnamudelites arvestatakse arsti brutopalgana üldarsti tunnitasu, millele lisandub koefitsient 1,38. Koefitsiendi rakendatakse seetõttu, et siis saab ka eriarstiabis maksta eriarstidele kollektiivlepinguga kehtestatud eriarsti tunnitasu, samuti kollektiivlepinguga kehtestatud öötöö ja nädalavahetuse lisatasusid, mida makstakse eriarstiabis. Leiame, et perearstiabi kulumudelil tehtavad muudatused ja brutopalgahüppeline tõus ei ole põhjendatud, kuna perearstidele on juba praegu tagatud eriarsti miinimumtunnitasu, öösel ja nädalavahetustel nad aga ei tööta. 22.03.2025 allkirjastatud „Kokkuleppe kollektiivlepingu sõlmimise eelduste loomiseks“ punkt 7 kohaselt: „Tervishoiuteenuste piirhindade sisendite ja hinnamudelil sisalduvate ressursside muutmisel kaasatakse aruteludesse ning kokkulepete sõlmimisse kollektiivleppe osapoolte esindajad.“ Kokkuleppele on alla kirjutanud sotsiaalminister. Ülalnimetatud muudatusi perearstide kulumudelil, mis sisalduvad määruse muutmise eelnõus, ei ole kollektiivleppe osapooltega arutatud, seega rikub sotsiaalminister määruse kehtestamisega kehtivat kokkulepet.</p>	<p>täiendavalt</p> <p>kokkulepitud koefitsientidega, mis võimaldavad personalile keskmiselt maksta kollektiivlepingus toodust kõrgemat töötasu. Alates 2019. aasta aprillist on töötasudele rakenduvad koefitsiendid arstide puhul kokkuleppeliselt 1,38; ödede puhul 1,2 ning hooldajate puhul 1,1. Sõltuvalt kollektiivlepingu osapoolte kokkulepetest on vastavad koefitsiendid kajastunud kas otse kollektiivlepingutes või eraldiseisvalt kokku lepitud.</p> <p>Ajalooline taust kollektiivlepingu miinimumi aluseks võtmiseks ja sellele koefitsientide rakendamiseks mudelis tuleneb 2006. aastaks kehtestatud meetodika määruse seletuskirjast, kus oli sees järgmine punkt: „Arvutuse aluseks on 2004. sõlmitud tervishoiuala töötajate miinimumtunnitasu kokkuleppega määratud tunnitasad 2006 aastaks, millele on lisatud Haiglate Liidu ettepanekust tulenevad koefitsiendid arst - 1,3, öde - 1,2 ja hooldustöötaja - 1,1“. Koefitsiendid püsisid samal tasemel kuni aastatel 2017 – 2019 tõsteti järjestikku kollektiivlepingutega arstide koefitsiente sammuga 1,34; 1,36 ja 1,38. Esimesed kaks koefitsiendi muutust kajastusid otse kollektiivlepingus, viimane fikseeriti eraldi kokkuleppega kollektiivlepingu sõlmimise eelduste loomiseks, millele on alla kirjutanud toonane Tervise- ja tööminister, Eesti Haigekassa, Eesti Arstide Liit, Eesti Ödede Liit, Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliit,</p>
--	--	---

		<p>Eesti Kiirabi Liit ja Eesti Haiglate Liit.</p> <p>Koefitsientide kasutamine täidab mitut eesmärgi. Ühelt poolt vastab see tavapärasele tööturu olukorrale, võimaldades tööandjatel pakkuda personalile erinevaid palgatasemeid sõltuvalt nende kogemustest või oskustest. Teiselt poolt võimaldab see aga katta ka muid personali töötasudega seotud vajadusi, nagu näiteks ületunnitöö tasustamine kõrgema koefitsiendiga või täiendavate tasustatud puhkusepäevade võimaldamine või haiguspäevade eest tasumine. Lähtuvalt eelpool toodust on hinnamudeli läbiv põhimõte, et iga personaliliigi eest hüvitatakse teenusepõhiste hindade kaudu töötasusid ühetaoliselt, sõltumata näiteks teenuseosutaja asukohast, osutatavate teenuste keerukusest vms. Hinnamudel tagab seeläbi töötasu hüvitamise teenuseosutajatele võrdsetel alustel, kuid jätab tööandjatele vabad käed otsustamiseks, millistel alustel töötasusid organisatsioonisiselt ringi jaotatakse. Samal ajal ei välista hinnamudeli metoodika vajadusel töötasude diferentseerimist mingi kindla teenuste paketi piires, ent juhendi koostamise ajaks ei ole sellist muudatust ükski eriala taotlenud.</p> <p>Ühe erandina ühetaolisele tasustamisele lisandus alates 2019. aasta aprillist põhimõte, et öisel ajal ja nädalavahetustel töötamist tasustatakse kõrgemalt, kusjuures öise töö koefitsient</p>
--	--	---

		(1,3) rakendus 2019. aprillist ning nädalavahetuste koefitsient (1,1) aasta hiljem. Hilisemate kollektiivlepingute läbirääkimiste käigus on koefitsientide väärtuseid täiendavalt tõstetud. Selle muudatuse tulemusel on eraldi voodipäevades ja valvetasudes, kus öisel ajal ja nädalavahetustel töötamine on vajalik, rakendatud personali töötasude arvutamisele täiendavalt vastavaid koefitsiente. Samal ajal on säilinud põhimõte, et antud teenuste puhul on hüvitamisele kuuluvad töötasude summad kõikide teenuseosutajate puhul võrdsed.
Eesti Haiglate Liit (EHL)	Peame vajalikuks märkida, et hindade ajakohastamisse kaasatud referentshaiglad ei saanud enne eelnõude kooskõlastusringile saatmist lubatud korras teavet lõplikult kinnitatavate hindade kohta. EHL peab oluliseks, et hindade uuendamise protsess oleks edaspidi läbipaistvam ning partneritele kokkulepetele vastavalt kommunikeeritud.	Selgitatud Erialade nüüdisajastamise käigus tehtud piirhinna muudatused on kooskõlastatud taotluses märgitud erialaseltsidega. Otorinolarüngoloogia teenuste muudatused on kooskõlastatud Eesti Kõrva-Nina-Kurguarstide ja Pea- ja Kaelakirurgide Seltsiga ja patoloogia teenuste muudatused Eesti Patoloogide Seltsiga.
	Juhime tähelepanu, et Sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. a määrus nr 9 „Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord” lisas 3 on jäänud uuendamata patoloogia hinnad.	Selgitatud Patoloogia teenuste hinnad lisas 3 uuendatakse 1. aprilliks 2026. a.
EHL	Sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. a määruse nr 9 „Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord” muudatuse kohaselt asendatakse paragrahvi 41 lõike 2 punktis 1 tekstiosa „21 eurot ja 72 senti” tekstiosaga „27 eurot ja 55 senti” ja paragrahvi 41 lõike 2 punkt 3 sõnastatakse järgmiselt „õe brutopalk on 14 eurot ja 62 senti tunnis”. Neid eelnõu punkte ei ole EHL-il võimalik kooskõlastada järgnevatel põhjustel:	Selgitatud Töötasude arvestamisel lähtutakse hinnamudelil üldjuhul tervishoiuvaldkonna tööandjate ja töötajate esindajate vahel sõlmitavast kollektiivlepingust , milles sätestatakse

	<p>Eelnõus kirjeldatud, perearstidele (ligi 27%) ja pereõdedele (20%), hüppelist palgakomponendi tõusu andvaid hinnasisendite muudatusi ei ole meile teadaolevalt läbi arutatud ei Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu komisjonis ega ka Tervisekassa nõukogule strateegilistes küsimustes nõuandvas komisjonis.</p> <p>Sellega seoses juhime ühtlasi tähelepanu ka asjaolule, et 22.märtsil 2025 sõlmitud kollektiivlepingu sõlmimise eelduste loomise kokkulepet sõlmides oleme kollektiivlepingu läbirääkimiste osapoolte, Tervisekassa ja riigi esindajana Sotsiaalministeeriumiga ühiselt kokku leppinud alljärgnevas: (väljavõte lepest):</p> <p><i>„7. Tervishoiuteenuste piirhindade sisendite ja hinnamudelis sisalduvate ressursside muutmisel kaasatakse aruteludesse ning kokkulepete sõlmimisse kollektiivleppe osapoolte esindajad.</i></p> <p><i>8. Osapooled kooskõlastavad eelnevalt omavahel potentsiaalsed kokkulepped kolmandate osapooltega tervishoiupoliitiste eesmärkide osas ja lepivad need kokku kolmepoolse partnerluse põhimõtteid arvestades.</i></p> <p><i>9. Kõik käesoleva leppe punktide täitmisel tekkida võivad küsimused lahendatakse samuti kolmepoolse partnerluse põhimõtteid arvestades.</i></p> <p><i>10. Osapooled hindavad regulaarselt leppe tingimuste täitmist ja mõju ning vajadusel lepivad kokku täiendavates meetmetes.”</i></p> <p>EHL peab oluliseks, et kooskõlastusringile saadetud eelnõudes sisalduvad muudatused oleksid eelnevalt partneritega läbi arutatud ja kooskõlastatud ning rakendatud kooskõlas kollektiivlepingu sõlmimise eelduste loomise kokkuleppe sätetatud põhimõtetega.</p> <p>Kõiki tervishoiuvaldkonna osapooli läbipaistvatel alustel kaasav koostöö on meie sektori toimimise nurgakivi. EHL hinnangul on täna kõige olulisen koht, kuhu on tarvis täiendavaid ressursse leida, erakorralise abi tagamine.</p>	<p>tervishoiuvaldkonnas iga personaliliigi kohta minimaalne brutotunnitasu ning vajadusel täiendavad tingimused. Oluline on märkida, et ehkki kollektiivlepingus sätestatakse eraldi arsti ja eriarsti minimaalne brutotunnitasu, lähtutakse hinnamudelis töötasude arvutamisel arsti minimaalsest brutotunnitasust.</p> <p>Siiski ei ole hinnamudelis kasutusel mitte minimaalsed brutotunnitasud, vaid hinnamudeli töötasudeks teisendamisel korrutatakse kollektiivlepingus toodud minimaalsed brutotunnitasud läbi täiendavalt kokkulepitud koefitsientidega, mis võimaldavad personalile keskmiselt maksta kollektiivlepingus toodust kõrgemat töötasu. Alates 2019. aasta aprillist on töötasudele rakenduvad koefitsiendid arstide puhul kokkuleppeliselt 1,38; õdede puhul 1,2 ning hooldajate puhul 1,1. Sõltuvalt kollektiivlepingu osapoolte kokkulepetest on vastavad koefitsiendid kajastunud kas otse kollektiivlepingutes või eraldiseisvalt kokku lepitud.</p> <p>Ajalooline taust kollektiivlepingu miinimumi aluseks võtmiseks ja sellele koefitsientide rakendamiseks mudelis tuleneb 2006. aastaks kehtestatud metoodika määrase seletuskirjast, kus oli sees järgmine punkt: „Arvutuse aluseks on 2004. sõlmitud tervishoiuala töötajate miinimumtunnitasu kokkuleppega määratud tunnitaskud 2006 aastaks, millele on lisatud Haiglate</p>
--	--	---

		<p>Liidu ettepanekust tulenevad koefitsendid arst - 1,3, õde - 1,2 ja hooldustöötaja - 1,1". Koefitsiendid püsisid samal tasemel kuni aastatel 2017 – 2019 tõsteti järjestikku kollektiivlepingutega arstide koefitsiente sammuga 1,34; 1,36 ja 1,38. Esimesed kaks koefitsiendi muutust kajastusid otse kollektiivlepingus, viimane fikseeriti eraldi kokkuleppega kollektiivlepingu sõlmimise eelduste loomiseks, millele on alla kirjutanud toonane Tervise- ja tööminister, Eesti Haigekassa, Eesti Arstide Liit, Eesti Õdede Liit, Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliit, Eesti Kiirabi Liit ja Eesti Haiglate Liit.</p> <p>Koefitsientide kasutamine täidab mitut eesmärki. Ühelt poolt vastab see tavapärasele tööturu olukorrale, võimaldades tööandjatel pakkuda personalile erinevaid palgatasemeid sõltuvalt nende kogemustest või oskustest. Teiselt poolt võimaldab see aga katta ka muid personali töötasudega seotud vajadusi, nagu näiteks ületunnitöö tasustamine kõrgema koefitsiendiga või täiendavate tasustatud puhkusepäevade võimaldamine või haiguspäevade eest tasumine. Lähtuvalt eelpool toodust on hinnamudeli läbiv põhimõte, et iga personaliliigi eest hüvitatakse teenusepõhiste hindade kaudu töötasusid ühetaoliselt, sõltumata näiteks teenuseosutaja asukohast, osutatavate teenuste keerukusest vms. Hinnamudel tagab seeläbi töötasu hüvitamise teenuseosutajatele võrdsetel alustel, kuid jätab</p>
--	--	--

		<p>tööandjatele vabad käed otsustamiseks, millistel alustel töötasusid organisatsioonisiselt ringi jaotatakse. Samal ajal ei välista hinnamudeli metoodika vajadusel töötasude diferentseerimist mingi kindla teenuste paketi piires, ent juhendi koostamise ajaks ei ole sellist muudatust üksi eriala taotlenud.</p> <p>Ühe erandina ühetaolisele tasustamisele lisandus alates 2019. aasta aprillist põhimõte, et öisel ajal ja nädalavahetustel töötamist tasustatakse kõrgemalt, kusjuures öise töö koefitsient (1,3) rakendus 2019. aprillist ning nädalavahetuste koefitsient (1,1) aasta hiljem. Hilisemate kollektiivlepingute läbirääkimiste käigus on koefitsientide väärtuseid täiendavalt tõstetud. Selle muudatuse tulemusel on eraldi voodipäevades ja valvetasudes, kus öisel ajal ja nädalavahetustel töötamine on vajalik, rakendatud personali töötasude arvutamisele täiendavalt vastavaid koefitsiente. Samal ajal on säilinud põhimõte, et antud teenuste puhul on hüvitamisele kuuluvad töötasude summad kõikide teenuseosutajate puhul võrdsed.</p>
Eesti Perearstide Selts (EPS)	<p>Mitmete praksiste esindajate seas tekkinud ebaõiglustunde leevendamise esialgse lahendusena pakume välja tervisekeskuste ja üksikpraksiste pearaha kajastamise määrustes ning mudelis järgmiselt: 1) pearaha on esitatud kõigi keskuste liikide puhul võrdsete summadena; 2) ühtsete tervisekeskuste puhul lisanduvad sellele täiendavad kordajad või komponendid kokkulepitud mahus. Selline esitusviis võimaldaks</p>	<p>Selgitatud</p> <p>Kuigi ettepaneku eesmärk on kuvada kõigile teenuseosutajatele ühesuurune pearaha ning lisada tervisekeskustele täiendav koefitsient, ei ole see praktikas teostatav. Nimelt põhineb pearaha arvestus juba täna mitmel komponendil, mis kajastavad</p>

	<p>üksikpraksiste esindajate hinnangul kuni püsiva lahenduse leidmiseni mõnevõrra leevendada kvaliteetset teenust osutavate üksikpraksiste poolt teravalt tajutavat ebaõiglust.</p>	<p>erinevate elanikkonnarühmade vajadusi. Vanuserühmade riskid ja teenusekasutuse mustrid varieeruvad märkimisväärselt, mistõttu on igale rühmale seatud eraldi pearaha.</p> <p>Selle tulemusel ei ole võimalik kasutada ühte tervisekeskuse koefitsienti, sest sama koefitsient ei kajastaks erinevate vanusegruppide tegelikku teenusevajadust. Seega peaks ettepaneku loogika kohaselt igale vanuserühmale määrama eraldi koefitsiendi, et vältida rahastamise nihkumist ühele või teisele rühmale. See muudaks mudeli mitmekordseks koefitsientide süsteemiks. Teisisõnu: mudel muutuks keerukamaks, mitte lihtsamaks. Iga riskikomponenti tuleks hakata koefitsiendiga korrigeerima, et säilitada praeguse süsteemi eesmärgipärasus ja proportsionaalsus. Selle tulemusena muutuks lepingute planeerimis ja mudeli uuendamis protsess oluliselt keerulisemaks, suureneks vigade tekkimise risk ja hägustuks mudeli selgus. Tervisekassa on valmis mudeli järgneval perioodil üle vaatama ja vajadusel muudatusi tegema selliselt, et säiliks mudeli uuendamise ja planeerimise selgus.</p>
EPS	<p>Palume metoodika määruse seletuskirjas lisatööjõu kulu osas täpsustada, et hõlmatud ei ole eraldi taotluste või hinnakirjakoodide alusel rahastatavad tööjõukulud, ning et mittemeditsiinilised sisseostetud teenused kajastuvad lisatööjõukuluna osaliselt.</p>	<p>Selgitatud</p> <p>Metoodika määruks on öeldud- Pearaha piirhinnas lisatööjõu (nt raamatupidaja, koristaja jt) kulu arvutamisel võetakse aluseks kõik tööjõukulud ja osaliselt sisseostetud mittemeditsiiniliste</p>

		teenuste kulu , välja arvatud arstide ja õdede tööjõukulu ning eraldi hüvitatavad tervishoiutöötajate tööjõukulud. Lisatööjõu kulu suureneb proportsionaalselt käesoleva paragrahvi lõike 2 punktis 3 toodud õe brutopalga muutuse protsendiga.
EPS	Referentsasutuste osas peame oluliseks, et nende kokkuleppimine toimuks EPS-i ja Tervisekassa koostöös ning esmase kokkuleppe järgne muutmine üksnes kummagi poole argumenteeritud põhjenduste alusel.	Selgitatud Tänane sõnastus on vastavuses eriarstiabis kasutatava sõnastusega referentsasutuste leidmisel. Tervisekassa on valmis tegema referentsasutuste leidmisel koostööd nii EPS-i kui ETTKL-ga
EPS	Palume mitte tunnistada kehtetuks metoodika määruse paragrahvi 6 lõiget 1 ³ - uuringufondi osas selgitati, et fondi suurus ei muutu, vaid muutub üksnes proportsioon.	Selgitatud Uuringufondi võimalik planeeritav kogumaht 2025. aasta andmetel (arvestades seda kas fondi maht on 45% või 39% pearahast) oleks 4,855 miljonit eurot kuus, uues kulumudelis on ühe kuu võimalik planeeritav kogu uuringufondi maht 4,862 miljonit eurot. Seega uuringufond nagu ka pearaha jaotub asutuste vahel ringi, kuid üldmahus ei vähene. Vajadusel on Tervisekassa valmis järgmise aasta jooksul tegema muudatusi uuringufondi mahus.
EPS	Eesti Perearstide Selts kooskõlastab eelnõud tingimusel, et peetakse kinni järgmistest kokkulepetest Tervisekassaga: <ul style="list-style-type: none"> algsest 2026 esimeseks poolaastaks assistendi tasuna planeeritud rahastus 1,4 miljonit säilitatakse ka teisel poolaastal, st perearstiabi eelarvesse planeeritakse täiendav 1,4 miljonit, mille tulemusel on perearstiabi kulumudeli nüüdisajastamise eelarvemõju 5 miljonit eurot. Tegemist on mudeli praeguste kitsaskohtade lahendamise jaoks planeeritud 	Arvestatud Kokkulepe on saavutatud kulumudeli edaspidise täiendamise osas nii mudeli vormi kui ka rahaliste ressursside lõikes. EPSi esitatud TTLi taotlustest loetakse arvestatuks: 1. Tervisekeskuse meeskond ja organisatsiooni arendamine

	<p>summaga, mida ei loeta mõne muu komponendi (nt kollektiivlepingujärgse indekseerimise) hulka;</p> <ul style="list-style-type: none"> • EPS-i poolt esitatud TTL taotlusi, mis puudutavad lisapersonali, ei loeta käesolevate muudatustega täidetuks, kuna seda ei ole EPS-iga arutatud ega kokku lepitud; • jätkatakse tööd mudeli täiendamisega ning ollakse valmis probleemidele reageerima ja muudatusi tegema – vajadusel ka tagasiulatuvalt. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Muutuvkulude jooksev indekseerimine perearstiabi kulumudel 3. Tööjõukulu arvestamise meetodika ühtlustamine tervishoiusektoris 4. Perearstiabi kulumudeli ülevaatamine 5. II pereõe kulu lisamine pearahas 6. Perearsti nimistut teenindava täistööajaga kolmanda pereõe rahastamine. <p>Kolmanda pereõe taotlus loetakse menetletuks, sest uue kulumudeli tulude muutused nimistu kohta arvestasid kõiki tänaseid taotlusel põhinevaid lisatasusid, sh ka kolmanda õe ressursi. Kolmanda õe taotlust nr 1568 esitleti 18.10.2023 TTL komisjonis, kus komisjoniliikmetele saadetud memorandumis on kirjas järgnev tekst: <i>“Taotluse eesmärgiks oli võimaldada üle 2000 patsiendiga nimistutele kolmandat pereõde, kuna perearstide arv väheneb, nimistud suurenevad ja haiguskoormus ühiskonnas kasvab.....See on aga omakorda vähendanud pearaha osatähtsust kogu rahastamises, mis on aga oluline, et motiveerida teenuseosutajatel inimesi nimistusse võtma. Arvestades esmatasandi personali puudust, on oluline läbi rahastusmudeli tugevalt motiveerida teenuseosutajaid oma nimistut nõ „täitma“. Seega oleks soovitatav vähendada eelarve põhiselt personali kulude tasumist ning asendada see pearaha parema diferentseerimisega, et katta täiendav personali kulu.“</i></p> <p>Kui võimaldada lisapersonali suurema nimistu puhul, võiks</p>
--	--	---

		<p>see küll motiveerida perearste nimistut suurendama, kuid hätta jääks väiksed nimistud, mis võivad olla väga töömahukad (palju multimorbiidseid patsiente).</p> <p>b) Ettepanekud</p> <p><i>Tervisekassa liigub edasi pearaha diferentseerituse väljatöötamisega arvestades vanust, haigusi, visiitide arvu. Eesmärgiks rahastusmudel, mis võimaldaks keerulisema koosseisuga nimistutel värvata lisapersonali nimistu ära teenindamiseks.”.</i></p> <p>Kulumudeli uuendamise üks eesmäärke oli lisapersonali võimaldamine vastavalt nimistu raskusastmele ehk täiendava kolmanda õe meede, mis alгатati Ukraina sõjapõgenike teenindamise jaoks, sillati rahastuses seni läbi TTLi 11. Peatüki kuniks uus kulumudel rakendatakse. Kolmanda õe ressurss ei jagunegi uue pearahaloogika alusel vastavalt sellele, kes oli Tervisekassalt õe taotlenud, vaid vastavalt sellele, kelle nimistu koosseis lisapersonali vajadust väljendab.</p> <p>Tervisekassa on valmis jätkama taotluse “Perearsti nimistut teenindava täistööajaga abiarsti (üldarsti kvalifikatsioonile vastav, mitte tudeng) rahastamine” menetlemist.</p>
--	--	--