



OTSUS

Vaidlustusaja number	148-26/312200
Otsuse kuupäev	10.08.2026
Vaidlustuskomisjoni liige	Angelika Timusk
Vaidlustus	AS-i Medita vaidlustus Tervisekassa riigihankes „Eriarstiabi teenus (ortopeedia)“ (viitenumber 312200) riigihanke alusdokumentidele
Menetlusosalised	Vaidlustaja, AS Medita, esindajad vandeadvokaat Siim Maripuu ja advokaat Toomas Pugri Hankija, Tervisekassa, esindajad vandeadvokaat Erki Fels ja vandeadvokaadi abi Gregor Saluveer
Vaidlustuse läbivaatamine	Kirjalik menetlus

RESOLUTSIOON

RHS § 197 lg 1 p 4 ja § 198 lg 3 alusel

- 1. Jätta AS-i Medita vaidlustus rahuldamata.**
- 2. Mõista AS-ilt Medita Tervisekassa kasuks välja tema lepinguliste esindajate kulud 4092,60 eurot käibemaksuta.**
- 3. Jätta AS-i Medita vaidlustusmenetluse kulud tema enda kanda.**

EDASIKAEBAMISE KORD

Halduskohtumenetluse seadustiku § 270 lg 1 alusel on vaidlustuskomisjoni otsuse peale halduskohtule kaebuse esitamise tähtaeg kümme (10) päeva arvates vaidlustuskomisjoni otsuse avalikult teatavaks tegemisest.

JÕUSTUMINE

Otsus jõustub pärast kohtusse pöördumise tähtaja möödumist, kui ükski menetlusosaline ei esitanud kaebust halduskohtusse. Otsuse osalisel vaidlustamisel jõustub otsus osas, mis ei ole seotud edasikaevatud osaga (riigihangete seaduse § 200 lg 4).

ASJAOLUD JA MENETLUSE KÄIK

1. 29.06.2026 avaldas Tervisekassa (edaspidi ka Hankija) riigihangete registris (edaspidi RHS) sotsiaal- ja eriteenuste erimenetlusega riigihanke „Eriarstiabi teenus (ortopeedia)“ (viitenumber 312200) (edaspidi Riigihange) hanketeate ja tegi kättesaadavaks muud Riigihanke alusdokumendid (edaspidi RHAD), sh „Riigihanke erimenetluse kord ravi rahastamise lepingu sõlmimiseks ortopeedia erialal teenuse osutajatega“ (edaspidi Kord) ja „Ravi rahastamise lepingu

sõlmimise asjaolude hindamise aluste hindepunktide kehtestamine ortopeedia eriala teenuste hankes“ (edaspidi Hindamise alused).

2. 10.07.2026 laekus Riigihangete vaidlustuskomisjonile (edaspidi vaidlustuskomisjon) AS-i Medita (edaspidi Vaidlustaja) vaidlustus RHAD-ile. Vaidlustaja palub kohustada Hankijat viima õigusaktidega ettenähtud nõuetega vastavusse:

- 1) Hindamise aluste p 3.1C (uuringute ja protseduuride hindamiskriteerium);
- 2) Hindamise aluste p 2.1.1 ning Korra p-id 10.7.3 ja 10.7.4 (koefitsient);
- 4) Kord osas, milles Hankija ei ole arvestanud lepingu täitmise käigus tegelikult osutatud teenuse mahtu (ületöö);
- 5) kvalifitseerimise tingimus „Teenuste osutamine“ osas, milles Hankija on määratlenud kogemuse arvestamise perioodi vastuoluliselt.

3. Vaidlustuskomisjon teatas 16.07.2026 kirjaga nr 12.2-10/148 menetlusosalistele, et vaatab vaidlustuse läbi esitatud dokumentide alusel kirjalikus menetluses, tegi teatavaks otsuse avalikult teatavaks tegemise aja ning andis täiendavate seisukohtade ja dokumentide esitamiseks aega kuni 21.07.2026 ja neile vastamiseks 24.07.2026. Vaidlustuskomisjoni määratud esimeseks tähtpäevaks esitas täiendavad seisukohad Vaidlustaja ja menetluskulude taotlused Vaidlustaja ja Hankija. Teiseks tähtpäevaks esitas täiendavad seisukohad Hankija.

MENETLUSOSALISTE PÕHJENDUSED

4. Vaidlustaja, **AS Medita**, põhjendab vaidlustust järgmiselt.

4.1. Hindamiskriteeriumis 3.1.C sätestatud uuringute ja protseduuride osakaal ei võimalda hinnata pakutava tervishoiuteenuse kvaliteeti.

4.2.1. Hankija on kehtestanud Hindamise alustes hindamiskriteeriumi 3.1.C (edaspidi Hindamiskriteerium 3.1C), mille kohaselt hinnatakse pakkuja uuringute ja protseduuride osakaalu pakkuja kõigist ambulatoorsel erialal osutatud teenustest Riigihanke väljakuulutamise otsuse tegemisele eelnenud 12 kalendrikuu andmete põhjal. Pakkuja uuringute ja protseduuride osakaalu võrreldakse kõigi sama eriala tervishoiuteenuse osutajate vastava näitajaga. Võrdluse tulemusena võib pakkuja saada 10, 5 või 0 hindepunkti. Seega on Hankija käsitlenud uuringute ja protseduuride osakaalu kvaliteedikriteeriumina, mille alusel hinnatakse pakkumuste kvaliteeti ning mis mõjutab otseselt majanduslikult soodsaima pakkumuse väljaselgitamist.

4.2.2. RHS § 85 kohaselt peab iga kvaliteedikriteeriumi eesmärk olema aidata välja selgitada majanduslikult soodsaim pakkumus ning sellel peab olema sisuline seos hankelepingu esemega. Uuringute ja protseduuride osakaal ei ole selline kvaliteedinäitaja, mis võimaldab välja selgitada majanduslikult soodsaima pakkumuse.

Hindamiskriteeriumi 3.1.C alusel ei saa hinnata nt ravitulemusi, patsiendi tervisetulemusi, raviteekonna tõhusust, ravikvaliteedi näitajaid, ravijuhiste järgimist, patsientide rahulolu ja teenuse kättesaadavust. See mõõdab üksnes uuringute ja protseduuride suhtelist osakaalu pakkuja varasemas tegevuses, millest ei ole võimalik järeldada, et suurema uuringute või protseduuride osakaaluga teenuseosutaja osutab kvaliteetsemat ambulatoorset eriarstiabi kui väiksema osakaaluga teenuseosutaja.

4.2.3. Uuringute ja protseduuride osakaalu võivad mõjutada mitmesugused asjaolud, mis ei ole seotud teenuse kvaliteediga, nt patsiendibaasi eripära, ravijuhtude keerukus, ravikorraldus või erinevad kliinilised praktikad. Samuti on võimalik saavutada samaväärne ravitulemus erineva uuringute ja protseduuride mahuga. Hindamiskriteerium 3.1.C põhineb üksnes pakkuja varasema 12 kuu tegevuse statistikal. Seega üksnes uuringute ja protseduuride statistiline osakaal ei

2 (21)

võimalda objektiivselt hinnata teenuse kvaliteeti ega teha järeldust selle kohta, milline pakkumus on RHS §-i 85 tähenduses majanduslikult soodsaim.

4.2.4. Kui Hankija käsitleb uuringute ja protseduuride osakaalu kvaliteedinäitajana ning omistab sellele ühe suurema kaaluga hindamiskriteeriumi tähenduse, siis peab ta näitama objektiivse seose näitaja ja teenuse kvaliteedi vahel. RHAD-ist ei nähtu, et suurem uuringute või protseduuride osakaal tagab kvaliteetsema ambulatoorse eriarstiabi või paremad ravitulemused.

4.2. Hindamiskriteeriumi 3.1.C 10-punktiline osakaal on ebaproportsionaalne ning moonutab pakkumuste võrdlemist

4.2.1. Hindamiskriteeriumi 3.1.C kohaselt hinnatakse pakkujat tema eelnenud 12 kalendrikuu uuringute ja protseduuride osakaalu alusel, mille eest on võimalik saada 10, 5 või 0 hindepunkti. Tegemist ei ole pakkumuse sisulist kvaliteeti iseloomustava näitajaga, vaid pakkuja varasema tegevuse statistilise näitajaga. Sellest ei ole võimalik teha järeldust pakkuja poolt hankelepingu täitmisel osutatava ambulatoorse eriarstiabi kvaliteedi kohta ega hinnata, milline pakkumus on majanduslikult soodsaim RHS §-i 85 tähenduses. Seetõttu ei seisne probleem üksnes sellele hindamiskriteeriumile omistatud hindepunktide arvus, vaid eelkõige selles, et uuringute ja protseduuride osakaal ei ole olemuslikult sobiv pakkumuste hindamise kriteerium.

4.2.2. Statistilisele näitajale on omistatud erakordselt suur kaal, kuid Hindamiskriteeriumi 3.1.C õigusvastasust ei ole võimalik kõrvaldada üksnes sellele omistatavate hindepunktide vähendamisega. Uuringute ja protseduuride osakaal ei ole olemuslikult sobiv pakkumuste hindamise kriteerium, kuna sellel puudub piisav ja kontrollitav seos hankelepingu esemeks oleva teenuse kvaliteediga.

Hankija on sama hindamiskriteeriumi puhul pidanud varem piisavaks oluliselt väiksemat hindamiskaalu.

4.3. Hindamiskriteerium 3.1.C on vastuolus RHS §-iga 85 ja RHS §-i 3 põhimõtetega

4.4. Ravijuhtude jaotamise kord

Koefitsiendi kasutamine ravijuhtude mahu kujundamisel ei ole objektiivselt põhjendatud ning on vastuolus riigihanke üldpõhimõtetega.

4.4.1. Korra kohaselt mõjutab pakkumuses märgitud koefitsient otseselt pakkujale eraldatavat ravijuhtude mahtu ning seeläbi ravi rahastamise lepingu majanduslikku väärtust. Koefitsiendi mõju seisneb eelkõige järgmises:

- 1) koefitsienti kasutatakse ravijuhtude esmase mahu kujundamisel;
- 2) sama koefitsienti kasutatakse reservi jagamisel;
- 3) koefitsient mõjutab seeläbi pakkujale lepingu alusel eraldatavat ravijuhtude kogumahtu kogu lepingu kestel.

4.4.2. Korra kohaselt ei kujune pakkujale eraldatav ravijuhtude maht üksnes tema objektiivse võimekuse alusel. Lisaks pakkuja võimekusele mõjutab ravijuhtude mahtu ka pakkuja poolt pakkumuses märgitud koefitsient. Pakutud koefitsiendile vastab võimendus (k), millega korrutatakse pakkuja võimekus enne ravijuhtude lõpliku mahu arvutamist. Seega mõjutab koefitsient otseselt pakkujale eraldatava ravi rahastamise lepingu mahtu. Seejuures ei mõjuta koefitsient pakkuja tegelikku suutlikkust tervishoiuteenust osutada. Koefitsient ei suurenda arstide arvu, vastuvõturuumide hulka, tööaega ega ravi kvaliteeti. Selle ainus praktiline mõju seisneb ravijuhtude mahu muutmises.

4.4.3. Iga Hankija kehtestatud tingimus peab olema Riigihanke eesmärgi saavutamiseks asjakohane, põhjendatud ja proportsionaalne. Korrast ega RHAD-ist üldiselt ei nähtu, millist

eesmärgi koefitsiendi kasutamine ravijuhtude mahu kujundamisel teenib. Koefitsiendi ainus õiguslik tagajärg on ravijuhtude matemaatiline ümberjaotamine pakkujate vahel.

4.4.4. Kui Hankija soovib kujundada lepingu mahtu koefitsiendi alusel, peab koefitsient objektiivselt kirjeldama sellist asjaolu, millel on sisuline seos teenuse osutamise või hankelepingu täitmisega. Riigihankes selline seos puudub.

Kui pakkujate objektiivne võimekus on juba kindlaks tehtud arstide töökoormuse ja vastuvõturuumide võimekuse alusel, ei ole ilmne, miks tuleb sama võimekust täiendavalt korrigeerida koefitsiendiga, mis ei peegelda ühtegi uut objektiivset asjaolu.

4.4.5. Koefitsiendi kasutamine võib mõjutada ravi rahastamise lepingu kogumaksumust, kuid sellest ei tulene, et ravijuhud jaotuksid tegelikust ravivajadusest või teenuseosutajate tegelikust suutlikkusest lähtudes. Väiksema koefitsiendi pakkumine ei suurenda teenuseosutaja personali, vastuvõturuume ega ravivõimekust. Vastupidi, koefitsiendi kasutamise tulemusena võib kujuneda olukord, kus teenuseosutajale eraldatakse rohkem ravijuhte, kui tema tegelik ravivõimekus võimaldab kvaliteetselt teenindada. Põhjendatud ei ole kujundada ravi rahastamise lepingu mahtu viisil, mis ei arvesta teenuseosutaja tegelikku suutlikkust osutada tervishoiuteenuseid. Ravi rahastamise lepingu maht ei kujune enam pakkujate objektiivsete omaduste põhjal, vaid sõltub sellest, millise majandusliku valiku pakkuja pakkumuse koostamisel tegi.

4.4.6. Riigihanke eesmärk peab olema olemasoleva ravivõimekuse võimalikult tõhus ärakasutamine, mitte selle kunstlik piiramine. Kui ravijuhtude maht kujuneb koefitsiendi alusel, võib tegeliku võimekusega teenuseosutaja saada väiksema lepingu mahu üksnes pakkumuses märgitud koefitsiendi tõttu. Selline lahendus ei kasuta olemasolevat ravivõimekust tõhusalt ega ole kooskõlas RHS § 3 p-ides 3 ja 5 sätestatud konkurentsi efektiivse ärakasutamise ning rahaliste vahendite säästliku ja otstarbeka kasutamise põhimõtetega.

4.5. Koefitsiendi mõju reservi jagamisele on põhjendamata

4.5.1. Reservi eesmärk on võimaldada Hankijal lepingu täitmise käigus reageerida tegelikule ravivajadusele ning lepingu täitmisel ilmnenud asjaoludele. Reservi olemasolu võimaldab suunata täiendava ravijuhtude mahu nendele teenuseosutajatele, kelle juures on lepingu täitmise käigus tekkinud tegelik vajadus täiendava ravivõimekuse rakendamiseks ning kes on võimelised täiendavat ravimahtu osutama. Sellest tulenevalt on reservi eesmärk korrigeerida esialgset lepingu mahtu vastavalt lepingu täitmise käigus ilmnenud tegelikele asjaoludele.

Käesoleval juhul ei täida reserv seda eesmärki. Kord näeb ette, et reservi jagamisel kasutatakse pakkumuse esitamise ajal pakutud koefitsienti. Seega ei mõjuta koefitsient üksnes esialgse ravi rahastamise lepingu mahu kujunemist, vaid selle mõju kandub edasi ka reservi jagamisele. Selle tulemusena mõjutab pakkumuses märgitud koefitsient lepingu mahtu kogu lepingu kehtivuse vältel. Selline regulatsioon tähendab, et koefitsiendist tulenev eelis või puudus säilib sõltumata sellest, kas lepingu täitmise käigus on muutunud teenuseosutajate tegelik ravivajadus, ravikoormus või suutlikkus täiendavat ravimahtu osutada. Praktikas võib see viia olukorrani, kus suurema tegeliku võimekusega ning lepingu täitmise käigus rohkem ravijuhte osutanud teenuseosutaja ravi rahastamise lepingu maht reservi ümberjagamisel väheneb, samal ajal kui väiksema tegeliku võimekusega, kuid madalama koefitsiendi pakkunud teenuseosutaja ravi rahastamise lepingu maht suureneb. Seetõttu ei täida reserv enam oma eesmärki suunata täiendav ravimaht nendele teenuseosutajatele, kelle tegelik suutlikkus ja ravivajadus seda põhjendavad, vaid säilitab pakkumuse esitamise ajal kujunenud matemaatilise eelise.

Seetõttu ei kujune reservi jagamine enam lepingu täitmise käigus ilmnenud objektiivsete asjaolude alusel, vaid säilitab pakkumuse esitamise ajal kujunenud matemaatilise jaotussüsteemi mõju. Hankija ei ole põhjendanud, millist eesmärki teenib see, et sama koefitsiendi mõju kandub edasi ka reservi jagamisele.

4.5.2. Pakkumuse esitamise ajal valitud koefitsiendi säilitamine reservi jagamisel tähendab, et reserv ei kujune enam lepingu täitmise käigus ilmnenu asjaolude alusel, vaid esialgse ravijuhtude jaotuse tulemusel. Sisuliselt kasutatakse sama koefitsiendi kahel erineval eesmärgil: esialgse ravi rahastamise lepingu mahu kujundamisel ning seejärel reservi jagamisel. Koefitsiendi mõju lepingu mahu kujunemisel suureneb veelgi, kuigi koefitsient ei kirjelda jätkuvalt pakkuja tegelikku võimekust, teenuse kvaliteeti ega lepingu täitmise käigus ilmnenu asjaolusid. Sellise regulatsiooni tulemusena ei pruugi täiendav ravijuhtude maht jõuda nende teenuseosutajateni, kelle juures on lepingu täitmise käigus tegelikult tekkinud suurem ravivajadus või kes on tõendanud oma suutlikkust suuremat ravimahtu teenindada, vaid nende teenuseosutajateni, kelle pakumuses sisaldus soodsam koefitsient. Niisugune lahendus ei võimalda kontrollida, kas reservi jagamisel kasutatakse tegelikult neid kriteeriume, mis kõige paremini teenivad tervishoiuteenuse kättesaadavuse eesmärki.

4.5.3. Korra tulemusena võib kujuneda olukord, kus kaks võrdse tegeliku võimekusega teenuseosutajat saavad erineva ravi rahastamise lepingu mahu üksnes seetõttu, et pakkusid erineva koefitsiendi. Samal ajal võib teenuseosutaja, kes on lepingu täitmise käigus tegelikult ravinud rohkem patsiente ning tõendanud oma suutlikkust suuremat ravimahtu teenindada, jääda väiksema lepingu mahuga üksnes seetõttu, et pakkus kõrgema koefitsiendi. Selline tulemus ei põhine objektiivsetel erinevustel teenuse osutamisel, vaid üksnes pakumuse esitamisel tehtud majanduslikel valikutel.

4.6. Ületöö täielik arvestamata jätmine moonutab tegelikku teenuse osutamise mahtu

4.6.1. Korra kohaselt ei arvestata lepingu täitmise hindamisel lepingu mahtu ületanud raviarveid (ületööd). Lepingu täitmine peab andma Hankijale võimalikult objektiivse ülevaate sellest, millises mahus teenust tegelikult osutati ning milline oli tegelik ravivajadus lepingu kehtivuse ajal. Ületöö kajastab olukorda, kus teenuseosutaja on tegelikult ravinud rohkem patsiente, kui ravi rahastamise leping ette nägi, mistõttu iseloomustab ületöö vähemalt osaliselt nii tegelikku ravivajadust kui ka teenuseosutaja tegelikku suutlikkust osutada tervishoiuteenuseid suuremas mahus.

4.6.2. Hankija on otsustanud jätta ületöö järgmise perioodi ravi rahastamise lepingu kujundamisel täielikult arvestamata. Selle tulemusena käsitletakse võrdsena teenuseosutajaid, kelle tegelik teenuse osutamise maht võis lepingu täitmise käigus olla oluliselt erinev. Ravimahu ümberjagamisel peaks Hankija arvestama kõiki ravijuhtumeid, sh ületööd.

4.6.3. Kui Hankija eesmärk on kujundada järgmise perioodi ravi rahastamise lepingu maht võimalikult objektiivsete andmete põhjal, siis ei ole põhjendatud jätta tegelikult osutatud teenuse maht tähelepanuta.

4.7. Kvalifitseerimise tingimuste ajaline ulatus ei ole üheselt mõistetav

Kvalifitseerimise tingimuse kohaselt peab pakkuja olema *hanke väljakuulutamise otsuse tegemise päevale eelneval 12 kuul osutanud ambulatoorseid ortopeediateenuseid vähemalt 50 korral*. Samas kasutatakse teiste tingimuste puhul ajaperioodi kirjeldamiseks sõnastust *hanke väljakuulutamise otsuse kalendrikuule eelneva 12 kalendrikuu jooksul*. Seega kasutab Hankija RHAD-is kahte erinevat ajaperioodi määramise viisi.

4.8. 21.07.2026 esitas Vaidlustaja täiendavad seisukohad.

4.8.1. Hankija vastus keskendub peamiselt kaalutusõiguse olemasolule, kuid ei vasta sisuliselt Vaidlustaja etteheidetele. Hankija selgitab küll uuringute ja protseduuride olulisust ortopeedia erialal, kuid ei põhjenda, miks nende suhteline osakaal võimaldab hinnata teenuse kvaliteeti või miks just selline hindamiskriteerium on riigihanke eesmärgi saavutamiseks sobiv ja

5 (21)

proportsionaalne.

4.8.2. Vaidlustatakse seda, et koefitsient mõjutab ravijuhtude jaotust. Hankija põhjendab, miks hind on oluline, kuid ei selgita, miks peab hind mõjutama ravijuhtude mahtu just koefitsiendi kaudu. Samuti mõonab Hankija ise, et koefitsient ei suurenda teenuseosutaja tegelikku ravivõimekust, vaid mõjutab üksnes ravijuhtude jaotust.

4.8.3. Hankija ei ole põhjendanud, miks peab reservi jagamisel jätkuvalt arvestama pakkumuses esitatud koefitsiendiga, mitte lepingu täitmise käigus ilmnenu tegelike ja objektiivsete asjaoludega. Samuti ei õigusta üksnes hüpoteetiline kuritarvitamise oht ületöö täielikku välistamist.

4.8.4. Hankija ei ole piisavalt põhjendanud, miks just vaidlustatud hindamiskriteeriumid ja ravijuhtude jaotamise mehhanismid on Riigihanke eesmärgi saavutamiseks sobivad, vajalikud ja proportsionaalsed. Ka sotsiaal- ja eriteenuste erimenetluses tuleb kontrollida, kas Hankija on vaidlustatud tingimuste kehtestamisel tuginenud asjakohastele kaalutlustele ning kas tingimused on objektiivselt põhjendatud ja üldpõhimõtetega kooskõlas.

4.8.5. Uuringute ja protseduuride kvaliteedikriteerium

4.8.5.1. Hankija kirjeldab vastuses vaidlustusele, miks uuringud ja protseduurid võivad olla patsiendi ravis vajalikud, kuid sellest ei järeldu, et nende osakaal teenuste kogumahust võimaldaks hinnata teenuse kvaliteeti. Hankija samastab uuringute ja protseduuride tegemise vajaduse nende osakaalu kasutamisega kvaliteedinäitajana. Need on kaks erinevat küsimust. Vaidlustaja ei ole vaidlustanud uuringute ega protseduuride olulisust ortopeedia erialal vaid seda, et nende osakaal kõigist teenustest võimaldaks usaldusväärselt hinnata teenuse kvaliteeti.

4.8.5.2. Hankija ei vasta peamisele väitele, et uuringute ja protseduuride osakaalu võivad mõjutada mitmed muud objektiivsed asjaolud, mis ei sõltu teenuse kvaliteedist. Hankija ei selgita, miks nimetatud asjaolud ei moonuta hindamist ega miks võib vaatamata nendele teguritele pidada uuringute ja protseduuride osakaalu kvaliteedi objektiivseks mõõdikuks. Lisaks ei ole Hankija esitanud ühtegi analüüsi, uuringut ega muud objektiivset põhjendust, millest nähtuks, et uuringute ja protseduuride osakaalu ning teenuse kvaliteedi vahel esineb tegelik seos. Sisuliselt taandub Hankija põhjendus väitele, et kuna uuringud ja protseduurid on ortopeedia erialal olulised, võib nende osakaalu kasutada kvaliteedinäitajana. Selline põhjendus ei võimalda kontrollida, kas valitud hindamiskriteerium on sobiv mõõtma seda eesmärki, milleks see kehtestati.

4.8.5.3. Hankija väidab, et kui teenuseosutaja teeb uuringuid eriala tavapärase praktikaga võrreldes väga vähe, suureneb ebatäpse diagnoosi ja sobimatu ravikäsitlemise risk. Väide on põhjendamata. Tegemist on üldise väitega, mis ei tõenda, et hindamiskriteerium mõõdab usaldusväärselt teenuse kvaliteeti.

4.8.6. Koefitsiendi kasutamine

4.8.6.1. Hankija põhjendab vastuses vaidlustusele üksnes seda, miks madalama hinnaga teenuse ostmine võib olla majanduslikult otstarbekas. Sellest ei tulene aga, et madalama hinnaga pakkumine peaks automaatselt kaasa tooma suurema ravijuhtude mahu. Teenuse hinna arvestamine ja ravijuhtude mahu kujundamine on kaks erinevat küsimust.

4.8.6.2. Vaidlustatud koefitsiendi kasutamise mehhanism ei ole kooskõlas RHS §-i 3 üldpõhimõtetega. Kuigi Hankija on põhjendanud vajadust arvestada teenuse hinnaga, ei ole ta põhjendanud, miks peab hind mõjutama ravijuhtude jaotust just koefitsiendi kaudu ega miks on selline lahendus Riigihanke eesmärgi saavutamiseks sobiv, vajalik ja proportsionaalne. Hankija

ei ole ka selgitanud, miks on õigustatud erinev ravijuhtude jaotus olukorras, kus koefitsient ei kirjelda teenuseosutaja tegelikku ravivõimekust.

4.8.6.3. Hankija möönab ise, et koefitsient ei kirjelda teenuseosutaja tegelikku ravivõimekust. See kinnitab Vaidlustaja seisukohta, et koefitsiendi kasutamine muudab ravijuhtude jaotust teguri alusel, mis ei kirjelda teenuseosutaja tegelikku suutlikkust tervishoiuteenuseid osutada. Hankija ei ole ümber lükanud Vaidlustaja peamist väidet, et koefitsiendi kasutamise vajalikkus ja proportsionaalsus ravijuhtude jaotamisel ei ole piisavalt põhjendatud. Vaidlustaja ei vaidle sellele vastu, et teenuse hinda võib ravi rahastamise lepingu sõlmimisel arvesse võtta, kuid Hankija ei vasta jätkuvalt küsimusele, miks peab teenuse hind mõjutama ravijuhtude mahtu just vaidlustatud mehhanismi kaudu ning miks on selline lahendus Riigihanke eesmärgi suhtes põhjendatud ja proportsionaalne.

4.8.7. Reserv ja ületöö

4.8.7.1. Reservi eesmärk on võimaldada ravijuhtude ümberjaotamist olukorras, kus lepingu täitmise käigus ilmnevad tegelikud erinevused ravivajaduses ja teenuse osutamises. Sellest tulenevalt peaks reservi jagamise aluseks olema eelkõige lepingu täitmise käigus ilmnenu objektiiivsed asjaolud. Hankija põhjendab koefitsiendi kasutamist reservi jagamisel üksnes sellega, et teenuse hind peab mõjutama kogu lepingu jooksul ostetavat mahtu. Sisuliselt tähendab see, et pakkumuse esitamisel määratud koefitsient ei mõjuta üksnes ravijuhtude esialgset jaotust, vaid jääb mõjutama ka kogu lepinguperioodi jooksul reservist täiendavalt jaotatavaid ravijuhte. Seega omandab pakkumuse esitamisel kujunenud hinnakomponent püsiva mõju ka hilisematele jaotamisotsustele. Hankija ei põhjenda, miks peab esialgsel hinnapakumisel olema määrav mõju ka reservi jagamisel, mille eesmärk on reageerida lepingu täitmise käigus ilmnenu olukorrale.

4.8.7.2. Hankija leiab, et ületöö arvestamine looks teenuseosutajatele motivatsiooni osutada võimalikult palju ületööd eesmärgiga saada järgmisel perioodil suurem lepingumaht. Samas ei põhjenda Hankija, miks peaks selline võimalik motivatsioon õigustama ületöö täielikku arvestamata jätmist. Ületöö ei ole tasuta osutatud teenus, vaid selle eest makstakse teenuseosutajale tasu täies ulatuses. Seega kajastab ületöö tegelikult osutatud ja rahastatud raviteenust ning olemasolevat ravivajadust. Üksnes võimalik kuritarvitamise oht ei saa iseenesest õigustada ületöö täielikku välistamist kõigi teenuseosutajate suhtes.

4.8.7.3. Tõsi - ületöö ei pruugi igal üksikjuhul kajastada teenuseosutaja püsivat ravivõimekust. Vaidlustaja etteheide seisneb aga selles, et Hankija on otsustanud ületöö arvestusest täielikult välistada, analüüsimata, kas ja millises ulatuses võiks ületöö kajastada tegelikku ravivajadust ning olla üks asjakohastest asjaoludest ravimahu kujundamisel. Vaidlustaja hinnangul on õigusvastane ületöö täielik välistamine olukorras, kus see võib kajastada tegelikku ravivajadust ja teenuseosutaja tegelikku töökoormust.

4.8.8. Hankija leiab, et erimenetluses RHS § 85 ei kohaldu, kuna erimenetluse korras on selle sätte kohaldamine välistatud. Vaidlustuse koostamise ajal ei sisaldanud RHAD sellist välistust. Tehtud muudatus ei muuda vaidlustuse sisu ega esitatud etteheiteid, kuna Vaidlustaja seisukoht ei põhine üksnes RHS §-il 85, vaid eelkõige sellel, et vaidlustatud hindamiskriteeriumid ja ravijuhtude jaotamise kord on vastuolus RHS §-i 3 üldpõhimõtetega, eeskätt võrdse kohtlemise, proportsionaalsuse ja läbipaistvuse põhimõtetega.

5. Hankija, **Tervisekassa**, vaidleb vaidlustusele vastu.

5.1. Riigihange viiakse läbi sotsiaal- ja eriteenuste erimenetlusena, milles määrab hankija ise menetluskorra (RHS § 126 lg 2). Seadus ei sätesta kindlaid nõudeid, kui põhjalik peaks RHAD-is määratav erimenetluse kord olema ja milliseid küsimusi tuleks selles tingimata

reguleerida. Vaidlustaja arvates on hindamise kriteeriumid vastuolus RHS §-iga 85, kuid Korra p 8.1.1 ütleb, et Hankija ei kohalda RHS §-i 85.

5.2. Arvestada tuleb Hankija eriti ulatusliku kaalutlusruumiga.

Ringkonnakohus on selgitanud, võib hankija erimenetluses sätestada ka selliseid hindamiskriteeriume, mis on vastuolus RHS §-is 85 sätestatud põhimõtetega: *Kuid ka juhul, kui lugeda näidismenetluse pakkuja kvalifitseerimise tingimuseks, ei oleks praeguses hankes sotsiaal- ja eriteenuste erimenetluses keelatud näha RHADis ette pakkumuse hindamise kriteeriume erinevalt RHS § 85 lg-s 1 sätestatust (RHS § 126 lg 7). [---] Ringkonnakohus ei näe, et toodud normist või muust sättest tuleneks vastustajale keeld näha RHADis ette pakkumuste hindamise kriteeriumid kaldudes kõrvale RHS § 85 lg-s 1 riigihankemenetlustele üldiselt kehtestatud reeglitest.*¹

Õiguskirjanduses on selgitatud, et eriteenuste puhul ei saa hankijalt eeldada, et ta hindab pakkumuse majanduslikku soodsust: *Sotsiaal- ja eriteenuste tellimisel domineerib tihti vajadus sõlmida hankeleping eelkõige usaldusväärse, mitte tingimata majanduslikult soodsaima pakkumuse teinud pakkujaga. Hankemenetluse reeglite täiemahuline rakendamine oleks sotsiaal- ja eriteenuste puhul liialt koormav ning ebatõhus.*²

Eelnevast tulenevalt on vaidlustuse väited enamikus asjakohatud. Vaidlustaja argumenteerib RHAD-i õigusvastasust sätte alusel, mis vaidlusaluses erimenetluses ei kohaldu. Asjakohased on üksnes need argumendid, mis tuginevad RHS §-is 3 sätestatud üldpõhimõtetega.

Riigikohus on rõhutanud, et rahvatervise valdkonnas on hankijal eriti suur kaalutlusruum hanketingimuste kehtestamiseks: *Rahvatervise valdkonnas kohaldatakse proportsionaalsuse põhimõtet siiski erilisel moel, arvestades asjaolu, et inimeste elu ja tervis on Euroopa Liidu toimimise lepinguga kaitstud hüvede ja huvide hulgas esikohal, ning seda, et liikmesriigid võivad otsustada, millisel tasemel nad kavatsevad rahvatervise kaitse tagada ja kuidas selline tase saavutatakse; sellega seoses tuleb tunnustada liikmesriikide kaalutlusruumi olemasolu (Roche Lietuva, p 42; C-296/15 Medisanus, p 82).*³

5.3. Ravikindlustuse seadus (edaspidi RaKS) ja Riigikohtu lahendid nr 3-3-1-81-07 ja 3-3-1-29-12 käsitlevad Tervisekassa ravi rahastamise lepingupartnerite valikut. Neist tuleneb õiguslik raamistik, millest tuleb lähtuda ka käesolevas asjas hindamiskriteeriumide ja ravijuhtude jaotamise korra kontrollimisel. Riigikohus on selgitanud, et RaKS § 36 lg 4 alusel kehtestatud ravi rahastamise lepingu sõlmimise asjaolude hindamise alused kujutavad endast Tervisekassa kaalutlusõiguse teostamist suunavat halduseeskirja.

Kohtuliku kontrolli ese saab olla see, kas Hankija valitud hindamise ja ravijuhtude jaotamise alused põhinevad ratsionaalsetel kaalutlustel. Kohtulik kontroll ei saa hõlmata Hankija asemel uue või menetleja arvates otstarbekama hindamissüsteemi kujundamist. Vaidlustuse rahuldamiseks ei piisa sellest, et Vaidlustaja peab võimalikuks mõnda teistsugust või enda jaoks soodsamat lahendust.

5.4. Uuringute ja protseduuride osakaalu hindamine on õiguspärane

5.4.1. Erimenetluses pole Hankija kohustatud arvestama pakkumuste hindamisel üksnes pakkumuse majanduslikku soodsust. Hindamiskriteerium 3.1C on siiski kehtestatud lähtuvalt teenuse osutamise kvaliteedist ja tingimustest (RaKS § 36 lg 4 p 2).

5.4.2. Vaidlustaja lähtub ekslikust eeldusest, et teenuse kvaliteeti saab hinnata üksnes ravitulemuse, patsiendi tervisetulemuse, rahulolu või ravijuhiste järgimise kaudu. Tervishoiuteenuse kvaliteet hõlmab ka teenuseosutaja diagnostilist ja protseduurilist võimekust ning suutlikkust pakkuda patsiendile terviklikku raviteekonda. Üks hindamiskriteerium ei pea

¹ TlnRnKo 3-26-911, p 21.

² Riigihangete seaduse kommenteeritud väljaanne (§ 124), p 4.

³ RKHKo 3-20-718, p 15.2.

hõlmama kõiki võimalikke kvaliteediaspekte. Hindamiskriteerium 3.1C hindab üht konkreetset kvaliteediaspekti.

5.4.3. Hindamiskriteerium 3.1C määratleb arvestatavad uuringud ja protseduurid viitega Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu 4. ptk-le „Uuringud ja protseduurid“. Seega on tegemist loetelupõhise määratlusega. Uuringu või protseduurina arvestatakse teenust, mille teenusekood kuulub nimetatud peatükki. See tagab, et hinnatav näitaja on kõigi pakkujate puhul üheselt määratletud ja objektiivselt kontrollitav.

5.4.4. Ortopeedia erialal on uuringute ja protseduuride tegemine ambulatoorse teenuse sisuline osa. Olukord, kus teenuseosutaja teeb valdavalt eriarsti vastuvõtte, kuid uuringuid ja protseduure üksnes vähesel määral, annab põhjuse kahelda patsiendile pakutava teenuse kvaliteedis ja terviklikkuses:

1) röntgenuuring on sageli vajalik luumurdude, luuliste deformatsioonide ja muude luuliste muutuste tuvastamiseks või välistamiseks. Liigeste, kõõluste ja muude pehmete kudede kahjustuste täpsustamisel võib olla vajalik magnetresonantstomograafia, kompuutertomograafia, ultraheliuuring või teatavatel juhtudel diagnostiline artroskoopia. Uuringud võimaldavad hinnata kahjustuse olemust ja ulatust ning otsustada, kas piisab konservatiivsest ravist või on vajalik operatiivne sekkumine. Kui teenuseosutaja teeb valdavalt eriarsti vastuvõtte, kuid uuringuid eriala tavapärase praktikaga võrreldes väga vähe, suureneb ebatäpse diagnoosi ja sobimatu ravikäsitluse risk;

2) protseduuride tegemine on ortopeediateenuse kvaliteedi ja terviklikkuse osa. Ortopeedilise vastuvõtuga võivad kaasneda nt sidumised, kipsi paigaldamine, punktsioonid, võõrkehade eemaldamine, mädakollete avamine ning muud väiksemad kirurgilised sekkumised. Patsiendi raviteekond on terviklikum, kui teenuseosutaja suudab vajalikud protseduurid ise teha. Vajadus suunata patsient tavapärase protseduuri tegemiseks teise teenuseosutaja juurde killustab raviteekonda, koormab patsienti, võib põhjustada ravi viibimist ja suurendada ravikindlustuse kulusid.

Hindamiskriteerium 3.1C võimaldab seega hinnata pakkuja diagnostilist ja protseduurilist võimekust ning teenib patsiendile kvaliteetse ja tervikliku ravi tagamise eesmärki.

5.4.5. Hindamiskriteerium 3.1C ei lähtu eeldusest, et mida rohkem uuringuid ja protseduure pakkuja teeb, seda kvaliteetsem on tema teenus. Maksimaalsed 10 punkti saab pakkuja juba siis, kui tema uuringute ja protseduuride osakaal on vastava eriala keskmisega võrdne, sellest suurem või kuni 10% madalam. Kui osakaal on eriala keskmisest kuni 20% madalam, saab pakkuja 5 punkti. Null punkti saab üksnes pakkuja, milles osakaal on eriala keskmisest rohkem kui 20% madalam. Hindamiskriteerium 3.1C tuvastab seega eriala tavapärasest praktikast olulisel määral madalama uuringute ja protseduuride osakaalu. Eriala keskmisest suurem osakaal täiendavat eelist ei anna. Seetõttu ei motiveeri hindamiskriteerium pakkujaid tegema meditsiiniliselt põhjendamatuid uuringuid ega maksimeerima uuringute ja protseduuride arvu.

5.4.6. Vaidlustaja on üksnes üldiselt loetlenud asjaolusid, mis võivad uuringute ja protseduuride osakaalu mõjutada ega ole näidanud, et Hindamiskriteerium 3.1C seaks mõne pakkujate rühma põhjendamatult ebasoodsasse olukorda või et eriala keskmisest rohkem kui 20% madalam osakaal ei saaks olla seotud teenuse diagnostilise ja protseduurilise võimekusega. Võimalus, et näitajat mõjutab mitu asjaolu, ei välista selle näitaja kasutamist ühe teenuse kvaliteeti iseloomustava asjaoluna.

5.4.7. Hindamiskriteerium 3.1C ei hinda kauges minevikus omandatud kogemust vaid arvesse võetakse Riigihanke väljakuulutamise otsuse tegemise kalendrikuule vahetult eelnenud 12 kalendrikuu andmeid, seejuures võrreldakse pakkuja näitajat sama eriala kõigi tervishoiuteenuse osutajate näitajaga. Need andmed kajastavad pakkuja hiljutist ja tegelikku teenuseosutamist

mudelit, olemasolevat diagnostilist võimekust ning töökorraldust. Tegelikult osutatud teenuste andmed võimaldavad hinnata pakkuja võimekust objektiivsemalt kui üksnes pakkumuses esitatud üldine kinnitus tulevase teenuse kvaliteedi kohta.

5.4.8. Vaidlustaja väide, et Hindamiskriteerium 3.1C ei mõõda ravitulemust, patsiendi rahulolu, teenuse kättesaadavust ega kõiki teisi kvaliteedinäitajaid, ei tõenda selle hindamiskriteeriumi sobimatust. Pakkumusi hinnatakse mitme kriteeriumi alusel. Teiste hindamiskriteeriumidega hinnatakse muu hulgas arstide pädevushindamist, kirurgiliste erialade arstide operatsioonide tegemist, teenuse osutamist õhtuti ja nädalavahetusel, digiregistratuuri kasutamist, õe iseseisva vastuvõtu osutamist ning röntgenograafia tegemise võimalust samas hoones. Hindamiskriteerium 3.1C täiendab neid näitajaid, hinnates teenuse diagnostilist ja protseduurilist terviklikkust.

5.5. Hindamiskriteeriumi 3.1C kaal on proportsionaalne

5.5.1. RHS ei näe ette, millise osakaalu peab hankija mingile hindamise kriteeriumile andma, seda isegi mitte avatud hankemenetluse puhul. Tegemist on otstarbekuse küsimusega, mis ei allu kohtulikule kontrollile.

5.5.2. Hindamiskriteeriumi 3.1C alusel antavad 10 punkti ei ole ka sisuliselt ebaproportsionaalse kaaluga. Ortopeedia eriala pakkumusel on võimalik saada kokku kuni 66 punkti. Hindamiskriteerium 3.1C moodustab sellest ligikaudu 15%. Hindamiskriteerium 3.1C on üks mitmest kvaliteedinäitajast ega otsusta iseseisvalt pakkumuste paremusjärjestust. Selle mõju tuleb hinnata koos kogu hindamismetoodikaga. Arvestades, et ebapiisav diagnostika võib kaasa tuua ebatäpse diagnoosi ning protseduuride tegemise võimekuse puudumine võib killustada patsiendi raviteekonda, on Hankijal põhjendatud alus omistada sellele kvaliteediaspektile 10-punktiline kaal.

5.5.3. Hindamiskriteeriumi 3.1C proportsionaalsust toetab asjaolu, et see ei piira ettevõtja võimalust Riigihankes osaleda ega tingi pakkumuse tagasilükkamist. Pakkuja võib esitada pakkumuse ka juhul, kui tema uuringute ja protseduuride osakaal on eriala keskmisest oluliselt madalam. Riigihankes osalevatel pakkujatel puudub subjektiivne õigus nõuda, et Hankija kehtestaks tingimused, mis nende huve enim tagaks.

5.5.4. Iga riigihanget tuleb vaadelda iseseisvalt ning varasemates riigihangetes kehtestatud alusdokumentidest ei tulene mingeid kohustusi nendega arvestamiseks hilisemates riigihangetes.

5.6. Koefitsiendi arvestamine ravijuhtude jaotamisel on õiguspärane

5.6.1. Koefitsient väljendab pakkuja pakutavat teenuse hinda võrreldes Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelus sätestatud piirhinnaga. Koefitsient 1 tähendab teenuse osutamist piirhinnaga ning koefitsient 0,90 tähendab teenuse osutamist piirhinnast 10% madalama hinnaga. Koefitsiendi alusel arvutatav võimendus on seega hinna mõju väljendav matemaatiline komponent. RaKS § 36 lg 4 p-i 3 kohaselt hindab hankija ravi rahastamise lepingu sõlmimise ja lepingu tähtaja üle otsustamisel teenuse hinda. Seadusandja on seega pidanud teenuse hinda kriteeriumiks, mida hankija saab ravi rahastamise lepingute sõlmimisel arvestada. Teenuse hind on riigihangetes tavapärane ja keskne majanduslik näitaja ning mõjutab valdavas osas riigihangetest pakkumuste paremusjärjestust või hankemahu jaotust. Kuna piirhind tuleneb õigusaktidest, pole võimalik hinda arvestada klassikalisel viisil, küsides teenuse hinda, vaid ongi vaja kasutada koefitsienti.

5.6.2. Hankija otsustus arvestada pakkumuste hindamisel koefitsienti on otstarbekuse küsimus ega allu kohtulikule kontrollile.

5.6.3. Vaidlustaja käsitus põhineb ekslikul eeldusel, et iga ravijuhtude jaotamist mõjutav näitaja peab kajastama teenuseosutaja ravivõimekust. Koefitsiendi eesmärk on võtta ravijuhtude jaotamisel arvesse teenuse hinda. Kaks sama ravivõimekusega pakkujat, kes pakuvad erineva hinnaga teenust, ei ole ravijuhtude majandusliku jaotamise seisukohalt samas olukorras. Madalama koefitsiendi pakkunud teenuseosutaja osutab iga ravijuhu puhul teenust Tervisekassale madalama hinnaga. Erineva mahu eraldamine põhineb sellisel juhul objektiivsel erinevusel pakkumuste vahel ehk teenuse hinnal.

5.6.4. Vaidlustaja ei selgita, miks peaks tervishoiuteenuste hankimisel hind jääma pärast pakkumuste hindamist ravijuhtude jaotamisel sisulise mõjuta. Riigihankes sõlmitakse ravi rahastamise leping mitme teenuseosutajaga ning Hankija peab jagama piiratud ravijuhud nende vahel. Sellises mudelis realiseerub hinnapakkumise majanduslik kasu eelkõige selle kaudu, et madalama hinnaga teenust pakkunud teenuseosutajale saab tema tegeliku ravivõimekuse piires eraldada suurema osa ravijuhtudest. Kui koefitsienti arvestatakse üksnes hindepunktide andmisel ja sellel puuduks mõju ravijuhtude jaotusele, võiks madalama hinna pakkumise praktiline väärtus jääda väga väikeseks. Hankija maksaks endiselt suure osa teenuste eest kõrgemat hinda, kuigi mõni pakkuja on valmis osutama sama nõuetele vastavat teenust madalama hinnaga. Selline tulemus vähendaks pakkujate motivatsiooni teha soodsama hinnaga pakkumusi ning piiraks Hankija võimalust kasutada ravikindlustusraha säästlikult.

5.6.5. Koefitsiendist tulenev võimendus ei tähenda, et pakkuja tegelik ravivõimekus suureneks. Korra p-i 10.7.1 alapunkti 1 kohaselt sõltub suurim lepingu maht alati pakkuja võimekusest. Pakkuja võimekus määratakse arstide koormuse ja seda tagava vastuvõturuumide võimekuse alusel ning p-i 10.7.2.4 kohaselt on ühe täiskoormusega arsti kohta antavate ravijuhtude arv piiratud riigihanke väljakuulutamise otsuses sätestatud maksimaalse arvuga. Koefitsienti kasutatakse nende piirangute raames pakkujate suhtelise osakaalu kujundamiseks.

5.6.6. Koefitsiendi kasutamise eesmärk on tagada ravikindlustusraha võimalikult säästlik kasutamine ning osta olemasoleva eelarve piires võimalikult palju nõuetele vastavaid tervishoiuteenuseid. RHS § 3 p-is 5 sätestatud rahaliste vahendite säästliku ja otstarbeka kasutamise põhimõte toetab teenuse hinna arvestamist ka ravijuhtude jaotamisel. Tervisekassa eelarve puudujääk ja riiklik kokkuhoiueesmärk ei ole koefitsiendi õiguspärasuse ainus alus. Need asjaolud kinnitavad, et hinnaga arvestamine teenib tegelikku ja olulist avalikku huvi. Madalama hinnaga teenuseosutajale tema ravivõimekuse piires suurema mahu suunamine aitab säilitada ravijuhtude kogumahtu ning vähendada riski, et eelarvepiirangute tõttu tuleb tulevikus teenuste kättesaadavust vähendada.

5.7. Koefitsiendi arvestamine reservi jagamisel on põhjendatud

5.7.1. Ka reservist eraldatavad ravijuhud kujutavad endast Riigihanke esemeks oleva tervishoiuteenuse ostmist. Pakkuja pakkumuses esitatud koefitsient kehtib kogu lepinguperioodil ning määrab hinna, mida Hankija maksab ka reservist lisatava mahu eest. Teenuse hinna tähendus ei kao seetõttu, et ravijuhud eraldatakse esialgse jaotuse asemel hiljem reservist. Koefitsiendi arvestamata jätmine reservi jagamisel vähendaks hinna mõju lepingu täitmise jooksul ning võiks muuta esialgu pakutud allahindluse majandusliku kasu osaliselt näiliseks. Koefitsiendi järjepidev arvestamine tagab, et madalama hinna pakkumus mõjutab kogu selle mahu jaotust, mille Hankija sama Riigihanke ja lepingute alusel ostab.

5.7.2. Reservi jagamisel arvestatakse koefitsiendi kõrval teenuseosutaja tegelikku lepingutäitmist ja ravitud isikute arvu. Koefitsient ei asenda neid näitajaid, vaid lisab reservi jaotamisele teenuse hinna mõõtme. Seega võtab reservi jaotamise kord arvesse nii tegelikku teenuseosutamist kui ka Tervisekassa jaoks teenuse ostmise maksumust. Korra p-i 10.7.3 alapunkti b kohaselt ei ole pakkuja pakkumuses näidatud ravivõimekus reservi jaotamise iseseisev alus. Reservi jaotamisel

leitakse teenuseosutaja turuosa, mille komponendid on võrdse kaaluga lepingu täitmine rahas ja ravitud isikute arv, ning turuosa korrigeeritakse pakkumuses esitatud koefitsiendist tuleneva võimendusega. Seega sõltub reservist saadav ravijuhtude maht RHAD-is ette nähtud tegeliku lepingutäitmise, ravitud isikute arvu ja pakutud hinna näitajatest.

5.8. Ületöö arvestamata jätmise ravimahu jaotamisel on põhjendatud

5.8.1. Vaidlustaja samastab alusetult tegelikult osutatud teenuse mahu teenuseosutaja objektiivse ravivõimekuse ja tulevase ravivajadusega. Ületöö tähendab teenuseid, mida teenuseosutaja on osutanud üle ravi rahastamise lepingus kokku lepitud ravijuhtude mahu. Ületöö näitab, et teenuseosutaja on konkreetsel perioodil osutanud kokkulepitust rohkem teenuseid, kuid sellest ei saa järeldada püsivat ravivajadust ega teenuseosutaja jätkusuutlikku ravivõimekust.

5.8.2. Ravi rahastamise lepingus määratud maht väljendab Hankija otsust, millises ulatuses ostetakse konkreetselt teenuseosutajalt tervishoiuteenuseid avalikest vahenditest. Teenuseosutaja ühepoolne otsus osutada teenuseid üle kokkulepitud mahu ei saa siduda Hankijat ega tekitada teenuseosutajale õigust suuremale lepingumahule järgmisel perioodil. Hankija otsus juhindub otstarbekusest, mis ei allu kohtulikule kontrollile.

5.8.3. Ületöö arvestamine tulevase lepingumahu kujundamisel annaks eelise teenuseosutajale, kes ületas talle eraldatud mahu, võrreldes teenuseosutajaga, kes järgis lepingus kokku lepitud mahtu. See looks teenuseosutajatele ka majandusliku stiimuli teha võimalikult palju ületööd eesmärgiga saada järgmisel perioodil suurem lepingumahu. Tulevaste ravijuhtude jaotus hakkaks nii osaliselt sõltuma teenuseosutajate endi ühepoolsetest otsustest, väheneks ravijuhtude jaotamise läbipaistvus ja kontrollitavus.

5.8.4. Ületöö ei kajasta tingimata teenuseosutaja püsivat võimekust. Ajutiselt suurem teenusemaht võib põhineda nt personali ületunnitööl, ajutisel töökorraldusel või teiste tegevuste vähendamisel. Pakkuja jätkusuutlik ravivõimekus tehakse Riigihankes eraldi kindlaks arstide töökoormuse, vastuvõturuumide võimekuse ja muude kontrollitavate näitajate alusel.

Ületöö automaatne ülekandmine järgmise perioodi lepingumahu piiraks ka Tervisekassa võimalust juhtida ravikindlustuse eelarvet. Iga lepingumahu ületamine tekitaks surve suurendada järgneva perioodi kohustusi sõltumata sellest, milline on eelarve, ravivajaduse jaotus teiste piirkondade ja teenuseosutajate vahel ning teiste lepingupartnerite suutlikkus teenust osutada.

5.8.5. Vaidlustaja väide, et tegelikult osutatud teenuse mahtu ei arvestata, on ebaõige. Järgmise perioodi lepingumahu sõltub eelneva perioodi lepingutäitmisest ning reservi jaotamisel arvestatakse nii lepingu täitmist rahas kui ka ravitud isikute arvu. Arvestusest jäetakse välja üksnes teenuseosutaja enda otsusel üle kokkulepitud lepingumahu osutatud teenused. Tegelikult lepingutäitmist ja ravitud isikute arvu arvestatakse ravijuhtude edasisel jaotamisel ulatuslikult (Korra p 10.7.3).

5.9. Kvalifitseerimise tingimuste ajaline ulatus on üheselt mõistetav

5.9.1. Korra p-ides 5.1.9 kuni 5.1.12 sätestatud ortopeediateenuste osutamise kogemuse nõuete puhul arvestatakse Riigihanke väljakuulutamise otsuse tegemise päevale eelnenud 12 kuud. Korra p-is 5.1.13 sätestatud e-konsultatsioonide nõude puhul arvestatakse Riigihanke väljakuulutamise otsuse tegemise kalendrikuule eelnenud 12 kalendrikuud.

Riigihanke väljakuulutamise otsus tehti 16.06.2026. Seega hõlmab sõnastus *hanke väljakuulutamise otsuse tegemise päevale eelneval 12 kuul* perioodi 16.06.2025 kuni 15.06.2026. Sõnastus *hanke väljakuulutamise otsuse tegemise kalendrikuule eelneva 12 kalendrikuu jooksul* hõlmab perioodi 01.06.2025 kuni 31.05.2026. Mõlemad perioodid on RHAD-i sõnastuse alusel objektiivselt kindlaksmääratavad.

Tegemist on eraldiseisvate kvalifitseerimise tingimustega, mille ese ja täitmise viis on erinevad. RHS-ist ei tulene, et kõigi kvalifitseerimise tingimuste puhul peaks kasutama sama arvestusperioodi.

5.9.2. Vaidlustaja ei ole näidanud, kuidas erinevate tingimuste erinevad arvestusperioodid takistaksid pakkumuse koostamist või võimaldaksid Hankijal kvalifitseerimise tingimust pärast pakkumuste esitamist erinevalt sisustada. Mõlema perioodi lähtepunkt tuleneb Riigihanke väljakuulutamise otsusest ning nõuete täitmist kontrollitakse objektiivsete andmete alusel.

5.10. 24.07.2026 esitas Hankija täiendava seisukoha.

5.10.1. Ebaõige on Vaidlustaja väide, et Hankija on keskendunud üksnes kaalutlusõiguse olemasolule ega ole põhjendanud vaidlustatud tingimuste sobivust, vajalikkust ja proportsionaalsust. Hankija on põhjendanud Hindamiskriteeriumi 3.1C seost ortopeediateenuse diagnostilise ja protseduurilise terviklikkusega, koefitsiendi seost teenuse hinnaga, koefitsiendi rakendamise majanduslikku eesmärki ning reservi ja ületöö käsitlemise aluseid.

5.10.2. Hankija ei ole kohustatud kehtestama Vaidlustajale sobivaimat hindamismetoodikat. Riigikohus on pidanud kaalutlusveaks lähtumist sobimatutest või ebaõigetest asjaoludest, olulise asjaolu arvestamata jätmist ning kaalutlusõiguse mittetäielikku kasutamist, kuid Vaidlustaja ei näita ühegi sellise vea esinemist.

5.10.3. Vaidlustaja väidab, et Hankija ei ole hinnanud vaidlustatud tingimuste koosmõju, selgitamata, milles väidetav õigusvastane koosmõju seisneb.

Vaidlustatud tingimustel on erinevad ülesanded. Hindamiskriteerium 3.1C hindab üht teenuse kvaliteedi aspekti. Koefitsient kajastab teenuse hinda. Ravivõimekuse reeglid seavad lepingu mahu piirid. Reservi valem arvestab tegelikku lepingutäitmist, ravitud isikute arvu ja hinda. Hindamiskriteeriumide õiguspärasust ei saa analüüsida kogumis.

5.10.4. Hindamiskriteerium 3.1C on sobiv ja proportsionaalne

5.10.4.1. Vaidlustaja väidab ekslikult, et uuringute ja protseduuride osakaalu hindamine on RHS-iga vastuolus, kuna see ei näita teenuse kvaliteeti. Riigikohus on selle küsimuse juba lahendanud: *Kolleegium nõustub ringkonnakohtuga selles, et nii päevaravi tegevusloa nõude kui ka uuringute ja protseduuride osakaalu kriteeriumi arvestamine ravi rahastamiseks lepingupartneri leidmisel ei ole iseenesest asjakohatu, kuna need moodustavad ühe osa tervishoiuteenuse kvaliteedist. Samas ei pruugi need kriteeriumid igas olukorras olla ühtviisi oluliseks kaalumise aluseks, näiteks sõltumata sellest, millise eriarstiabi valdkonnaga või milliste teenuseosutajatega on tegemist.*⁴

Hankija ei ole uuringute ja protseduuride osakaalu kriteeriumit kohaldanud igas selle perioodi tervishoiuteenuse riigihankes. Hankija on hinnanud uuringute ja protseduuride osakaalu asjakohasust teenuseliikide kaupa. Hindamiskriteeriumi 3.1C kasutamine ortopeedia Riigihankes tuleneb ortopeedia ambulatoorse teenuse diagnostilisest ja protseduurilisest iseloomust.

5.10.4.2. Vaidlustaja väide, et uuringute ja protseduuride vajalikkusest ei tulene nende suhtelise osakaalu sobivus kvaliteedinäitajana, on ebaõige. Hindamiskriteerium 3.1C ei käsita iga uuringut või protseduuri iseseisva kvaliteedi tõendina. Kriteerium hindab pakkuja viimase 12 kuu tegeliku tegevuse põhjal, kas uuringute ja protseduuride osakaal erineb ortopeedia eriala tavapärasest praktikast olulisel määral. Absoluutarv sõltuks eeskätt pakkuja suurusest ja teenuste kogumahust ning eelistaks suuremaid teenuseosutajaid. Osakaal võimaldab võrrelda erineva suurusega pakkujate tegelikku teenuseosutamise mudelit. Pakkuja näitajat võrreldakse sama eriala kõigi

⁴ RKHKo 3-3-1-81-07, p 17.

teenuseosutajate näitajaga, mistõttu ei võrrelda ortopeedia teenuseosutajaid teiste erialade erineva kliinilise praktikaga.

5.10.4.3. Vaidlustaja väidab, et patsiendibaas, ravijuhtude keerukus ja muud asjaolud võivad mõjutada osakaalu. Hindamiskriteerium 3.1C arvestab selliste võimalike erinevustega ulatuslike tolerantisvahemike kaudu. Maksimaalsed punktid saab ka pakkuja, kelle näitaja on eriala keskmisest kuni 10% madalam. Pooled punktid saab pakkuja, kelle näitaja on eriala keskmisest kuni 20% madalam. Null punkti saab pakkuja, kelle uuringute ja protseduuride osakaal jääb eriala keskmisest rohkem kui 20% madalamaks. Kriteerium ei eelda, et kõik ortopeedia teenuseosutajad peaksid saavutama sama näitaja. Ka 12 kalendrikuu pikkune vaatlusperiood vähendab üksikute patsientide, lühiajaliste töökorralduslike muutuste ja juhuslike kõikumiste mõju. Kriteerium ei lähtu lineaarsest eeldusest, et iga täiendav uuring või protseduur suurendab kvaliteeti.

5.10.4.4. Teenuseosutaja suutlikkus käsitleda erineva ja keerukama ravivajadusega patsiente iseloomustab teenuse komplekssust ning seeläbi teenuse kvaliteeti. Kui teenuseosutaja suudab personali, seadmete või ruumide piiratud võimekuse tõttu käsitleda üksnes lihtsamaid ravijuhte ning peab keerukama haiguslooga patsiendid suunama teise teenuseosutaja juurde, on tema osutatava teenuse spekter kitsam. Keerukamad ortopeedilised ravijuhud võivad vajada rohkem ja kulukamaid uuringuid. Seetõttu võib ravijuhtude keerukuse mõju uuringute ja protseduuride osakaalule olla ise teenuse komplekssust kajastav asjaolu. Seega pole alust pidada hindamiskriteeriumi asjakohatuks.

5.10.4.5. Vaidlustaja käsitleb Hindamiskriteeriumi 3.1C ekslikult ravitulemuse vahetu mõõdikuna. Kriteerium ei pea tõendama konkreetse patsiendi ravitulemust ega olema teenuse kvaliteedi ainus näitaja. See hindab üht kvaliteedi aspekti koos teiste hindamise kriteeriumidega. Kriteerium moodustab maksimaalsest punktisummast ligikaudu 15%, ei takista pakkumuse esitamist ega too madalama näitaja korral kaasa pakkumuse tagasilükkamist.

5.10.4.6. Vaidlustaja väited ei anna alust järeldada, et Hindamiskriteerium 3.1C on meelevaldne. Kriteerium põhineb kõigi pakkujate suhtes samadel Tervisekassa andmetel, normaliseerib pakkujate suuruse erinevuse, kasutab erialapõhist võrdlusbaasi ning sisaldab tolerantisvahemikke. See tagab, et Hindamiskriteerium 3.1C on eesmärgi saavutamiseks sobiv, läbipaistev ja proportsionaalne.

5.10.5. Koefitsiendi kasutamine ravijuhtude jaotamisel on põhjendatud

5.10.5.1. Vaidlustaja väidab, et teenuse hinna arvestamine ja ravijuhtude mahu kujundamine on kaks eraldiseisvat küsimust ning hinnast ei tulene õigust mõjutada ravimahu jaotust. Vaidlustaja käsitus jätab arvestamata, et Hankija sõlmib lepingu mitme eduka pakkujaga ning peab jagama piiratud ravijuhud nende vahel. Sellises mudelis on ravimahu jaotus viis, mille kaudu pakkumuses pakutud hinna majanduslik mõju tegelikult realiseerub. RaKS § 36 lg 4 p 3 nimetab teenuse hinna sõnaselgelt ravi rahastamise lepingu sõlmimisel hinnatava asjaoluna. Kuna teenuse piirhind tuleneb õigusaktist, väljendub hinnakonkurents protsentuaalses allahindluses ehk koefitsiendis.

5.10.5.2. Õige ei ole Vaidlustaja väide, et Hankija ei ole põhjendanud koefitsiendi kaudu toimiva võimenduse valemi valikut. Hankija ei pea vaidlustusmenetluses õigustama poliitilist valikut. Vaidlustusmenetluses saab küsimus olla üksnes RHAD-i kooskõlast RHS-iga.

5.10.5.3. Madalama koefitsiendi majanduslik mõju tuleneb otseselt arvutusest. Sama teenuse eest makstav summa on koefitsiendi 0,90 korral 10% väiksem kui koefitsiendi 1 korral. Kui suurem osa ravijuhtudest suunatakse madalama koefitsiendiga pakkujale, väheneb nende ravijuhtude kogumaksumus. Koefitsiendi mõju on seejuures piiratud. Pakutav koefitsient jääb vahemikku

0,90 kuni 1 ning sellele vastav võimendus vahemikku 1 kuni 1,2. Võimendus ei suurenda pakkuja eraldatavat lepingumahtu automaatselt 20% võrra. Võimenduse abil suurendatakse üksnes pakkuja arvutuslikku kaalu, mille alusel võrreldakse teda teiste pakkujatega ja jagatakse nende vahel kindlaksmääratud ravijuhtude kogumaht. Pakkuja tegelik lepingumaht sõltub seetõttu ka teiste pakkujate võimekusest ja pakutud koefitsientidest.

5.10.5.4. Vaidlustaja väidab, et koefitsient ei suurenda pakkuja tegelikku ravivõimekust. Hankija polegi väitnud vastupidist. Ravijuhtude jagamisel lävendi ületanud pakkujate vahel võetakse arvesse nii pakkuja võimekust teenust osutada kui ka tema pakutud koefitsienti. Tegemist on kahe eraldiseisva, kuid ravijuhtude jaotamise valemis samaaegselt arvestatava asjaoluga. Pakkuja võimekus määratakse arstide koormuse alusel ning see seab pakkuja eraldatava mahu piiri. Koefitsient kajastab teenuse hinda ja mõjutab pakkuja suhtelist osakaalu tema ravivõimekuse piires. Korra p-i 10.7.1 alapunkti 1 kohaselt sõltub suurim lepingu maht alati pakkuja võimekusest ning p-i 10.7.2.4 kohaselt on ühe täiskoormusega arsti kohta antavate ravijuhtude arv piiratud riigihanke väljakuulutamise otsuses sätestatud maksimaalse arvuga. Seega ei asenda ega suurenda koefitsient pakkuja ravivõimekust ning pakkuja ei saa koefitsiendi tõttu rohkem ravijuhte, kui tal on võimekust teenust osutada. Sama võimekusega, kuid erinevat hinda pakkuvad teenuseosutajad ei pea olema ravimahu jaotamise seisukohalt samas olukorras.

5.10.6. Reservi jaotamine ja ületöö arvestamata jätmine on põhjendatud

5.10.6.1. Vaidlustaja väidab, et reservi eesmärk on reageerida üksnes lepingu täitmise käigus ilmnenud ravivajadusele ja teenuse osutamise tegelikele erinevustele. Selline kitsas eesmärk ei tulene RHAD-ist. Reservi jaotamise kord peab võimaldama arvestada nii teenuseosutajate tegelikku tegevust kui ka seda, millise hinnaga Hankija täiendavaid ravijuhte ostab.

5.10.6.2. Eksitav on Vaidlustaja väide, et reservi jagamisel lähtutakse jätkuvalt pakkumuses esitatud koefitsiendist, mitte lepingu täitmise käigus ilmnenud objektiivsetest asjaoludest. Korra p-i 10.7.3 alapunkti b järgi on teenuseosutaja turuosa komponentideks võrdse kaaluga (i) lepingu täitmine rahas ja (ii) ravitud isikute arv. Mõlemad on lepingu täitmise käigus kujunenud tegelikud näitajad. Alles seejärel korrigeeritakse turuosa pakkumuses esitatud koefitsiendist tuleneva võimendusega.

5.10.6.3. Vastupidiselt Vaidlustaja väidetule ei ole koefitsient reservi jagamise ajal oma tähenduse kaotanud ajalooline näitaja. See määrab hinna, mida Hankija maksab ka reservist eraldatavate ravijuhtude eest kogu lepinguperioodi jooksul. Reservist täiendava mahu suunamisel on seetõttu objektiivselt põhjendatud arvestada koos tegeliku lepingutäitmise ja ravitud isikute arvuga ka täiendava teenuse maksumust. Koefitsient ei asenda tegelikke näitajaid, vaid lisab neile teenuse hinna mõõtme.

5.10.6.4. Vaidlustaja väide, et ületöö eest täies ulatuses tasumine tähendab tegeliku ravivajaduse ja teenuseosutaja töökoormuse olemasolu, on ebaõige. Vaidlustaja kirjeldatud senise ületöö tasustamise suhtes kohaldatava sotsiaalministri 19.01.2007 määruse nr 9 „Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord“ § 2 lg 4 kohaselt võtab Tervisekassa ambulatoorse eriarstiabi lepingumahtu ületavate ravijuhtude eest tasu maksmise kohustuse üle koefitsiendiga 0,7 tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud ja ravi rahastamise lepingus kokku lepitud piirhinnast. Ületööle rakendub seega nii ületöö koefitsient 0,7 kui ka ravi rahastamise lepingus kokku lepitud pakutud piirhinna koefitsient. Ületöö eest tasutakse vähendatud määras. Ületöö eest tasumine ei anna teenuseosutajale õigust kujundada selle kaudu järgmise perioodi lepingumahtu. Tulevase lepingumahu ja piiratud ravikindlustusraha jaotamine on eraldiseisev otsus, mille teeb Hankija kõigile lepingupartneritele ette teada oleva korra alusel.

5.10.6.5. Tegemist pole hüpoteetilise ohuga, vaid valemist otseselt tuleneva struktuurse riskiga.

Kehtiv ületöö tasustamise kord piirab küll teenuseosutaja otsest majanduslikku motivatsiooni teha ületööd suures mahus, sest ületöö eest tasutakse vähendatud määras. Kui aga ületöö suurendaks järgmise perioodi lepingumahtu, saaks teenuseosutaja oma ühepoolse tegevusega mõjutada enda osa tulevasest avalikust rahast. See annaks eelise teenuseosutajale, kes ületab kokkulepitud mahtu, võrreldes teenuseosutajaga, kes järgib lepingumahtu. Riski olemasolu ei sõltu sellest, kas Hankija suudab tõendada konkreetset kuritarvitamise juhtumit.

5.10.6.6. Vaidlustaja väidab, et Hankija ei ole kaalunud vähem piiravat lahendust ega analüüsinud, millises ulatuses võiks ületöö kajastada tegelikku ravivajadust. Kord arvestab tegelikku teenuseosutamist juba lepingu täitmise rahalise mahu ja ravitud isikute arvu kaudu. Seega kasutatakse reservi jaotamisel objektiivseid näitajaid, mida teenuseosutaja ei saa suurendada üksnes kokkulepitud lepingumahu ühepoolse ületamisega. Ületöö lisamine valemisse ei ole selle eesmärgi saavutamiseks vajalik.

5.10.6.7. Ületöö ei tõenda automaatselt püsivat ravivajadust ega teenuseosutaja jätkusuutlikku ravivõimekust. Ületöö võib praktikas tekkida eelkõige seetõttu, et teenuseosutaja ei ole suutnud osutatavate teenuste mahtu täpselt ette planeerida või ravijuhu tegelik keskmine maksumus osutub planeeritust kõrgemaks. Sellisel juhul kajastab ületöö planeeritud ja tegeliku teenusemahu või maksumuse erinevust, mitte tingimata püsivat täiendavat ravivajadust või suuremat ravivõimekust. Hankijal on seetõttu põhjendatud alus tugineda ravimahu automaatsel jaotamisel kõigi teenuseosutajate puhul ühetaoliselt kontrollitavatele lepingutäitmise näitajatele, mitte teenuseosutaja poolt üle kokkulepitud mahu esitatud raviarvetele.

5.10.6.8. Vaidlustaja väide, et reservi ja ületöö regulatsioon eirab tegelikku olukorda, on ebaõige. Reservi valem arvestab tegelikku lepingutäitmist ja ravitud isikute arvu ning korrigeerib tulemust kogu lepinguperioodil kehtiva teenuse hinnaga. Ületöö arvestusest väljajätmine säilitab lepingumahu tähenduse, kohtleb lepingupartnereid ühetaoliselt ning tagab ravimahu jaotamise läbipaistvuse ja kontrollitavuse.

5.10.7. Vaidlustaja eksib väites, et Korra p 8.1.1, millega välistati RHS §-i 85 kohaldamine, polnud RHR-is vaidlustuse koostamise ajal. Vaidlustaja esitas vaidlustuse 10.07.2026, muudatus tehti 03.07.2026.

VAIDLUSTUSKOMISJONI PÕHJENDUSED

6. Menetlusreeglid

6.1. Hankija viib Riigihanget läbi sotsiaal- ja eriteenuste erimenetlusena. RHS § 126 lg 2 kohaselt määrab hankija riigihanke alusdokumentides sotsiaal- ja eriteenuste erimenetluse korra.

Hankija on käesoleval juhul kehtestanud erinevatest dokumentidest koosneva sotsiaal- ja eriteenuste erimenetluse korra, sh Kord.

6.2. RHS § 126 lg 7 kohaselt kohaldab hankija mh sotsiaal- ja eriteenuste erimenetluse läbiviimisel RHS §-ides 85, 110–112, 114–117 ja 119 sätestatud, kui riigihanke alusdokumentides ei ole sätestatud teisiti. Seega ei ole RHS 2. ptk-s hankemenetluse kohta sätestatud menetlusreeglid sotsiaal- ja eriteenuste erimenetluses automaatselt ja otsekohaldatavad, va üksikud erireeglid, ja Hankijal on lubatud reguleerida olukordi RHS-is sätestatust erinevalt. Seega on Hankijal Riigihankes tavapärasest veelgi ulatuslikum kaalutusruum RHAD-i kehtestamisel. Praegusel juhul on Hankija Korra p-is 8.1.1 sätestanud:

Hankija ei kohalda erimenetluse läbiviimisel RHS § 85 ega RHS § 117.

6.3. Vaidlustuskomisjon nõustub Hankijaga, et Vaidlustaja eksib väites, et Korra p 8.1.1, millega

väljastati RHS §-i 85 kohaldamine, polnud riigihangete registris vaidlustuse koostamise ajal. RHR-ist on kontrollitav, et vastavat muudatust sisaldav Korra versioon avaldati RHR-is 03.07.2026 (vaidlustus esitati 10.07.2026).

7. Hindamiskriteerium 3.1.C

Vaidlustuse kohasel ei võimalda hindamiskriteeriumis sätestatud uuringute ja protseduuride osakaal hinnata pakutava tervishoiuteenuse kvaliteeti. Vaidlustaja rõhuasetus on põhjendusel, et tegemist ei ole kvaliteedi näitajatega.

Hindamiskriteerium kvaliteedi näitajana

7.1. Vaidlustuskomisjon on seisukohal, et arvestades asjaolu, et Korras on sõnaselgelt väljastatud RHS §-i 85 kohaldamine, ei saa Vaidlustaja etteheiteid seoses RHS § 85 rikkumisega kaasa tuua ühegi vaidlustatud hindamise kriteeriumi õigusvastasust ja vaidlustuskomisjon RHS §-ga 85 seotud Vaidlustaja etteheiteid ei kontrolli. Seega isegi kui üldreeglina on hankijal ulatuslik vabadus valida, milliseid hindamise kriteeriume kasutada, hõlmatud ainult kriteeriumidega, mille eesmärk on selgitada välja majanduslikult soodsaim pakkumus, siis olukorras, kus Hankija viib läbi sotsiaal- ja eriteenuste erimenetlust ning on selgelt välistanud RHS § 85 kohaldamise, on õige Hankija väide, et hindamiskriteeriumid Riigihankes ei pea tingimata vastama tavapärastele majandusliku soodsuse põhimõtetele. Üksnes see asjaolu on antud juhul piisav seisukohaks, et vaidlustatud hindamise kriteerium ei saa olla seetõttu ka õigusvastane, et see ei ole nn tavapärane kvaliteedimõõdik (Vaidlustaja peamine etteheide seondub väitega, et vaidlustatud hindamise kriteerium ei ole üldse seotud teenuse kvaliteediga ega võimalda ka teenuse kvaliteeti objektiivselt hinnata).

Veelgi enam – isegi kui kohtupraktika mõnab RHAD-i kehtestamisel hankija laia kaalutusõigust, ei ole kaalutusõiguse ulatus rahvatervise ja ravikindlustuse vahendite planeerimisel mitte üksnes lai, vaid on erakordselt lai (nt Euroopa Kohtu nt liidetud asjad C-296/15 *Medisanus*). Vaidlust ei ole, et Riigihankes sõlmitakse leping rahvatervise valdkonnas.

7.2. Vaidlustuskomisjon on ka seisukohal, et kui Hankijal on seadusega lubatud RHS §-i 85 mitte kohaldada ja Hankija on seda õigust Riigihankes kasutanud, siis ei ole RHS §-s 85 sätestatud põhimõtted/nõuded hindamise kriteeriumide seadmisel RHAD-i vaidlustamisel üle kantavad riigihanke üldpõhimõtete rikkumiseks selleks, et Vaidlustaja saaks saavutada mingil muul moel sama eesmärgi, mis teistes hankemenetlustes, kus on RHS §-i 85 järgimise kohustus, on saavutatav RHS § 85 järgimise kaudu. Seega hindamiskriteerium peab olema riigihanke eesmärgi suhtes proportsionaalne, asjakohane ja põhjendatud, kuid ei pea sealjuures kohustuslikus korras näitama kitsalt kvaliteeti ja pakkumuse majanduslikku soodsust.

Vaidlustuskomisjon märgib, et vähe sellest, et Hankijal ei ole Riigihankes RHS §-s 85 sätestatud hindamise kriteeriumide seadmise reeglite järgimise kohustust, RHS § 85 ka ei kohusta Hankijat kehtestama hindamise kriteeriume, mis võimaldaksid üksnes ja ainult *objektiivselt* hinnata teenuse kvaliteeti. Kohtupraktika tunnustab teatud subjektiivsust hindamisel ja hindamise kriteeriumides (nt on Riigikohus otsuse nr 3-20-1198 p-is 18 sedastanud, et *hindamisel ei saa subjektiivsust kunagi täielikult välistada*) ning isegi kui kvaliteeti hinnatakse, on see väga sageli subjektiivse elemendiga. Seega Hankija lai vabadus Riigihankes hindamise aluseid kehtestada on mh hõlmatud Hankija õigusega kehtestada Hankijale vajalikke subjektiivse sisuga hindamise aluseid ja üksnes asjaolu, et vaidlustatud hindamise kriteeriumid ei pruugi objektiivselt võimaldada hinnata teenuse kvaliteeti, ei tee Hindamiskriteeriumi 3.1.C iseenesest õigusvastaseks.

7.3. Tõsi - Hankijal on RaKS § 36 lg 4 p-ist 2 tulenev kohustus ravi rahastamise lepingu sõlmimisel hinnata mh teenuse osutamise kvaliteeti, kuid see kohustus ei ole võrdsustatav kitsalt RHS §-st 85 tuleneva kohustusega kehtestada Riigihankes pakkumuste hindamiseks kvalitatiivsed majanduslikku soodsust näitavad hindamise kriteeriumid (alused). Lisaks on

17 (21)

Riigikohus otsuse 3-3-1-29-12 p-is 17 ka möönnud, et kuigi RaKS § 36 lg 4 sätestab asjaolud, mida Haigekassa ravi rahastamise lepingu sõlmimise ning lepingu tähtaja üle otsustamisel hindab, võib Haigekassa kaaluda erinevate tingimuste olulisust.

Konkreetselt protseduuride osakaalu kriteeriumiga arvestamise kohta on Riigikohus lahendi nr 3-3-1-81-07 p-is 17 märkinud: *Vastavalt RaKS § 36 lg 4 p-le 2 on teenuse osutamise kvaliteet ja tingimused üheks asjaoluks, mida ravi rahastamise lepingu sõlmimisel arvestatakse. [---]. Kolleegium nõustub ringkonnakohtuga selles, et nii päevaravi tegevusloa nõude kui ka uuringute ja protseduuride osakaalu kriteeriumi arvestamine ravi rahastamiseks lepingupartneri leidmisel ei ole iseenesest asjakohatu, kuna need moodustavad ühe osa tervishoiuteenuse kvaliteedist. Samas ei pruugi need kriteeriumid igas olukorras olla ühtviisi oluliseks kaalumise aluseks, näiteks sõltumata sellest, millise eriarstiabi valdkonnaga või milliste teenuseosutajatega on tegemist.*

Kuna Vaidlustaja väitel ei võimalda uuringute ja protseduuride kriteerium üldse kvaliteeti hinnata, siis see etteheide on Riigikohtu viidatud seisukohaga ümber lükatud - Riigikohus on sõnaselgelt öelnud, et protseduuride osakaalu kriteerium siiski saab olla asjakohane teenuse kvaliteeti näitav kriteerium vastavalt RaKS § 36 lg 4 p-ile 2. Hankija on praegusel juhul piisavalt põhjendanud ka seda, et see kriteerium on asjakohane ja põhjendatud ka konkreetselt ortopeedia valdkonnaga seoses. Vaidlustaja kinnitab ka ise vaidlustusmenetluses, et ei ole vaidlustanud uuringute ega protseduuride olulisust ortopeedia erialal.

Tulenevalt eespooltoodust ei ole õige Vaidlustaja väide, et protseduuride osakaalu kriteerium ei ole ega saa olla kvaliteedi näitaja.

Hindamiskriteeriumi osakaal

7.4. Hankija on kehtestanud hindamiskriteeriumile 3.1.C Hindamise alustes järgmised osakaalud: *Pakkuja uuringute ja protseduuride osakaal teenuste mahust on kuni 10,0% (kaasa arvatud) madalam, võrdne või suurem kui kõigi vastava eriala tervishoiuteenuse osutajate uuringute ja protseduuride osakaal kõigist teenustest väljakuulutatud erialal riigihanke väljakuulutamise otsuse kuule eelneva 12 kalendrikuu andmetel - 10 punkti*

Pakkuja uuringute ja protseduuride osakaal teenuste mahust on kuni 20,0% (kaasa arvatud) madalam kui kõigi vastava eriala tervishoiuteenuse osutajate uuringute ja protseduuride osakaal kõigist teenustest väljakuulutatud erialal riigihanke väljakuulutamise otsuse kuule eelneva 12 kalendrikuu andmete - 5 punkti

Pakkuja uuringute ja protseduuride osakaal teenuste mahust on rohkem kui 20,0% madalam kui kõigi vastava eriala tervishoiuteenuse osutajate uuringute ja protseduuride osakaal kõigist teenustest väljakuulutatud erialal riigihanke väljakuulutamise otsuse kuule eelneva 12 kalendrikuu andmetel - 0 punkti

Vaidlustaja eksib väites, et Hankija peab suutma põhjendada, millised objektiivsed asjaolud on tinginud osakaalu suurendamise võrreldes varasema hankega. Osakaalude õiguspärasus ei sõltu kuidagi sellest, kas ja millises suurus on Hankija neid kasutanud varasemates riigihangetes.

7.5. Vaidlustaja on hindamiskriteeriumi osakaalude õigusvastasuse vaidlustuses sidunud vaidlustuskomisjonile arusaavalt selgelt vaid Hankija kohustusega neid võrreldes varasema hankega põhjendada ja kui Hankijal sellist kohustust ei ole, ei ole Hindamiskriteerium 3.1C nende põhjenduste puudumise tõttu ka õigusvastane. Kõik muud põhjendused on seotud hindamise kriteeriumi ja selle suhtelise osakaalu sobimatusena hinnata teenuse kvaliteeti. Vaidlustuskomisjon on seisukohal, et vaidlusaluse hindamise kriteeriumi osakaalud ja hindepunktide omistamise reeglid iseenesest on läbipaistvad ja kontrollitavad ja ühesugustel alustel kohaldatavad kõikide pakkujate suhtes, samuti on õige Hankija väide, et RHS ei näe ette, millise osakaalu peab hankija mingile hindamise kriteeriumile andma.

8. Hindamiskriteeriumi p 2.1.1 ja Korra p-id 10.7.3 ja 10.7.4 (koefitsient)

Vaidlustaja väitel ei ole koefitsient objektiivselt põhjendatud ja on vastuolus RHS §-ga 3.

Hankija väitel vastab koefitsient Riigihanke kesksele eesmärgile osta maksumaksja raha eest võrdse kvaliteediga teenust võimalikult suures mahus. Vaidlustuskomisjon on seisukohal, et Hankija selline eesmärk on lubatav (kooskõlas RaKS § 36 lg 4 p-iga 3 ning proportsionaalne, asjakohane ja põhjendatud RHS § 3 p 2 mõttes).

8.1. Vaidlustaja väidab, et kui Hankija soovib kujundada lepingu mahtu koefitsiendi alusel, siis peab koefitsient objektiivselt kirjeldama sellist asjaolu, millel on sisuline seos teenuse osutamise või hankelepingu täitmisega. Vaidlustuskomisjon on seisukohal, et koefitsient iseenesest ei pea Vaidlustaja poolt soovitud asjaolu kirjeldama, vaid piisab, kui koefitsiendi kasutamisel on Hankija soovitava eesmärgi saavutamiseks vajalik tagajärg.

RHAD-ist nähtuvalt tähendab koefitsient 1 teenuse osutamist piirhinnaga ning koefitsient 0,9 teenuse osutamist piirhinnast 10% madalama hinnaga. Seega on õige Hankija väide, et koefitsiendi alusel arvutatav võimendus on hinna mõju väljendav matemaatiline komponent.

RaKS § 36 lg 4 p-i 3 kohaselt hindab Hankija ravi rahastamise lepingu sõlmimise ja lepingu tähtaja üle otsustamisel teenuse hinda. Vaidlustuskomisjon nõustub Hankijaga, et hind ei pea jääma pärast pakkumuste hindamist ravijuhtude jaotamisel mõjuta ja sellise mudeliga saab Hankija majanduslikku kasu selle kaudu, et madalama hinnaga teenust pakkunud pakkujale saab tema tegeliku ravivõimekuse piires eraldada suurema osa ravijuhtudest. Selliselt on koefitsiendi kasutamise eesmärk kooskõlas rahaliste vahendite säästliku kasutamise põhimõttega (RHS § 3 p 5). Koefitsiendi kohaldamise reeglid on iseenesest läbipaistvad ja kontrollitavad (RHS § 3 p 1) ja ühesugustel alustel kohaldatavad kõikide pakkujate/pakkumuste suhtes (RHS § 3 p 3).

8.2. Korra p-i 10.7.1 alapunkti 1 kohaselt on suurim lepingu maht alati sõltuvuses pakkuja võimekusest. Seega õige ei ole Vaidlustaja väide, et koefitsiendi kasutamisel suureneb pakkuja tegelik ravivõimekus.

8.3. Vaidlustuse kohaselt ei kujune ravi rahastamise maht koefitsiendi kasutamisel enam pakkuja objektiivsete omaduste põhjal, vaid sõltub sellest, millise majandusliku valiku pakkuja pakkumuse koostamisel tegi. Vaidlustaja nõuab sisuliselt, et Hankija eiraks ravimahtude jagamisel hinda, millist nõudeõigust Vaidlustajal ei ole. Vaidlustuskomisjon märkis juba eelnevalt, et Hankija eesmärk, võtta ravijuhtude jaotamisel arvesse ka teenuse hinda, on lubatav, st nn pakkuja majandusliku valiku kasutamine ravijuhtude jagamisel edukate pakkujate vahel on kooskõlas RaKS § 36 lg 4 p-iga 3 ja ravi rahastamise lepingu maht ei peagi kujunema ainult ja kitsalt pakkujate objektiivsete omaduste põhjal.

8.4. Lisaks väidab Vaidlustaja, et põhjendamata on ka koefitsiendi mõju reservi jagamisele.

Puudub vaidlus, et koefitsiendi mõju kandub esialgsest ravi rahastamise lepingu mahu jagunemisest edasi ka reservi jagamisele. Hankija kinnitab, et pakkuja pakkumuses esitatud koefitsient kehtib kogu lepinguperioodi ning määrab hinna, mida Hankija maksab mh ka reservist lisatava mahu eest.

Vaidlustuse kohaselt on reservi eesmärk suunata täiendav ravimaht nendele teenuseosutajatele, kelle tegelik suutlikkus ja ravivajadus seda põhjendavad. Vaidlustaja on ka reservi jagamisel koefitsiendi kasutamise vastu põhimõtteliselt samadel argumentidel, mis esialgse ravi rahastamise ravijuhtude jagamisel. Vaidlustuskomisjon Vaidlustajaga ei nõustu. Õige on Hankija väide, et teenuse hinna tähendus ei kao seetõttu, et ravijuhud eraldatakse esialgse jaotuse asemel hiljem reservist ja et koefitsiendi järjepidev arvestamine tagab, et madalama hinna pakkumine mõjutab kogu selle mahu jaotust, mida Hankija Riigihanke ja lepingute alusel otab. Õige on ka see, et Korra p 10.7.3 alapunkti b kohaselt ei ole pakkuja pakkumuses näidatud ravivõimekus reservi jaotamisel iseseisev alus.

Vaidlustuskomisjon on seisukohal, et olukorras, kus koefitsiendi kasutamine on iseenesest ravijuhtude jagamisel õiguspärane, on selle kasutamine õiguspärane ka sama lepingu raames reservi jagamisel.

9. Ületöö

9.1. Ei ole vaidlust selles, et ületööga arvestamata jätmise vaidlustamisel ei sea Vaidlustaja kahtluse alla ühtegi konkreetset RHAD-is sätestatud tingimust. Vaidlustaja peab õigusvastaseks seda, et RHAD ei näe ette ületööga arvestamist. Seega ei ole tegemist konkreetse tingimuse õigusvastasuse kontrolliga, vaid sisuliselt Hankija kaalutlusotsuse vaidlustamisega selle üle, milliseid näitajaid ja meetodikat ta hangitava teenuse mahu kujundamisel kasutab (kasutada võib).

Vaidlustuskomisjon kordab, et Hankijal on ulatuslik kaalutlusõigus otsustada, millistel tingimustel ja millist teenust ta tellib. Sekkumine sellesse kaalutlusõigusesse on põhjendatud üksnes juhul, kui vastav otsus on ilmselgelt põhjendamatu, ebaproportsionaalne või rikub võrdse kohtlemise põhimõtet. Vaidlustuskomisjon ei leia, et käesoleval juhul oleks Hankija otsus ületööga mitte arvestada selliste puudustega.

9.2. Hankija on põhjendatult selgitanud, et ületöö tegemine toimub teenuseosutaja omal äririskil ning ei tulene Hankijaga kokku lepitud lepingulisest mahust. Ületöö ei ole osa kokkulepitud teenusest, vaid lepingulise piirmäära ületamine teenuseosutaja enda otsusel. Kui ületööd arvestataks järgmise perioodi lepingumahtude määramisel, looks see stiimuli lepingulise mahu ühepoolseks ületamiseks ning annaks põhjendamatu eelise neile pakkujatele, kes kas eiravad kokkulepitud piirmäärasid või kellel on ajutine finantsvõimekus teenust üle lepingu mahu osutada. Selline lähenemine moonutaks konkurentsi ning oleks vastuolus RHS § 3 p-is 3 sätestatud võrdse kohtlemise põhimõttega. Seetõttu on põhjendatud Hankija seisukoht, et ületööga arvestamine tähendaks sisuliselt pakkuja ühepoolse käitumise premeerimist tulevaste lepingumahtude jaotamisel. Vaidlustuskomisjon leiab, et Vaidlustajal puudub õigus nõuda, et Hankija kohandaks RHAD-i tema individuaalsete äriliste otsuste või riskivalikute alusel.

9.3. Vaidlustaja väide, et võimalik kuritarvitamise oht või ületöö ebapiisav seos teenuseosutaja tegeliku püsiva võimekusega ei õigusta ületöö täielikku välistamist, ei ole põhjendatud.

Hankija on selgitanud, et kehtiv kord arvestab teenuseosutajate tegelikku suutlikkust objektiivsete näitajate kaudu, eelkõige lepingu täitmise rahalise mahu ja ravitud isikute arvu alusel. Need näitajad peegeldavad teenuseosutaja tegelikku ja jätkusuutlikku võimekust ilma, et pakkujal oleks võimalik neid ühepoolset mõjutada lepingulise mahu ületamisega.

Vaidlustuskomisjon leiab, et selline lähenemine on RHS § 3 p-i 2 tähenduses proportsionaalne ja asjakohane ning tagab RHS § 3 p 3 kohase võrdse kohtlemise. Hankija kasutab reservi jaotamisel objektiivseid ja kontrollitavaid näitajaid, mis välistavad võimaluse saavutada konkurentsieelis lepingulise mahu ühepoolse ületamise teel. Ületöö täielik välistamine selles kontekstis ei ole ülemäärane meede, vaid vajalik, et vältida konkurentsi moonutamist ja tagada kõigi pakkujate võrdne kohtlemine. Seega kuna ületööga arvestamata jättes pole Hankija rikkunud võrdse kohtlemise põhimõtet ja arvestamata jätmisel on ka ratsionaalne põhjendus, ei tähenda ületööga mittearvestamine õigusvastast piirangut ega muuda RHAD-i õigusvastaseks.

10. Kvalifitseerimise tingimuse „Teenuse osutamine“ perioodi vastuolulisus

Kvalifitseerimise tingimuse kohaselt peab pakkuja olema *hanke väljakuulutamise otsuse tegemise päevale eelneval 12 kuul osutanud ambulatoorseid ortopeediateenuseid vähemalt 50 korral*. Samas kasutatakse teiste tingimuste puhul ajaperioodi kirjeldamiseks sõnastust *hanke väljakuulutamise otsuse kalendrikuule eelneva 12 kalendrikuu jooksul*. Seega kasutab Hankija RHAD-is kahte erinevat ajaperioodi määramise viisi, mida Vaidlustaja peab vastuoluliseks, kuna kvalifitseerimise tingimuste ajaline ulatus ei ole mõistetav.

Hankija selgituste kohaselt tehti Riigihanke väljakuulutamise otsus 16.06.2026, mistõttu hõlmab sõnastus *hanke väljakuulutamise otsuse tegemise päevale eelneval 12 kuul* perioodi 16.06.2025 kuni 15.06.2026. Sõnastus *hanke väljakuulutamise otsuse tegemise kalendrikuule eelneva 12 kalendrikuu jooksul* hõlmab perioodi 01.06.2025 kuni 31.05.2026.

Vaidlustuskomisjon nõustub Hankijaga, et mõlemad perioodid on RHAD-i sõnastuse alusel

objektiivselt kindlaksmääratavad. Õige on ka Hankija väide, et tegemist on eraldiseisvate kvalifitseerimise tingimustega ja RHS ei kohusta Hankijat kõigi kvalifitseerimise tingimuste puhul kasutama sama arvestusperioodi. Seega vaidlustuskomisjon on seisukohal, et ilmselget vastuolu RHAD-is, mida Hankija peaks kohustuslikus korras RHS § 3 p-is 1 sätestatud riigihanke korraldamise läbipaistvuse ja kontrollitavuse tagamiseks kõrvaldama asuma, ei ole. Vastava arusaamatuse oleks Vaidlustaja saanud kõrvaldada selgituste küsimise kaudu RHR-is.

11. Vaidlustusmenetluse kulud

Lähtudes sellest, et vaidlustus jääb RHS § 197 lg 1 p-i 4 alusel rahuldamata, kuulub vaidlustusmenetluse kulude osas kohaldamisele RHS § 198 lg 3.

11.1. Vaidlustaja on esitanud vastuväite Hankijale menetluskulude väljamõistmiseks, millega vaidlustuskomisjon ei nõustu. Kohtupraktikas on korduvalt mööndud, et riigihanke asjadest võrsunud vaidlusi ei saa käsitada haldusorgani igapäevase põhitegevusena, kuna riigihanke menetluse läbiviimine on halduse kõrvalfunktsioon (nt Riigikohtu otsused nr 3-3-1-68-14, p 33 ja 3-20-1198, p-id 30-31). Vaidlustaja ei saa nõuda, et Hankija korraldaks enda esindamise vaidlustusmenetluses Vaidlustajale soodsaimal viisil. Seega on Hankija põhjendatud õigusabikulude väljamõistmine Vaidlustajalt lubatav.

11.2. Hankija on esitanud 21.07.2026 ja 24.07.2026 taotlused menetluskulude väljamõistmiseks kogusummas 5034 eurot (käibemaksuta) 24,6 töötunni eest keskmise tunnihinnaga 204,63 eurot. Esindaja kulude suuruse hindamisel ei oma üldjuhul tähtsust asjaolu, et esindajateks oli mitu advokaati, kuid oluline on see, et esindajate kulude suurus lähtuks asja keerukusest ja materjalide mahukusest. Asja keerukust ja materjalide mahukust silmas pidades (asi oli tavapärasest RHAD-i vaidlusest keerukam, kuid samas oli üks Hankija esindajatest kaasatud Riigihankes juba Hankija meeskonnas, mistõttu esindajatel polnud vajadust RHAD-i kogu mahus läbi töötada) leiab vaidlustuskomisjon, et Hankija lepinguliste esindajate kulud on veidi ülepaisutatud. Vaidlustuskomisjoni hinnangul on Hankija vajalikeks ja põhjendatud kuludeks vaidlustusmenetluses 4092,60 eurot 20 töötunni eest ja vaidlustuskomisjon mõistab need Vaidlustajalt välja.

11.3. Vaidlustaja kulud jäävad tema enda kanda.

(allkirjastatud digitaalselt)

Angelika Timusk